BAB 11
TINJAUAN PUSTAKA

2.I Kehamilan/ Gestasi

2.1.1 Dasar-Dasar Kehamilan

a. Defenisi Kehamilan

Kehamilan merupakan proses alami yang dimulai dari konsepsi, diikuti oleh pertumbuhan serta perkembangan embrio dan janin di dalam cavum uteri, hingga diakhiri dengan proses persalinan. Secara klinis, durasi kehamilan normal dihitung sejak HPHT dengan kisaran waktu 280 hari atau setara dengan 40 minggu. Berdasarkan usia gestasinya, periode ini diklasifikasikan ke dalam tiga trimester utama, meliputi trimester I (0–14 minggu), trimester II (14–28 minggu), dan trimester III (28–42 minggu). Selain memicu berbagai adaptasi fisiologis maternal, masa kehamilan turut merepresentasikan fase transisi psikososial yang signifikan dalam siklus kehidupan perempuan, yakni bergesernya peran dari masa pra-parental menuju fase pengasuhan pascakelahiran anak. (Sri Handayani, S.Si.T, M.Kes. *et al.*, 2025)

Asuhan kebidanan merupakan serangkaian tindakan yang diberikan oleh bidan—berlandaskan pada ilmu dan seni kebidanan serta selaras dengan lingkup praktik mereka—yang mempertimbangkan aspek sosial-budaya, psikologis, emosional, spiritual, dan interpersonal, sembari mengutamakan kebutuhan ibu, janin, pemberi asuhan, dan klien. Cakupan pelayanan ini meliputi implementasi peran dan tanggung jawab profesional dalam menyelenggarakan asuhan bagi individu yang memerlukan penanganan kesehatan reproduksi. Ruang lingkup asuhan ini berjalan secara berkesinambungan dan menyeluruh, mencakup fase hamil/gestasi, proses melahirkan, masa nifas, pemeliharaan kesehatan bayi baru lahir, hingga pemilihan metode kontrasepsi. (Ani *et al.*, 2023)

Tanda dugaan kehamilan menurut (Sri Handayani, S.Si.T, M.Kes. *et al.*, 2025)

a) **Amenorea (terlambat menstruasi)**

Salah satu tanda utama yang paling sering muncul pada awal kehamilan adalah tidak datangnya haid (amenore). Setelah proses konsepsi dan nidasi berlangsung, perkembangan folikel de Graaf serta proses ovulasi tidak terjadi sehingga menstruasi menjadi terhenti.

b) **Mual dan muntah (emesis)**

Timbulnya keluhan mual serta muntah pada ibu hamil erat kaitannya dengan pergeseran keseimbangan hormon, Kenaikan kadar estrogen and progesterone hormones memicu hambatan pada sistem pencernaan sekaligus merangsang peningkatan produksi asam lambung. Kondisi ini paling sering dialami pada awal hari dan populer dengan istilah *morning sickness*.

c) **Ngidam**

Pada masa kehamilan, sebagian perempuan mengalami perubahan selera makan yang ditandai dengan munculnya keinginan kuat terhadap jenis makanan tertentu. Kondisi tersebut dalam masyarakat umum dikenal sebagai ngidam.

d) **Sinkope atau pingsan**

Kondisi Sinkope umumnya terjadi karena gangguan sirkulasi darah yang membuat pasokan darah ke otak mengalami penurunan. Kondisi tersebut dapat menimbulkan kekurangan aliran darah sementara pada sistem saraf pusat sehingga menyebabkan terjadinya sinkope.

e) **Payudara terasa tegang**

Perkembangan dan perubahan struktur payudara sepanjang kehamilan sangat dipengaruhi oleh lonjakan kadar hormon estrogen serta progesteron, dan somatomamotropin. Pengaruh hormonal tersebut dapat menyebabkan peningkatan penyimpanan lemak, cairan, serta garam pada jaringan payudara sehingga payudara terasa lebih tegang dan mengalami pembesaran.

f) **Sering buang air kecil (miksi)**

Ibu hamil sering kali mengeluhkan seringnya buang air kecil. Hal ini terjadi karena rahim yang semakin membesar memberikan tekanan pada kandung kemih, sehingga kapasitas tampungnya berkurang dan ibu hamil menjadi lebih sering berkemih.

g) **Konstipasi dan obstipasi**

Keluhan sulit buang air besar dapat terjadi akibat pengaruh hormon progesteron yang menyebabkan penurunan atau perlambatan gerakan peristaltik usus. Kondisi tersebut dapat membuat proses pengeluaran feses menjadi lebih lambat dan sulit.

h) **Perubahan pigmentasi kulit**

Kehamilan dapat menyebabkan peningkatan pigmentasi pada beberapa bagian tubuh. Perubahan tersebut dapat terlihat pada wajah berupa kloasma gravidarum, pada abdomen berupa striae dan linea nigra yang tampak semakin gelap, serta pada area payudara berupa hiperpigmentasi areola dan puting susu yang semakin menonjol. Selain tanda-tanda tersebut, kelenjar Montgomery di sekitar areola tampak mengalami hipertrofi sehingga menjadi lebih menonjol, serta terjadi peningkatan aliran darah perifer yang membuat jaringan pembuluh darah di permukaan payudara tampak jauh lebih jelas.

Tanda kehamilan sehat menurut referensi kebidanan meliputi pertambahan berat badan ibu yang konsisten, perut membesar, janin aktif bergerak (terutama setelah 4 bulan), serta detak jantung janin terdeteksi normal (120-160 x / menit). Tanda-tanda ini sering kali muncul bersamaan dengan *morning sickness* (mual-muntah) dan kelelahan, yang menandakan perkembangan janin berjalan baik. (Bd. Yulizawati, SST *et al.*, 2017)

Berikut merupakan proses kehamilan :



Gambar 2.1

b. Anatomi dan fisiologi dalam kehamilan

Proses kehamilan memicu berbagai adaptasi fisiologis pada seluruh sistem tubuh ibu guna menunjang tumbuh kembang janin secara optimal, yang meliputi perubahan pada sistem reproduksi, kardiovaskular, respirasi, gastrointestinal, endokrin, serta muskuloskeletal. (Myrna Lestari Abubakar, SST. *et al.*, 2025)

a) Sistem reproduksi

Selama masa kehamilan, organ reproduksi mengalami berbagai penyesuaian penting, seperti rahim yang tumbuh pesat dengan dinding yang menebal lalu menipis menjelang persalinan, serviks yang melunak dan membiru karena aliran darah meningkat, ovarium yang menghentikan ovulasi dan membatasi produksi progesteron pasca-trimester pertama, serta vagina dan perineum yang menyesuaikan jaringan untuk persiapan melahirkan..

b) Sistem Kardiovaskular

1. Curah Jantung: Menunjukkan peningkatan aktivitas yang dimulai sejak minggu kelima masa kehamilan.
2. Volume Plasma: Mengalami ekspansi atau peningkatan dari minggu ke-10 hingga minggu ke-20, yang berpotensi menimbulkan kondisi hemodilusi serta turunnya kadar hemoglobin darah.
3. Tekanan Vena Kava: Pembesaran rahim pada ibu hamil dapat menekan pembuluh darah vena kava inferior, yang berakibat pada

terhambatnya aliran darah kembali ke jantung. Kondisi ini berpotensi memicu terjadinya hipotensi supine apabila ibu berada dalam posisi telentang.

a. Sistem Pernapasan

Selama masa kehamilan, tubuh mengalami penyesuaian sistem pernapasan yang ditandai dengan melonjaknya kebutuhan oksigen sebanyak 15-20%. Selain itu, pembesaran rahim turut mendorong diafragma ke arah atas, sehingga ibu hamil kerap mengalami sesak napas tingkat ringan.

b. Sistem Pencernaan

Selama kehamilan, lonjakan hormon progesteron memperlambat kerja usus sehingga memicu konstipasi. Di sisi lain, peningkatan tekanan pada rongga perut juga dapat menyebabkan naiknya asam lambung, yang kerap dirasakan sebagai sensasi panas di dada (*heartburn*).

c. Sistem Endokrin

Pada awal kehamilan (trimester pertama), hormon hCG meningkat untuk mempertahankan fungsi korpus luteum. Bersamaan dengan itu, kadar progesteron dan estrogen juga ikut melonjak guna menjaga kestabilan kehamilan serta mendukung perkembangan janin.

d. Sistem Muskuloskeletal

Peningkatan hormon relaksin melonggarkan ligamen tubuh, sehingga sering kali memicu nyeri punggung dan membuat sendi panggul kurang stabil. Kondisi tersebut semakin berat seiring dengan perubahan postur tubuh akibat naiknya berat badan dan pergeseran titik tumpu gravitasi.

c) Adaptasi Psikologi Dalam Kehamilan

Kondisi psikologis ibu hamil sering kali dipandang sebagai fase krisis yang ditandai oleh fluktuasi emosional serta transisi identitas peran. Krisis ini merujuk pada ketidakseimbangan mental yang dipicu oleh perubahan situasi maupun fase tumbuh kembang. Pada tahap awal kehamilan, respons psikologis yang kerap muncul meliputi rasa terkejut, penyangkalan, kebingungan, hingga sikap penolakan. Respon emosional terhadap kepastian kehamilan pun sangat

beragam; sebagian individu mempersepsikannya sebagai kondisi yang membebani atau gangguan kesehatan, sementara sebagian lainnya memaknainya sebagai momentum kreativitas serta wujud dedikasi bagi keluarga. (Kasmiati *et al.*, 2023)

Bentuk Adaptasi dan Dinamika Perubahan Psikologis pada Ibu Hamil (Kasmiati *et al.*, 2023) :

1. Perubahan emosional

   Dinamika emosional ibu hamil pada trimester pertama ditandai dengan proses penyesuaian diri, seperti menurunnya libido akibat kelelahan dan mual, instabilitas suasana hati (kecemasan atau gejala depresi), perhatian yang mulai bergeser pada kondisi janin, rasa khawatir terhadap perubahan bentuk fisik yang memengaruhi penampilan, serta berkurangnya frekuensi hubungan intim.

   Pada tm 2, fase yang sering disebut sebagai periode kesehatan yang optimal ini, perubahan psikologis mulai tampak nyata pada bulan kelima ketika janin mulai bergerak, sehingga ibu mulai fokus memperhatikan perkembangan buah hatinya serta meresapi kesehatan sang bayi, meskipun tingkat kecemasan umumnya terus merangkak naik seiring bertambahnya usia gestasi.

   Selanjutnya, pada trimester ketiga yang digambarkan sebagai masa penantian penuh kewaspadaan menjelang akhir kehamilan, perasaan ibu cenderung bercampur antara kebahagiaan dan rasa takut menghadapi proses persalinan; kecemasan utama yang sering muncul meliputi ketakutan terhadap jalannya proses melahirkan, kondisi kesehatan bayi, hingga kesiapan dalam menghadapi tanggung jawab baru pascakelahiran. Berbagai gejolak emosi tersebut merupakan fenomena yang lazim dialami, sehingga sangat dianjurkan bagi ibu untuk mengomunikasikan setiap kekhawatiran yang dirasakan kepada suami demi mendapatkan dukungan moral.

2. Cenderung malas

Kecenderungan penurunan aktivitas atau rasa malas pada ibu hamil dipicu oleh fluktuasi hormon kehamilan yang berdampak langsung pada kondisi fisik, seperti berkurangnya kelincahan bergerak serta munculnya rasa lelah yang kronis. Kombinasi faktor hormonal dan kelelahan fisiologis inilah yang sering kali membuat ibu hamil membatasi aktivitas fisik sehari-hari.

3. Sensitif

Tingginya tingkat sensitivitas pada ibu hamil umumnya dipicu oleh faktor hormonal yang menyebabkan respons emosional menjadi lebih peka, mudah tersinggung, serta cepat marah, di mana berbagai situasi kerap dipersepsikan sebagai hal yang kurang menyenangkan. Oleh karena itu, kondisi psikologis ini memerlukan pemahaman yang mendalam dari seorang suami; suami dianjurkan untuk tidak merespons emosi istri dengan kemarahan agar tidak memperberat tekanan mental ibu hamil, mengingat stres psikologis yang dialami ibu dapat memberikan dampak negatif bagi perkembangan fisik maupun psikis janin.

4. Posesif

Munculnya kecenderungan merasa cemburu pada ibu hamil didasari oleh faktor perubahan hormonal serta krisis rasa percaya diri terhadap perubahan penampilan fisik yang dialaminya. Kondisi ini sering kali memicu kekhawatiran yang tidak rasional terhadap pasangan, seperti ketakutan ditinggalkan atau kecurigaan suami berselingkuh. Guna mengatasi hal tersebut, suami diharapkan mampu memahami situasi psikologis ini dengan membangun hubungan yang lebih terbuka serta intensif bersama istri.

5. Menuntut perhatian lebih

Kecenderungan ibu hamil untuk menuntut perhatian lebih sering kali ditunjukkan melalui sikap yang lebih manja dan lekat kepada pasangan. Meskipun bentuk perhatian yang diberikan suami tergolong sederhana, hal

tersebut sangat efektif dalam memicu tumbuhnya rasa aman secara psikologis yang berdampak positif pada proses tumbuh kembang janin.

6. Perasaan ambivalen

   Perasaan ambivalen atau konflik batin sering kali mendominasi kondisi psikologis ibu pada trimester pertama kehamilan. Ketidakpastian emosional ini umumnya berkaitan dengan kecemasan menghadapi berbagai perubahan masa gestasi, beban tanggung jawab baru, keraguan terhadap kapasitas diri dalam menjalankan peran sebagai orang tua, respons penerimaan dari keluarga dan lingkungan sosial, hingga kekhawatiran terkait stabilitas finansial. Namun, seiring dengan semakin diterimanya kehamilan tersebut, perasaan yang saling bertentangan ini perlahan-lahan akan berkurang.

7. Perasaan ketidaknyamanan

   Meskipun berbagai keluhan fisik seperti mual, kelelahan kronis, dan peningkatan nafsu makan sering muncul selama trimester pertama, peningkatan sensitivitas emosional juga dapat mencerminkan konflik batin serta gejala depresi ringan pada ibu.

8. Depresi

   Depresi pada ibu hamil didefinisikan sebagai kondisi kemurungan atau penurunan semangat yang ditandai oleh perasaan negatif, berkurangnya aktivitas fungsional, serta pandangan pesimistis dalam menghadapi masa depan. Berbagai faktor dapat memicu timbulnya gangguan psikologis ini, mulai dari perubahan kadar hormon yang memengaruhi kinerja otak, dinamika hubungan dengan pasangan maupun keluarga, riwayat kegagalan, hingga adanya catatan komplikasi selama kehamilan.

9. Stres

   Dominasi overthinking dan perasaan khawatir yang kronis pada wanita hamil umumnya merupakan pemicu utama respons stres, dan kondisi ini dapat berdampak langsung terhadap perkembangan fisiologis serta psikologis janin. Sebaliknya, penerapan *positive thinking* atau pola

pikir positif berperan penting dalam mendukung proses pembentukan janin, mengoptimalkan mekanisme pemulihan internal tubuh, serta memastikan suplai nutrisi yang sehat bagi bayi. Apabila ibu mengalami stres berlebihan yang berlangsung terus-menerus tanpa penanganan yang memadai, kondisi tersebut berisiko memicu berbagai komplikasi serius, seperti kelahiran prematur, bayi lahir dengan BBLR, serta kecenderungan anak untuk menjadi hiperaktif dan lebih mudah marah di kemudian hari.

10. Ansietas (kecemasan)

    Ansietas atau kecemasan merupakan kondisi emosional yang ditandai dengan munculnya rasa khawatir, gelisah, dan ketidaktenangan dalam diri seseorang, yang dapat disertai dengan berbagai respons fisik. Pada ibu hamil, kecemasan dapat dipengaruhi oleh persepsi atau penilaian subjektif terhadap kondisi yang dihadapi. Beberapa faktor yang dapat memicu kecemasan selama kehamilan antara lain kekhawatiran terhadap kondisi kesehatan ibu dan janin, pengalaman keguguran maupun kejadian traumatis sebelumnya, kebutuhan akan rasa aman dan kenyamanan selama menjalani kehamilan, kesiapan psikologis dalam menjalankan peran sebagai orang tua, penerimaan terhadap masa gestasi, kondisi ekonomi keluarga, serta dukungan yang diperoleh dari keluarga dan tenaga kesehatan. Di sisi lain, gejala umum kecemasan pada ibu hamil meliputi mudah marah, menarik diri dari interaksi sosial dan komunikasi, stres, gangguan tidur (insomnia), jantung berdebar atau peningkatan denyut jantung, sering BAK, mulas, telapak tangan berkeringat dan gemetar, sensasi kesemutan pada anggota tubuh, kram otot, pusing berulang, serta risiko pingsan.

11. Insomnia

    Insomnia atau gangguan tidur didefinisikan sebagai kondisi kesulitan tidur akibat perasaan gelisah, ketidaktenteraman, kurangnya waktu istirahat, hingga ketidakmampuan total untuk memejamkan mata. Gangguan ini kerap dialami oleh primigravida (ibu hamil anak pertama) atau dipicu oleh rasa khawatir yang berlebihan menjelang proses

persalinan. Gejala klinis insomnia yang dialami ibu hamil meliputi kesulitan mengantar tidur, sukar memejamkan mata, dan terbangun secara dini pada malam hari. Timbulnya gangguan tidur tersebut dipengaruhi oleh sejumlah aspek, di antaranya stres berat, penyesuaian pola hidup, gangguan patologis, rasa cemas, depresi, serta kebisingan di sekitar lingkungan tempat tinggal. Dampak negatif dari kurangnya waktu tidur ini mencakup penurunan stamina yang memicu kelelahan kronis, hilangnya semangat beraktivitas, kestabilan emosi yang terganggu, hingga peningkatan risiko stres. Secara keseluruhan, dinamika perubahan psikologis tersebut terbagi ke dalam beberapa fase sesuai dengan tahapan trimester kehamilan.

a. Trimester pertama

   Trimester pertama kehamilan umumnya diidentifikasi sebagai fase adaptasi, di mana seorang wanita harus beradaptasi secara psikologis dengan realitas kehamilannya. Sebagian besar ibu kerap merasakan kesedihan serta kebingungan batin akibat sifat ambivalen terhadap kondisi tersebut; tercatat sekitar 80% wanita mengalami berbagai respons negatif meliputi kekecewaan, penolakan, kecemasan, gejala depresi, hingga kesedihan mendalam. Kendati demikian, perasaan ambivalen ini biasanya akan mereda dan hilang dengan sendirinya seiring berjalannya waktu sejalan dengan tumbuhnya penerimaan penuh terhadap kehadiran sang buah hati.

b. Trimester kedua

   Trimester kedua kerap diidentifikasi sebagai fase kesehatan yang optimal, di mana kondisi fisik ibu umumnya terasa lebih nyaman serta terbebas dari berbagai ketidaknyamanan fisiologis yang lazim dialami pada awal kehamilan. Periode ini terbagi menjadi dua tahapan utama, yakni fase pra-*quickening* dan pasca-*quickening* suatu momen kemunculan gerakan janin yang menegaskan realitas kehidupan terpisah di dalam rahim. Pengalaman ini berfungsi sebagai dorongan psikologis bagi ibu untuk menuntaskan tugas perkembangannya,

yakni membangun serta menginternalisasi identitas barunya sebagai seorang ibu.

c. Trimster ketiga

Trimester ketiga kerap digambarkan sebagai masa penantian yang diiringi dengan tingkat kewaspadaan yang tinggi. Pada fase ini, berbagai rasa takut mulai mengemuka, di mana ibu hamil umumnya diliputi kecemasan mendalam terkait keselamatan janin maupun dirinya sendiri. Beberapa bentuk kekhawatiran spesifik yang sering muncul meliputi ketakutan akan kemungkinan bayi lahir dengan kelainan, kecemasan menghadapi proses persalinan seperti rasa nyeri, hilangnya kendali diri, serta ketidakpastian situasi medis lainnya hingga kekhawatiran bahwa ia tidak akan menyadari tanda-tanda awal persalinan, janin tidak dapat dilahirkan secara normal, atau organ vitalnya mengalami cedera selama proses melahirkan.

2.1.2 Asuhan Kebidanan Kehamilan

Ibu hamil berisiko mengalami komplikasi pada setiap tahapan kehamilan. Oleh karena itu, untuk menjamin kualitas perawatan prenatal, layanan tersebut harus diberikan secara rutin, sesuai standar, dan secara terintegrasi. (Kasmiati *et al.*, 2023)

Fokus utama dalam peningkatan kesehatan ibu dan anak mencakup optimalisasi jangkauan imunisasi serta penekanan AKI, AKB, dan neonatus. (Kementerian Kesehatan RI, 2022)

Mengacu pada ketentuan dalam Pasal 1 ayat (1) Peraturan Menkes RI No 21 Tahun 2021, pelayanan kesehatan mencakup penyelenggaraan kesehatan seksual dan kontrasepsi, serta pelayanan kesehatan bagi perempuan sejak masa sebelum kehamilan, selama kehamilan, persalinan, hingga masa nifas. ruang lingkup pelayanan kesehatan masa sebelum hamil mencakup serangkaian intervensi yang bertujuan untuk mengoptimalkan kesiapan fisik dan psikologis remaja putri serta perempuan usia reproduksi demi tercapainya kehamilan yang sehat. Di samping itu, regulasi ini menetapkan ketentuan bahwa pelayanan antenatal atau pemeriksaan kehamilan wajib dilakukan

minimal sebanyak enam kali dalam satu periode kehamilan. Distribusi kunjungan tersebut meliputi l kali pada trimester pertama, ll kali pada trimester kedua, serta lll kali pada trimester ketiga. Pelayanan ini bertujuan untuk memastikan kesiapan dalam penanganan persalinan yang higienis, aman, dan berkualitas, sekaligus berfokus pada deteksi dini risiko patologis dan komplikasi obstetri. (Kemenkes, 2021)

Konsep pelayanan Antenatal Terpadu (Myrna Lestari Abubakar, SST. *et al.*, 2025):

a. Masalah gizi yang meliputi anemia (KEK), obesitas, serta peningkatan bb yang tidak sesuai dengan standar. Faktor risiko lainnya mencakup ibu yang berusia ≤16 tahun atau ≥35 tahun serta ibu yang memiliki anak terakhir dengan usia ≤2 tahun.
b. Kategori risiko tinggi dalam kehamilan meliputi beberapa kondisi klinis, antara lain jarak kehamilan pertama yang mencapai atau melebihi empat tahun, interval antar-kehamilan lebih dari sepuluh tahun, riwayat multiparitas dengan jumlah persalinan empat kali atau lebih, kehamilan gemetar atau ganda, Faktor penyulit yang meliputi kelainan letak janin, ketidaksesuaian ukuran besar janin, hingga riwayat obstetrik buruk, termasuk kejadian abortus atau kegagalan kehamilan di masa lalu, riwayat komplikasi persalinan lampau (penggunaan tindakan vakum atau forseps, perdarahan pascapersalinan, serta riwayat transfusi darah), riwayat operasi sesar, kondisi hipertensi, hingga kehamilan yang berlangsung lebih dari 40 minggu.
c. Komplikasi yang berkaitan dengan kehamilan, meliputi KPD, perdarahan pervaginam, serta hipertensi.
d. Berbagai penyakit infeksi yang dapat menyertai kehamilan, Seperti infeksi HIV, sifilis, hepatitis B, tetanus pada ibu, malaria, tuberkulosis, infeksi dengue, tifus, serta ragam penyakit menular atau infeksi lainnya.
e. Gangguan kesehatan mental selama kehamilan, antara lain depresi, gangguan kecemasan, psikosis, skizofrenia, serta gangguan kesehatan jiwa lainnya.

Standar pelayanan antenatal 12 T sebagai berikut. (Kemenkes, 2021)

1. Melakukan pengukuran tinggi dan berat badan.

   Tujuan TB: Tindakan ini dilaksanakan pada kunjungan perdana guna mengidentifikasi potensi faktor risiko panggul sempit pada ibu hamil, khususnya apabila didapati tinggi badan ≤145 cm, risiko panggul sempit lebih tinggi. Tujuan pengukuran berat badan: Dilaksanakan pada setiap kunjungan pemeriksaan guna memantau perkembangan dan pertumbuhan janin melalui tren peningkatan berat badan ibu. Kenaikan yang terlalu sedikit atau terlalu banyak bisa menjadi indikasi adanya masalah nutrisi atau gangguan pada janin.

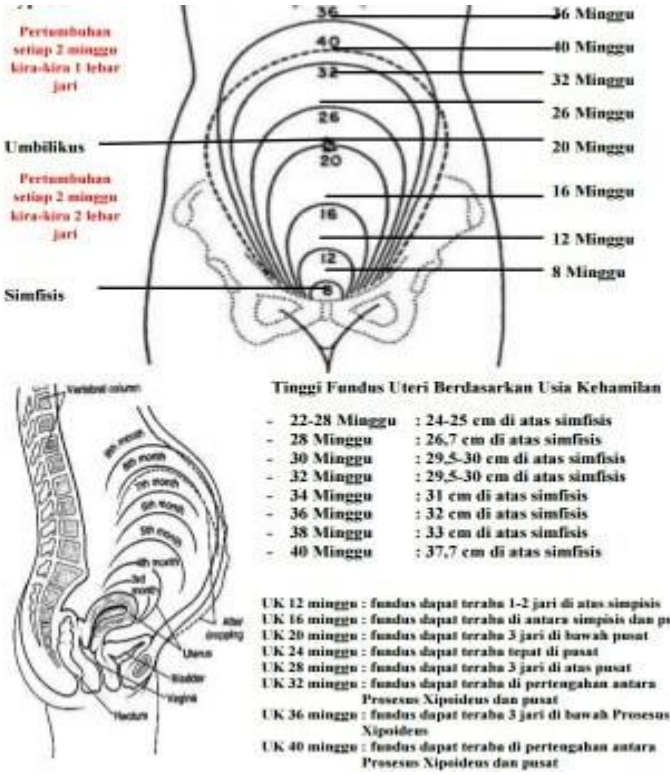
   Selama masa gestasi, Setiap ibu hamil dianjurkan untuk mencapai peningkatan berat badan yang selaras dengan kebutuhan fisiologis serta kondisi kehamilannya. Secara umum, peningkatan berat badan selama kehamilan dapat mencapai sekitar 9 kg. Apabila pertambahan berat badan tidak sesuai dengan yang diharapkan, kondisi tersebut dapat menjadi salah satu faktor yang berisiko memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin. Oleh karena itu, pemantauan berat badan ibu secara berkala perlu dilakukan sebagai bagian dari pemantauan kondisi kesehatan ibu dan janin. (SITAWATI, S.ST. *et al.*, 2023)

Klasifikasi Berat Badan	Indeks Massa Tubuh (IMT)	Peningkatan Berat Badan yang Dianjurkan (kg)
Berat Badan Kurang (Underweight)	< 18.5	12.5-18
Normal	18.5-24.9	11.5-16
Berat Badan Lebih (Overweight)	25.0-29.9	7-11.5
Obesitas I	30-34.9	7
Obesitas II	35.0-39.9	7
Obesitas III	>40.0	7

Rekomendasi kenaikan berat badan menurut IOM 2009



2. Pengukuran Tekanan Darah: Prosedur ini bertujuan untuk mendeteksi secara dini risiko hipertensi gestasional serta preeklamsia. Batas tekanan darah normal berada kurang dari 120/80 mmHg, sementara nilai yang diatas 140/90 mmHg memerlukan kewaspadaan tinggi karena berisiko memicu berbagai komplikasi serius selama kehamilan hingga persalinan, termasuk hipertensi berat, preeklamsia, hingga eklamsia. (SITAWATI, S.ST. *et al.*, 2023)
3. Penilaian Status Gizi (LILA): Pengukuran ini dilakukan untuk mengevaluasi status nutrisi ibu hamil sekaligus mengidentifikasi secara dini potensi risiko KEK. Jika ukuran LiLA <23,5 cm, Situasi ini mengindikasikan adanya indikasi Kekurangan Energi Kronik pada ibu, yang menempatkan bayi pada risiko tinggi mengalami BBLR.
4. TFU. Pengukuran TFU dapat digunakan sebagai salah satu indikator untuk memperkirakan usia kehamilan dan menilai perkembangan kehamilan, serta membantu memperkirakan berat badan janin selama berada di dalam rahim.



5. Melakukan pemeriksaan terhadap letak janin dan memantau detak jantung janin (DJJ).

   Tujuan : Mengetahui posisi bagian tubuh janin di dalam rahim (apakah kepala di bawah, sungsang, atau lintang), terutama pada trimester ketiga untuk merencanakan proses persalinan.

   Tujuan DJJ: Memastikan bahwa janin dalam kondisi hidup dan tidak mengalami gawat janin (*fetal distress*). DJJ dalam kondisi normal berada pada ± 120–160 kali/menit.

6. Melakukan pemeriksaan riwayat dan status imunisasi tetanus pada ibu hamil serta memberikan vaksin Tetanus-difteri (Td) sesuai dengan kebutuhan untuk membantu mencegah terjadinya tetanus pada bayi, status vaksinasi tetanus harus diperiksa dan vaksin tetanus diberikan jika diperlukan.

Berikut merupakan tabel skrining imunisasi TT :

Status Imunisasi	Interval Minimal Pemberian	Masa Perlindungan
T1	-	-
T2	4 minggu setelah T1	3 tahun
T3	6 bulan setelah T2	5 tahun
T4	1 tahun setelah T3	10 tahun
T5	1 tahun setelah T4	Lebih dari 25 tahun

Sumber : https://share.google/rsIHCWM9kteHFZOP5

7. Pemberian minimal 90 tablet penambah darah sepanjang kehamilan bertujuan untuk mencegah serta mengatasi anemia sideropenik. Langkah ini wajib dilakukan karena kekurangan darah dapat memicu perdarahan saat bersalin sekaligus menghambat pertumbuhan janin.
8. Tes laboratorium

   Mendeteksi kondisi medis tersembunyi yang dapat memengaruhi kehamilan. Pemeriksaan rutin meliputi:

   - Tes Golongan Darah & Rhesus: Persiapan jika sewaktu-waktu butuh donor darah.
   - Kadar Hemoglobin (Hb): Memastikan tidak anemia.
   - Glukosa Urine: Skrining diabetes gestasional.
   - Protein Urine: Skrining preeklamsia.
   - Tes HIV, Sifilis, dan Hepatitis B (Triple Elimination): Mencegah penularan infeksi dari ibu ke janin.
9. Tata laksana/penanganan kasus sesuai kewenangan

   Memberikan tindakan medis atau pengobatan segera jika ditemukan masalah atau kelainan selama pemeriksaan (T1 sampai T8). Jika fasilitas kesehatan primer tidak mampu menangani, ibu akan segera dirujuk ke rumah sakit.
10. Memberikan konseling dan edukasi kepada ibu mengenai pemenuhan kebutuhan gizi selama kehamilan, kesiapan psikologis menghadapi persalinan, penjelasan mengenai hasil pemeriksaan, persiapan

persalinan, pemilihan serta penggunaan metode kontrasepsi, pengenalan tanda-tanda bahaya selama kehamilan hingga masa nifas, pelaksanaan IMD, persiapan pemberian ASI eksklusif, serta perawatan bayi baru lahir yang tepat.

11. Pemeriksaan USG

    Pemeriksaan USG kini diwajibkan min 2 kali selama masa kehamilan (pada trimester 1 dan trimester 3) yang dilakukan oleh dokter di puskesmas atau fasilitas kesehatan.

    - Tujuan di Trimester 1 (Skrining Awal):
        - Memastikan kehamilan berada di dalam rahim (bukan kehamilan ektopik/di luar kandungan).
        - Mengetahui jumlah janin (tunggal atau kembar).
        - Menentukan Hari Perkiraan Lahir (HPL) secara akurat berdasarkan ukuran *Crown-Rump Length* (panjang dari kepala ke bokong janin).
    - Tujuan di Trimester 3 (Persiapan Persalinan):
        - Memantau pertumbuhan janin dan mendeteksi adanya hambatan pertumbuhan (*Intrauterine Growth Restriction* / IUGR).
        - Memastikan posisi plasenta (ari-ari) tidak menutupi jalan lahir (seperti pada kondisi *plasenta previa*).
        - Memeriksa kecukupan volume cairan ketuban.
        - Mengetahui presentasi janin (apakah kepala sudah di bawah atau sungsang) untuk menentukan metode persalinan yang aman.

12. Tes skrining Jiwa

    Perubahan hormon, fisik, dan tanggung jawab baru sering kali memengaruhi kondisi psikologis ibu. Skrining ini biasanya menggunakan alat bantu seperti kuesioner *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) atau kuesioner SRQ-20.

Tujuan:

- Mendeteksi secara dini gejala kecemasan (*anxiety*) dan depresi selama kehamilan (Antenatal Depression) maupun risiko depresi pascamelahirkan (*Postpartum Depression*).
- Mencegah dampak buruk stres berkepanjangan pada ibu, yang dapat memengaruhi nafsu makan, pola tidur, perkembangan janin, hingga risiko kelahiran prematur.
- Memberikan dukungan psikologis atau rujukan ke psikolog/psikiater secara cepat jika ditemukan indikasi gangguan kesehatan mental, sehingga ibu merasa aman dan siap secara emosional dalam menyambut kelahiran bayinya.

Kebutuhan Nutrisi Harian Ibu Hamil (Berdasarkan Buku Kia Kementerian Kesehatan RI)

Bahan Makanan	**12 Minggu Pertama (Trimester I)**	**12 – 40 Minggu (Trimester II & III)**	**Keterangan**
Sumber karbohidrat	5 porsi	6 porsi	• Nasi: 100 g (setara dengan $\frac{3}{4}$ gelas) • Jagung (sedang): 125 g (setara dengan 3 buah) • Kentang (sedang): 210 g (setara dengan 2 buah) • Singkong: 120 g (setara dengan $\frac{1}{2}$ potong) • Roti putih: 70 g (setara dengan 3 iris) • Mie basah: 200 g (setara dengan 2 gelas)

Protein Hewani (Ikan, Telur, Ayam, dll.)	4 porsi	4 porsi	• Ikan: 50 g (setara dengan 1 potong sedang) • Telur ayam: 55 g (setara dengan 1 butir)
Protein Nabati (Tempe, Tahu, dll.)	4 porsi	4 porsi	• 50 g atau 1 potong sedang tempe • 100 g atau 2 potong sedang tahu
Sayur-sayuran	4 porsi	4 porsi	• 100 g atau 1 mangkuk sayur matang tanpa kuah
Buah-buahan	4 porsi	4 porsi	• 100 g atau 1 potong sedang pisang • 100 - 190 g atau 1 potong besar pepaya
Minyak/Lemak	5 porsi	5 porsi	• Batas asupan lemak sebanyak 5 gram atau setara dengan 1 sendok teh, yang berasal dari proses pengolahan pangan seperti menggoreng, menumis, penggunaan santan, kemiri, mentega, serta sumber lemak lainnya. • Komponen minyak atau lemak mencakup santan yang diaplikasikan dalam masakan, makanan yang diolah dengan cara digoreng atau ditumis, serta hidangan berkuah santan.
Gula	2 porsi	2 porsi	• 10 g atau 1 sendok makan bersumber dari

			kue-kue manis, minum teh manis, dan lain-lainnya.

Sumber : Buku KIA Kemenkes 2024

Batasi asupan garam Anda hingga maksimal 1 sendok teh per hari dan minumlah 8–12 gelas air setiap hari.

Pendokumentasian asuhan kebidanan dilakukan dengan SOAP saat kehamilan yaitu :

1. Data Subjektif (S)

   Data subjektif bersumber secara langsung dari sudut pandang serta pengalaman yang dirasakan oleh pasien, di mana setiap ekspresi kekhawatiran dan keluhan dicatat secara apa adanya untuk membantu menegakkan diagnosis.

2. Data Objektif (O)

   Data objektif mencakup catatan fakta dan gejala klinis yang diperoleh secara objektif melalui pemeriksaan fisik, tes laboratorium, serta observasi teliti. Selain itu, riwayat medis dan informasi dari keluarga dapat ditambahkan sebagai data pendukung untuk memperkuat penegakan diagnosis.

3. Analisa (A)

   Langkah ini merupakan pendokumentasian dari data subjektif dan objektif mencakup diagnosis, masalah dan kebutuhan.

4. Penatalaksanaan (P)

Aspek penatalaksanaan ini mencakup pencatatan menyeluruh atas seluruh rencana dan implementasi tindakan, yang mencakup antisipasi dini, respons cepat, intervensi komprehensif, penyuluhan, sokongan moral, kerja sama lintas sektor, penilaian berkala, hingga sistem rujukan. Seluruh rangkaian tahapan tersebut diarahkan untuk memulihkan kondisi pasien sekaligus mengoptimalkan derajat kesejahteraannya

2.2 Persalinan

2.2.1 Dasar Persalinan

a. Defenisi Persalinan

Kelahiran janin beserta plasenta melalui jalur normal atau jalan lahir pada masa kehamilan aterm (37–42 minggu) dikenal sebagai mekanisme fisiologis persalinan pervaginam. Kejadian ini berlangsung secara spontan dengan letak belakang kepala, bersih dari intervensi bedah, induksi, maupun komplikasi baik dari pihak ibu maupun janin. Onsets persalinan bermula secara alamiah dengan durasi berkisar antara 4 hingga 24 jam, sehingga terhindar dari kategori persalinan cepat maupun partus lama. Situasi ini mencakup kehamilan janin tunggal dengan presentasi verteks serta posisi oksiput anterior dalam rongga panggul, tanpa disertai penyulit berat semisal perdarahan masif, serta ditutup dengan proses pelepasan plasenta secara fisiologis. (Muliyah *et al.*, 2020)

Persalinan merupakan proses penipisan dan pembukaan serviks yang diikuti turunnya janin melalui jalan lahir. Proses ini dikategorikan normal apabila berlangsung tanpa penyulit, sementara persalinan buatan atau anjuran memerlukan bantuan medis maupun pacuan karena tidak terjadi secara spontan. Berkaitan dengan hal tersebut, proses keluarnya janin beserta ketuban lewat jalan lahir—baik menggunakan kekuatan sendiri maupun bantuan—dikenal sebagai kelahiran.

b. Macam-macam Persalinan

1. Persalinan pervaginam : Proses persalinan yang terjadi sepenuhnya melalui kekuatan ibu sendiri tanpa intervensi buatan, melahirkan bayi lewat jalan lahir alami (pervaginam).
2. Persalinan Pervaginam Normal: Metode melahirkan bayi melalui vagina dengan mengejan secara alami, di mana otot-otot sekitar vagina meregang untuk jalur keluar bayi. Umumnya berlangsung kurang dari 24 jam dengan persiapan matang sejak dini.

3. Persalinan di Air (*Water Birth*): Metode persalinan normal alternatif di mana ibu menjalani proses mengejan dan melahirkan dengan berendam di dalam bak atau kolam khusus berisi air hangat.
4. Persalinan *Gentle Birth*: Pendekatan atau filosofi persalinan alternatif yang berfokus pada penciptaan suasana tenang dan penuh kelembutan, memanfaatkan unsur-unsur alami tubuh guna meminimalkan *stressor* dan rasa nyeri.
5. Persalinan Anjuran (Induksi): Persalinan yang dipicu atau dirangsang melalui tindakan medis eksternal—seperti amniotomi (pemecahan ketuban) atau pemberian infus oksitosin—untuk merangsang kontraksi rahim sekaligus mengevaluasi kesesuaian panggul (*cephalopelvic balance*).
6. Persalinan Tindakan Pervaginam (Operatif Vaginam): Persalinan dengan bantuan instrumen merupakan tindakan medis yang dilakukan manakala persalinan spontan tidak memungkinkan untuk tercapai, sementara kondisi janin masih terpantau baik
    - *Ekstraksi Vakum:* Menggunakan *cup* pengisap yang dihubungkan dengan alat pompa atau listrik di atas kepala bayi untuk menarik secara lembut saat pembukaan lengkap dan kepala di panggul bawah.
    - *Ekstraksi Forcep:* Menggunakan alat forceps/cunam medis (sebagaimana tercakup dalam prinsip tindakan operatif pervaginam dengan alat bantu).
7. Persalinan Caesar / *Sectio Caesaria* (SC): Seksio sesarea merupakan prosedur pembedahan yang melibatkan insisi pada dindingabdomen dan uterus guna melahirkan janin. Tindakan ini ditempuh berdasarkan indikasi medis darurat demi menyelamatkan keselamatan ibu serta bayi, risiko kehamilan berisiko (seperti usia di atas 40 tahun atau kontraksi lemah), panggul sempit atau *Cephalopelvic Disproportion* (CPD), serta prosedur *Vaginal Birth After Caesarean* (VBAC) yang memerlukan alternatif tindakan. Memiliki risiko medis seperti perdarahan, infeksi luka, gangguan pembekuan darah, efek anestesi, hingga komplikasi pada organ sekitar.

8. *Vaginal Birth After Caesarean* (VBAC): Persalinan pervaginam yang dicobakan dan dilakukan pada ibu yang pada kehamilan sebelumnya pernah menjalani operasi *sectio caesaria*, dengan tingkat keberhasilan tinggi namun tetap memperhitungkan risiko komplikasi rahim.

c. Fase Dalam Persalinan

1. Kala I

Tahap pertama persalinan (Kala I) merupakan fase permulaan keluarnya janin yang diindikasikan oleh kemunculan kontraksi rahim yang konsisten dan memadai. Gelombang kontraksi ini memicu terjadinya penipisan serta dilatasi serviks hingga mencapai pembukaan lengkap sebesar 10 sentimeter. Secara klinis, tahapan ini diklasifikasikan ke dalam II fase utama:

- Fase Laten: Terjadi sejak awal kontraksi hingga pembukaan serviks mencapai kisaran 3 hingga 4 cm, dengan estimasi durasi sekitar 8 jam di mana proses pembukaan terjadi secara lambat. Pada fase ini, kontraksi mulai teratur namun durasinya masih berkisar antara 20 hingga 30 detik dan belum terlalu nyeri.
- Fase aktif persalinan ditandai dengan peningkatan frekuensi kontraksi uterus yang terjadi lebih dari tiga kali dalam durasi 10 menit. Setiap kontraksi berlangsung selama 40 detik atau lebih, serta disertai dengan eskalasi intensitas nyeri. Tahapan ini ditandai dengan kemajuan dilatasi serviks dari sekitar 4 sentimeter hingga pembukaan lengkap, yang juga dibarengi oleh penurunan bagian terendah janin. Secara rinci, fase aktif terbagi menjadi tiga sub-fase, yakni akselerasi, dilatasi maksimum, dan deselerasi. Fase akselerasi menunjukkan percepatan pembukaan serviks dari 3–4 cm menjadi 9 cm dalam kurun waktu kurang lebih dua jam. Berikutnya, fase dilatasi maksimum ditandai oleh kecepatan pembukaan serviks yang mencapai puncaknya mulai dari ukuran 9 cm. Adapun fase deselerasi merupakan periode ketika

laju dilatasi serviks melambat secara bertahap hingga mencapai pembukaan lengkap dalam waktu sekitar dua jam. (Indryani, 2024)

Pada umumnya, Durasi Kala I persalinan pada primigravida umumnya memakan waktu sekitar 12 jam dengan laju dilatasi serviks rata-rata 1 sentimeter per jam. Sebaliknya, pada ibu multigravida, fase pertama persalinan ini berlangsung relatif lebih singkat, yakni berkisar 8 jam, dengan kecepatan pembukaan serviks mencapai kurang lebih 2 sentimeter setiap jamnya. Pada tahap ini, perlu dilakukan pemantauan terhadap kemungkinan terjadinya berbagai komplikasi, seperti ketuban pecah dini (KPD), prolaps atau penumbungan tali pusat, kelainan pada plasenta, gawat janin, serta inersia uteri. Selain itu, proses pematangan serviks juga dapat menunjukkan pola yang berbeda pada setiap ibu, pada *primigravida* serviks mendatar dan menipis terlebih dahulu melalui terbukanya ostium internal sebelum ostium eksternum membuka, sementara pada *multigravida*, proses penipisan dan pembukaan kedua ostium tersebut terjadi secara bersamaan.

Secara fisiologis, rupturnya membran ketuban lazim terjadi secara spontan saat dilatasi serviks telah mendekati atau mencapai pembukaan lengkap. Jika selaput ketuban pecah sebelum pembukaan serviks mencapai 5 sentimeter, keadaan ini memerlukan perhatian serta evaluasi lanjutan karena diklasifikasikan sebagai ketuban pecah dini. Selama fase laten persalinan berlangsung, seluruh bentuk intervensi asuhan, observasi, dan hasil temuan pemeriksaan wajib dicatat secara cermat, baik melalui lembar kemajuan persalinan tersendiri maupun instrumen dokumentasi klinis lainnya. Setiap catatan wajib mencantumkan tanggal serta waktu secara presisi. Pengawasan ketat terhadap kondisi maternal dan fetal harus dijalankan secara berkala dengan ketentuan berikut: Pemantauan auskultasi denyut jantung janin, frekuensi serta durasi kontraksi uterus, dan pengukuran nadi ibu dilaksanakan setiap 30 menit. Sementara itu, pemeriksaan dilatasi serviks, tekanan darah, dan suhu tubuh dilakukan tiap 4 jam, diikuti evaluasi pengeluaran urine, kadar aseton, serta protein urin

secara berkala setiap 2 hingga 4 jam. Apabila terdeteksi adanya penyulit atau komplikasi, frekuensi penilaian klinis terhadap ibu dan janin harus ditingkatkan. Tindakan penanganan yang tepat wajib segera diambil apabila diagnosis kerja menegakkan adanya komplikasi persalinan. Di sisi lain, apabila frekuensi kontraksi uterus mengalami penurunan selama periode observasi satu hingga dua jam awal, tenaga kesehatan diwajibkan untuk melakukan re-evaluasi menyeluruh terhadap status maternal dan fetal. Apabila dari hasil pemeriksaan tidak teridentifikasi adanya indikasi kegawatdaruratan maupun penyulit obstetrik, ibu dipersilakan untuk kembali ke rumah dengan edukasi dan instruksi agar segera mendatangi fasilitas pelayanan kesehatan bilamana kontraksi uterus kembali berpola teratur dan intensitasnya meningkat.

2. Kala II

Seiring memasukinya fase kala II persalinan, sejumlah manifestasi klinis yang khas mulai tampak sebagai penanda telah tercapainya dilatasi serviks secara sempurna (10 cm) hingga tahapan ekspulsi janin. Berdasarkan aspek fisiologis, durasi kala II persalinan umumnya memakan waktu sekitar 2 jam pada primigravida dan berkisar 1 jam pada ibu multipara. Tahap ini ditandai dengan pembukaan serviks yang telah mencapai kondisi lengkap. tampak dan terlihatnya bagian terendah janin (kepala) di introitus vagina, timbulnya refleks dorongan involunter untuk mengejan seiring dengan puncak his, adanya sensasi tekan pada area pelvis (rektum maupun vagina), penonjolan perineum, merekahnya vulva dan terbukanya sfingter ani, serta peningkatan sekresi lendir bercampur darah (*bloody show*).

Desensus atau turunnya bagian terendah janin ke dalam cavum pelvis memicu penekanan mekanis pada struktur Diafragma panggul, yang secara refleks membangkitkan sensasi dorongan kuat untuk mengejan—menyerupai sensasi defekasi—disertai terbukanya sfingter ani. Seiring dengan frekuensi dan intensitas his yang adekuat, bagian kepala janin mulai tampak di introitus vagina, diikuti dengan regangan pada vulva dan

perineum. Melalui penerapan teknik meneran yang efektif, kepala janin akhirnya dilahirkan, yang kemudian disusul oleh ekspulsi seluruh bagian tubuh bayi. Selama Kala II persalinan, terdapat beberapa komplikasi serius yang perlu diwaspadai dan diantisipasi, antara lain preeklamsia atau eklamsia, kegawatdaruratan janin (distres fetal), prolaps tali pusat, terhentinya penurunan kepala janin (arrest desensus), kelelahan maternal, persalinan lama, ruptura uteri, serta distosia yang disebabkan oleh malpresentasi atau malposisi janin. Selain itu, komplikasi lain yang dapat terjadi meliputi infeksi intrapartum, inersia uteri sekunder, dan lilitan tali pusat pada janin.

3. Kala III

Fase kala III persalinan didefinisikan sebagai rentang waktu yang bermula segera setelah lahirnya neonatus hingga tuntasnya proses ekspulsi plasenta. Terlepasnya plasenta dari tempat melekatnya (*decidua basalis*) pada dinding uterus dapat diidentifikasi melalui sejumlah manifestasi klinis utama, meliputi perubahan morfologi uterus yang menjadi globuler serta naiknya tinggi fundus uteri, bertambah panjangnya segmen tali pusat yang menjulur melewati introitus vagina, serta adanya semburan darah secara mendadak (*blood gush*). Secara fisiologis, durasi kala III berlangsung dalam waktu maksimal 30 menit. Pada masa pascakelahiran bayi, rahim teraba keras dengan posisi fundus berada sedikit di atas umbilikus. Kondisi ini kemudian disertai dengan adanya kontraksi berkala yang berfungsi untuk melepaskan plasenta secara alami dari tempat melekatnya di dinding uterus.

Secara fisiologis, separasi plasenta umumnya terjadi dalam rentang waktu antara 6 hingga 15 menit pascakelahiran bayi, untuk kemudian dilahirkan baik secara spontan maupun melalui intervensi penekanan terkontrol pada fundus uteri, yang lazimnya disertai pula oleh estimasi pengeluaran darah sekunder. Kend demikian, berbagai potensi komplikasi akut tetap perlu diantisipasi selama fase kala III, meliputi perdarahan pascapersalinan sekunder akibat atonia uteri, retensio plasenta, trauma

atau laserasi pada jalan lahir, hingga penyulit yang berkaitan dengan anomali tali pusat.

4. Kala IV

Kala IV persalinan merepresentasikan periode pengamatan kritis yang terhitung sejak tuntasnya pengeluaran plasenta hingga dua jam pertama postpartum. Titik sentral pada fase ini diarahkan pada pemantauan kondisi maternal secara intensif guna mendeteksi dan mencegah berbagai kemungkinan komplikasi. Beberapa masalah yang kerap timbul pada Kala IV meliputi subinvolusi uteri akibat kegagalan uterus untuk berkontraksi secara optimal, serta perdarahan pascapersalinan yang umumnya dipicu oleh atonia uteri, laserasi atau perlukaan jalan lahir, maupun adanya tertinggal sisa plasenta di dalam cavum uteri.

d. Petugas Dalam Persalinan

Peraturan persalinan yang disebut "6 tangan" atau tiga orang bidan adalah standar pelayanan terkini di beberapa daerah untuk memastikan keselamatan ibu dan bayi, terutama untuk mencegah asfiksia (bayi tidak bernapas spontan). Aturan ini menggantikan standar sebelumnya yang hanya memerlukan "4 tangan" atau dua orang bidan. Standar ini penting untuk memberikan pertolongan persalinan yang maksimal dengan membagi tugas, di mana ada bidan yang fokus pada ibu dan ada yang fokus pada bayi, untuk mengantisipasi kesulitan yang terjadi saat proses persalinan. Pembagian tugas: Dalam tim tiga bidan, pembagian tugas akan lebih optimal. Salah satu bidan bisa fokus pada persalinan ibu, sementara bidan lainnya dapat memberikan asuhan pada bayi baru lahir atau membantu secara keseluruhan serta persiapan resusitasi bayi / jika terjadi masalah saat persalinan berlangsung

2.2.2 Asuhan Pada Persalinan

Asuhan Persalinan Normal sebagai berikut:
1. Persiapan Awal

- Menyiapkan alat (partus set, oksitosin, APD), mencuci tangan, dan

mengenali tanda kala dua persalinan (dorongan meneran, perineum menonjol).

2. Pemeriksaan & Pimpinan Meneran
    - Memeriksa genitalia, melakukan pemeriksaan dalam, menilai DJJ, lalu memandu ibu meneran secara efektif saat pembukaan lengkap.
3. Kelahiran Bayi
    - Melahirkan kepala, bahu, hingga seluruh tubuh bayi, lalu menilai keaktifan bayi, mengeringkannya, dan menunda penjepitan tali pusat untuk IMD.
4. Penatalaksanaan Kala III (Plasenta)
    - Menyuntikkan oksitosin, memotong tali pusat, melahirkan plasenta dengan (PTT), serta melakukan masase fundus uteri.
5. Pemantauan Kala IV & Pascaperawatan
    - Memeriksa kelengkapan plasenta, menjahit robekan jalan lahir jika ada, merawat bayi (vitamin K dan imunisasi), memantau kondisi ibu selama 2 jam, serta lengkapi partograf.

2.3 Nifas

2.3.l Konsep Dasar Pada Nifas

a. Defenisi Nifas

Masa nifas (*puerperium*) didefinisikan sebagai fase kritis pascakelahiran yang bermula segera setelah tuntasnya proses ekspulsi plasenta dan neonatus, serta berlangsung selama 6 mgg atau 42 hari penuh. Periode ini ditandai oleh berlangsungnya proses pemulihan anatomis dan fungsional secara komprehensif pada seluruh sistem organ reproduksi maternal hingga kembali mendekati kondisi sebelum masa gestasi. Istilah nifas sendiri berakar dari bahasa Latin yang mencerminkan proses pemulihan fisik dan psikologis ibu secara menyeluruh setelah melewati proses melahirkan. Periode nifas merupakan masa ketika ibu sangat rentan menghadapi masalah kesehatan fisik maupun psikis. Kondisi ini membuat peran dan perhatian khusus dari tenaga

kesehatan, terutama bidan, menjadi sangat penting. (Nurseha, S.ST. *et al.*, 2024)

Pengawasan yang teliti selama masa nifas memegang peranan krusial, sebab kelalaian dalam pemantauan ini dapat memicu berbagai gangguan kesehatan maternal, termasuk komplikasi berat seperti sepsis puerperalis maupun perdarahan. Masa ini dikategorikan sebagai fase yang sangat rawan mengingat sebagian besar kasus kematian ibu umumnya terjadi dalam kurun waktu 24 jam pertama pascapersalinan, yang sebagian besar disebabkan oleh penyulit kehamilan dan perdarahan. Di samping itu, berbagai kendala yang dialami ibu nifas berpotensi berdampak negatif terhadap kesejahteraan bayi baru lahir. Kurangnya perawatan optimal dari ibu akibat kondisi tersebut dapat berisiko meningkatkan angka kesakitan (morbiditas) serta kematian (mortalitas) pada bayi.

b. Tahapan Masa Nifas

Secara klinis, tahapan masa nifas (*puerperium*) diklasifikasikan ke dalam tiga fase utama berikut:

1. Puerperium Dini**:** Merupakan tahap awal pemulihan setelah persalinan, ketika ibu mulai diperbolehkan melakukan mobilisasi secara bertahap, seperti bangun dari tempat tidur, berdiri, berjalan, serta menjalankan aktivitas sehari-hari sesuai dengan kondisi tubuhnya.
2. Puerperium Intermedier: Merupakan masa pemulihan secara menyeluruh dari organ-organ reproduksi, yang umumnya berlangsung dalam kurun waktu enam hingga delapan minggu pascapersalinan.
3. Puerperium Remote: Merupakan tahap pemulihan lanjutan yang diperlukan apabila ibu mengalami penyulit atau komplikasi medis selama masa kehamilan maupun persalinan, yang mana tahapan pengembalian fungsi tubuh secara anatomi dan fisiologi demi tercapainya tingkat kesehatan yang prima membutuhkan waktu mulai dari hitungan hari, bulan, sampai bertahun-tahun.

b. Kebijakan Program Pascapersalinan

Berdasarkan strategi pelayanan kesehatan masa nifas, disarankan agar ibu mendapatkan minimal 4 kali kunjungan masa nifas (*KF*). Pelaksanaan kunjungan berkala ini bertujuan untuk mengevaluasi secara komprehensif kondisi kesehatan ibu dan bayi baru lahir, sekaligus berfungsi sebagai langkah preventif, deteksi dini, serta penanganan cepat terhadap berbagai potensi masalah atau komplikasi yang mungkin timbul.

1) Kunjungan nifas pertama (KF 1) dilaksanakan dalam rentang waktu 6 hingga 8 jam pascapersalinan.
   a) Mengantisipasi serta mencegah timbulnya perdarahan post partum yang dipicu oleh kegagalan rahim berkontraksi (atonia uteri).
   b) Deteksi dan Rujukan Perdarahan: Melakukan deteksi dini dan penanganan terhadap penyebab perdarahan lain, serta segera merujuk pasien jika perdarahan postpartum tidak kunjung berhenti.
   c) Edukasi Pencegahan Atonia Uteri: Memberikan penyuluhan komprehensif kepada ibu beserta keluarga mengenai langkah-langkah antisipasi dan pencegahan komplikasi perdarahan post partum yang dipicu oleh atonia uteri.
   d) IMD : Mendukung dan memfasilitasi pemberian ASI dini bagi bayi.
   e) Ikatan Emosional (*Bonding Attachment*): Membantu mempererat kedekatan batin antara ibu dan bayi yang baru lahir.
   f) Memantau Suhu Tubuh Bayi: Suhu tubuh bayi harus dipantau untuk memastikan kondisinya tetap stabil dan mencegah risiko hipotermia.
2) Pemeriksaan nifas kedua dijadwalkan enam hari setelah melahirkan
   a) Mengevaluasi proses pengecilan uteri secara berkala untuk memastikan bahwa pengembalian ukuran dan konsistensi uterus berlangsung normal.
   b) Melakukan pemeriksaan untuk mengidentifikasi adanya tanda dan gejala yang mengarah pada demam, infeksi pada masa nifas, maupun pendarahan abnormal.
   c) Pastikan kebutuhan gizi ibu terpenuhi melalui asupan makanan dan cairan yang memadai serta istirahat yang cukup.

d) Memastikan keberhasilan dan kelancaran proses laktasi secara optimal, sekaligus melakukan skrining aktif guna mendeteksi ada atau tidaknya penyulit maupun komplikasi masa menyusui.

e) Memberikan edukasi dan konseling komprehensif kepada ibu mengenai tata cara perawatan dasar neonatus, pemeliharaan higienitas dan perawatan tali pusat, serta penerapan langkah-langkah preventif untuk menjaga stabilitas termoregulasi (suhu tubuh) bayi dalam pemeliharaan sehari-hari.

1) Kunjungan ketiga dilakukan dua minggu setelah kelahiran

Pemeriksaan rahim dilakukan untuk memantau apakah proses involusi rahim berjalan secara normal, dengan cara mengukur tinggi fundus uteri serta menilai konsistensi jaringan rahim secara manual.

2) Kunjungan terakhir dilakukan 6 minggu setelah persalinan

a) Melakukan pemeriksaan riwayat medis ibu secara menyeluruh untuk mendeteksi sejak dini potensi masalah kesehatan yang mungkin dialami oleh ibu atau BBL.

b) Memberikan edukasi dan konseling terkait pemilihan metode kontrasepsi secara proaktif sejak dini.

a. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

a) Perubahan sistem reproduksi

1) Uterus

Penyusutan uteri didefinisikan sebagai tahap fisiologis kembalinya uterus ke ukuran, struktur, dan kondisi seperti sebelum masa kehamilan. Evaluasi kemajuan proses ini dilakukan melalui pemeriksaan palpasi abdominal guna mengukur tinggi fundus uteri (TFU). Proses restitusi anatomis ini bermula segera setelah pelepasan plasenta yang digerakkan oleh kontraksi intensif serat otot polos miometrium.

Tepat pada Kala III persalinan, uterus teraba di garis tengah dengan posisi fundus berada kira-kira dua sentimeter di bawah umbilikus, bagian dasar uterus tersebut bersandar langsung pada

promontorium sakralis. Pada fase ini, ukuran makroskopis rahim sebanding dengan kehamilan berumur 16 minggu—atau kurang lebih sebesar buah jeruk purut—dengan perkiraan berat organ mencapai sekitar 1000 gram. (Dr. Gunarmi, S.SKM., S.Tr.Keb. et al., 2023)

Dalam rentang waktu 12 jam pascapersalinan, tinggi fundus uteri (TFU) umumnya mencapai posisi sedikit di atas umbilikus (sekitar satu sentimeter di atasnya). Pada hari-hari berikutnya, proses involusi berlangsung secara progresif dan cepat, di mana fundus akan turun sekitar 1 hingga 2 sentimeter setiap 24 jam. Sekitar hari keenam setelah persalinan, fundus uteri secara normal akan mengalami penurunan hingga berada di antara umbilikus dan simfisis pubis. Pada sekitar hari kesembilan masa postpartum, uterus umumnya telah mengalami involusi sehingga tidak lagi teraba melalui pemeriksaan abdomen.

Dari segi berat organ, uterus yang pada masa kehamilan penuh mengalami peningkatan beban hingga 11 kali lipat dibandingkan kondisi normal, akan berinvolusi secara drastis menjadi sekitar 500 gram pada satu minggu pertama setelah melahirkan, dan menyusut menjadi 350 gram pada minggu kedua. Sesaat setelah minggu pertama, uterus telah kembali turun ke dalam rongga panggul sejati (*true pelvis*), dan pada minggu keenam, beratnya telah menyusut secara signifikan hingga mencapai 50 hingga 60 gram.

Peningkatan ukuran uterus yang masif selama masa gestasi distimulasi oleh lonjakan kadar estrogen and progesterone hormones, melalui mekanisme hyperplasia (proliferasi jumlah sel miometrium) dan hipertrofi (pembesaran dimensi sel). Kendati demikian, sebagian sel tambahan yang terbentuk selama kehamilan tidak mengalami regresi sepenuhnya dan tetap bertahan. Hal inilah yang menjadi determinan utama mengapa ukuran uterus setelah melahirkan tidak pernah menyusut kembali persis seperti dimensi awalnya sebelum gestasi.

Meskipun demikian, proses pengembalian organ ini tidak selalu berjalan mulus; kegagalan uterus untuk berinvolusi kembali ke kondisi

normal disebut sebagai **subinvolusi**. Etiologi tersering dari kondisi patologis ini meliputi tertahannya fragmen atau sisa plasenta di dalam kavum uteri serta adanya infeksi nifas. Secara mikroskopis, perubahan struktur uterus selama proses involusi berkaitan dengan terjadinya proteolisis pada jaringan miometrium. Hasil degradasi sel tersebut selanjutnya akan disalurkan melalui sistem limfatik.

2) Lokhea

Lokia adalah cairan yang keluar dari rongga rahim selama masa nifas. Secara fisiologis, cairan ini memiliki karakteristik bau amis, dan volumenya bervariasi pada setiap orang di mana timbulnya bau yang menyengat atau membusuk secara klinis menandakan adanya infeksi. Selain itu, profil warna dan volume lokhea akan berangsur-angsur mengalami modifikasi seiring dengan progresivitas proses involusi uteri. Berdasarkan waktu pengeluaran dan komposisinya, lokhea diklasifikasikan ke dalam empat jenis utama:

- Lokhea Rubra: Lokhea rubra merupakan jenis lokhea yang keluar pada hari 1-4 pascapersalinan. Ekskresi cairan ini bercirikan warna merah cerah akibat dominasi komponen darah segar, sisa fragmen plasenta, desidua, verniks kaseosa, lanugo, serta mekonium.
- Lokhea Sanguenolenta: Memiliki karakteristik warna merah kecokelatan disertai konsistensi berlendir, yang umumnya keluar pada rentang hari 4-7 postpartum.
- Lokhea Serosa: Jenis lokhea yang bermanifestasi dengan warna kekuningan atau kuning kecokelatan akibat tingginya kandungan serum, leukosit, serta sisa cairan dari regenerasi luka bekas implantasi plasenta. Cairan ini dijumpai pada hari 7-14 postpartum.
- Lokhea Alba: Fase terminal dari pengeluaran lokhea yang didominasi oleh leukosit, sel desidua, sel epitel, mukus serviks, serta debris jaringan nekrotik. Secara klinis, lokhea ini berwarna putih atau kekuningan pucat, serta berlangsung dalam kurun waktu 2-6 minggu pascapersalinan

b) Endometrium

Perubahan endometrium pascapersalinan ditandai dengan trombosis, degenerasi, dan nekrosis pada lokasi perlekatan plasenta. Pada hari pertama pascapersalinan, endometrium memiliki ketebalan sekitar 2,5 mm dan permukaannya tampak tidak rata akibat adanya sisa desidua serta pelepasan sisa-sisa selaput ketuban. Menjelang hari ketiga pascapersalinan, proses re-epitelisasi dan regenerasi permukaan mulai terjadi secara bertahap, sehingga permukaan endometrium kembali menjadi halus., sehingga pemulihan pada area bekas implantasi plasenta dapat berlangsung secara paripurna tanpa disertai pembentukan jaringan parut (*scar*).

c) Serviks

Uterus dan serviks mengalami proses involusi secara simultan pascapersalinan. Perubahan morfologi yang langsung terlihat pada serviks adalah bentuknya yang menganga menyerupai corong. Kondisi tersebut dipicu oleh aktivitas kontraktilitas pada korpus uteri, sementara struktur jaringan serviks tidak memiliki kapasitas kontraktil yang setara, perubahan ini menghasilkan sebuah batas penyempitan (konstriksi) di antara korpus dan serviks rahim yang bentuknya menyerupai cincin alami atau fisiologis. Secara makroskopis, visualisasi mukosa serviks tampak kemerahan hingga kehitaman sebagai manifestasi dari tingginya derajat vaskularisasi dan kongesti pembuluh darah lokal.

Beberapa hari pascakelahiran, *ostium uteri eksternum* masih dalam kondisi yang cukup renggang sehingga dapat dievaluasi selebar dua jari, dengan karakteristik tepi yang ireguler akibat adanya laserasi mikroskopis dari proses persalinan. Seiring berjalannya waktu hingga penghujung minggu pertama pascapersalinan, diameter ostium mengalami reduksi secara progresif hingga hanya menyisakan bukaan yang dapat dilalui oleh satu jari. Pada fase ini, cincin retraksi serviks menempati posisi yang berkorespondensi langsung dengan bagian proksimal dari kanalis servikalis.

Pembentukan sel-sel otot baru pada serviks turut menyebabkan struktur organ ini memanjang dan tampak menyerupai celah. Kendati

demikian, setelah proses involusi secara keseluruhan rampung, bentuk ostium eksternum tidak akan kembali persis seperti kondisi sebelum kehamilan primigravida. Secara umum, ukuran ostium eksternum akan tetap lebih besar dengan sisa-sisa takik atau robekan pada bagian pinggirnya, terutama pada sisi lateral, yang kemudian membentuk karakteristik bibir depan (*labium anterius*) dan bibir belakang (*labium posterius*) serviks.

d) Perineum

Sesaat setelah melahirkan, area perineum mengalami keendoran akibat sebelumnya mengalami peregangan maksimal oleh tekanan kepala dan tubuh janin yang bergerak maju ke jalan lahir. Meskipun demikian, seiring dengan berjalannya proses pemulihan, pada hari kelima postnatal perineum umumnya telah berhasil mendapatkan kembali sebagian besar tonus ototnya, meskipun kekencangannya tetap tidak akan kembali sepenuhnya seperti kondisi sebelum masa kehamilan.

e) Vagina

Sepanjang berlangsungnya proses persalinan, jaringan vulva dan vagina menghadapi tarikan serta tekanan yang masif sebagai dampak dari mekanisme ekspulsi janin melewati jalan lahir. Pada beberapa hari awal masa nifas, kedua organ tersebut umumnya masih berada dalam kondisi lebih longgar dan belum kembali sepenuhnya ke keadaan sebelum kehamilan. Namun, seiring dengan berjalannya waktu, struktur vulva dan vagina akan berangsur-angsur pulih; dalam kurun waktu tiga minggu, keduanya kembali mendekati kondisi sebelum hamil, Seiring dengan munculnya kembali lipatan mukosa (rugae) di dalam vagina secara bertahap, struktur labia menjadi lebih jelas dibandingkan dengan fase penyembuhan awal.

f) Payudara

Pada setiap perempuan pascakelahiran, rangkaian proses laktasi berlangsung secara fisiologis dan alamiah sebagai bagian dari siklus reproduksi maternal. Tahap menyusui mempunyai dua mekanisme

fisiologis, yaitu sebagai berikut:

- Laktasi
- Pengeluaran atau pelepasan ASI

Dalam rentang sembilan bulan gestasi, jaringan mammae mengalami proliferasi signifikan guna mempersiapkan kapasitas fungsionalnya dalam memproduksi nutrien bagi neonatus. Pascakelahiran, penurunan kadar hormon plasenta melenyapkan efek inhibisi terhadap kelenjar hipofisis, sehingga kelenjar tersebut mulai mensekresikan prolaktin atau hormon laktogenik. Efek kerja prolaktin ini mulai dirasakan secara nyata hingga hari ketiga pascapersalinan, di mana pembuluh darah di dalam payudara mengalami pembengkakan karena terisi penuh oleh darah, yang memicu timbulnya sensasi hangat, bengkak, serta rasa nyeri. Pada saat yang bersamaan, sel-sel asini yang bertugas memproduksi ASI juga mulai aktif berfungsi.

Hisapan bayi pada puting payudara akan menstimulasi impuls saraf yang selanjutnya merangsang lobus posterior kelenjar hipofisis untuk melepaskan hormon oxytocin. Hormon oxytocin ini kemudian memicu terjadinya refleks penginjeksian atau *let-down reflex*, yang menyebabkan ASI mengalir dari sinus laktiferus di dalam payudara menuju ke duktus saluran susu hingga ke puting. Proses pengeluaran ASI yang terjadi akibat isapan bayi maupun pemompaan ini secara simultan akan merangsang sel-sel asini untuk terus memproduksi ASI dalam jumlah yang lebih banyak, di mana mekanisme refleks laktasi ini dapat terus berlangsung dalam jangka waktu yang cukup panjang.

g) Perubahan sistem pencernaan

Ibu pascapersalinan umumnya mengalami keluhan konstipasi atau sembelit. Kondisi ini dipicu oleh beberapa faktor utama, di antaranya tekanan berat pada organ pencernaan selama proses persalinan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, hilangnya cairan tubuh secara berlebihan melalui keringat dan pengeluaran saat melahirkan, minimnya

asupan makanan, adanya *hemoroid* (wasir), serta keterbatasan aktivitas fisik atau kurangnya mobilitas tubuh pada hari-hari awal pemulihan.

h) Perubahan sistem perkemihan

Pada fase awal 24 jam pascapersalinan, klien kerap menghadapi kendala berupa kesulitan buang air kecil atau retensi urine. Manifestasi klinis ini dipicu oleh adanya spasme pada sfingter serta pembengkakan (*edema*) di area leher vesika urinaria, yang timbul akibat tekanan atau kompresi intens antara bagian terendah janin dan simfisis pubis selama berlangsungnya proses persalinan. Selain itu, kadar estrogen—yang sebelumnya menyebabkan retensi cairan—menurun drastis setelah melahirkan, sehingga memicu respons pengeluaran cairan dalam jumlah besar yang dikenal sebagai diuresis.

i) Perubahan sistem Muskulusketal

Segera setelah proses persalinan selesai, otot-otot miometrium uterus akan langsung berkontraksi secara intensif. Kontraksi uterus menyebabkan pembuluh darah yang terdapat di antara serabut-serabut otot rahim mengalami penekanan atau penjepitan, yang berfungsi sebagai mekanisme ligasi fisiologis. Kondisi tersebut menutup aliran darah yang terbuka sehingga perdarahan pascapersalinan berhasil dicegah atau dihentikan. Di sisi lain, jaringan penyangga panggul—seperti ligamen, diafragma pelvis, Serta jaringan fasia yang sebelumnya mengalami distensi maksimal selama proses persalinan akan berangsur-angsur mengalami retraksi dan kembali pada konfigurasi anatomis semula, dengan pemulihan atau stabilisasi sempurna yang lazimnya tercapai dalam waktu enam hingga delapan minggu pascapersalinan.

j) Perubahan sistem endokrin

Peralihan sistem endokrin yang terjadi selama masa kehamilan dan pascapersalinan melibatkan peran krusial dari sejumlah hormon utama berikut:

- Oxytocin: Hormon tersebut disekresikan oleh lobus posterior kelenjar hipofisis (pituitari). Ketika memasuki kala III persalinan,

hormon tersebut mengemban fungsi esensial dalam menstimulasi pelepasan plasenta serta menjaga kontraksi miometrium agar tetap berlangsung secara kontinu guna mengeliminasi risiko perdarahan postpartum. Lebih lanjut, stimulasi isapan neonatus pada areola dan puting mammae memicu sekresi oksitosin lanjutan yang tidak sekadar mengoptimalkan *let-down reflex*, melainkan turut mempercepat laju involusi uteri.

- Prolaktin: Penurunan kadar hormon estrogen secara drastis pascapersalinan merangsang kelenjar pituitari untuk mensekresikan prolaktin, hormon laktogenik yang berfungsi merangsang perkembangan payudara dan produksi ASI. Kadar prolaktin pada ibu menyusui dalam sirkulasi darah tetap tinggi, yang secara alami menekan stimulasi folikel ovarium (menekan fungsi ovulasi sementara). Di sisi lain, bagi ibu yang tidak menyusui, kadar hormon prolaktin akan merosot tajam dalam kurun waktu 14-21 hari setelah melahirkan, sehingga hipofisis anterior kembali mengontrol ovarium untuk memulai siklus normal estrogen-progesteron, pertumbuhan folikel, ovulasi, serta menstruasi.
- estrogen dan progesterone: Selama masa gestasi, kadar estrogen yang tinggi turut memengaruhi peningkatan volume darah melalui regulasi hormon antidiuretik. Sementara itu, progesteron bekerja dengan cara mengendurkan otot-otot polos guna mengurangi sensitivitas rangsangan dan meningkatkan kapasitas vaskular. Efek fisiologis ini berdampak luas pada berbagai sistem organ, meliputi saluran kemih, ginjal, saluran pencernaan, dinding vena, dasar panggul, perineum, vulva, hingga jaringan vagina.

k) Perubahan TTV

Pemantauan *vital signs* dan parameter hemodinamik merupakan komponen esensial dalam asuhan masa nifas guna mendeteksi secara dini adanya penyulit atau komplikasi sistemik. Berikut adalah rincian pengkajian klinis tanda-tanda vital pada masa nifas:

1) Suhu Tubuh: Selama rentang waktu 24 jam pertama pascakelahiran, suhu tubuh maternal berpotensi mengalami elevasi ringan—berkisar antara 37,5°C hingga 38°C—sebagai respons fisiologis terhadap kelelahan fisik, deplesi cairan yang signifikan akibat proses persalinan, serta tingginya aktivitas metabolisme selama kala persalinan. Secara fisiologis, suhu tubuh akan kembali normal dalam waktu singkat, namun lazimnya pada hari ketiga pascapersalinan suhu dapat kembali meningkat akibat dimulainya proses laktasi (pembuatan ASI). Apabila suhu tubuh tetap tinggi atau tidak kunjung turun, tenaga kesehatan harus mewaspadai adanya indikasi infeksi, seperti endometritis.
2) Detak Nadi: Secara fisiologis, Denyut nadi normal untuk orang dewasa berkisar antara 60 hingga 80 denyut per menit. Kendati demikian, pascapersalinan, denyut nadi maternal dapat mengalami peningkatan ringan atau kondisi takikardia fisiologis untuk sementara waktu. Apabila detak nadi melampaui 100 kali per menit, hal ini wajib diwaspadai sebagai tanda klinis adanya dehidrasi, proses infeksi, atau potensi perdarahan pascapersalinan yang belum teratasi.
3) Tekanan Darah: Tekanan darah pascapersalinan umumnya stabil dan tidak mengalami perubahan drastis. Namun, tekanan darah dapat menjadi lebih rendah (*hipotensi*) akibat kehilangan darah selama persalinan. Sebaliknya, kemunculan hipertensi pada masa *postpartum* merupakan tanda bahaya yang mengindikasikan terjadinya PEB.
4) Respirasi: Frekuensi respirasi normal pada masa nifas berkisar antara 16 hingga 24 kali per menit. Laju pernapasan seseorang sangat bergantung pada fluktuasi suhu tubuh dan detak jantungnya. Ketika suhu dan nadi tidak normal, kecepatan bernapas biasanya ikut menyesuaikan, kecuali jika gangguan utamanya memang berasal dari organ saluran pernapasan itu sendiri. Apabila pernapasan menjadi jauh lebih cepat (*takipnea*) pada masa nifas, hal ini dapat menjadi manifestasi klinis awal dari kondisi syok.

5) Adaptasi Sistem Hematologi dan Kardiovaskuler: Segera setelah proses persalinan, *shunt* uteriplasenta mengalami penutupan secara mendadak, yang menyebabkan terjadinya peningkatan volume darah sirkulasi. Pada pasien dengan riwayat penyakit jantung (*vitum cordis*), kondisi ini berisiko memicu terjadinya dekompensasi kordis. Respons kompensasi tubuh secara alami diwujudkan melalui mekanisme hemokonsentrasi (peningkatan konsentrasi sel darah terhadap plasma), sehingga volume darah dapat kembali stabil seperti sediakala. Secara umum, proses kompensasi hemodinamik ini berlangsung pada hari ketiga hingga kelima pascapersalinan.

b. Perubahan Psikologis Masa Nifas

a) Penyesuaian mental ibu nifas atau penyesuaian psikologis masa nifas

Kehadiran anggota keluarga baru menuntut adanya penyesuaian peran yang signifikan bagi seorang ibu. Dinamika adaptasi ini mencakup aspek emosional dan sosial, yang menjadikan masa nifas sebagai periode rentan secara psikologis sehingga memerlukan dukungan profesional dari tenaga kesehatan serta lingkungan keluarga terdekat. Seiring dengan bertambahnya tanggung jawab dalam merawat bayi baru lahir, proses adaptasi psikologis ibu secara klinis diklasifikasikan ke dalam tiga fase utama berikut:

1) *Taking-In*: Masa ketergantungan ini berjalan pada hari ke 1-2 pascapersalinan, ketika perhatian ibu lebih terpusat pada dirinya sendiri. Ibu biasanya menunjukkan sikap pasif dan sering menceritakan kembali seluruh pengalaman persalinannya secara berulang. Berbagai ketidaknyamanan fisik seperti rasa mules, nyeri pada luka jahitan perineum, kelelahan, serta kekurangan tidur sangat mendominasi, sehingga pemenuhan waktu istirahat yang adekuat bagi ibu sangat esensial guna meredam risiko munculnya manifestasi psikologis negatif, seperti reaktivitas emosional yang tinggi atau distres. Pada fase ini, tenaga kesehatan memegang peran kunci untuk memberikan pendekatan yang suportif dan empatik.

2) *Taking-Hold*: Masa transisi ini berlangsung dari hari ketiga hingga kesepuluh setelah ibu bersalin. Pada masa ini, ibu mulai menunjukkan ketertarikan yang besar terhadap perawatan bayinya, meskipun demikian, fase ini kerap disertai oleh timbulnya perasaan cemas terkait keraguan akan kompetensi diri serta beratnya beban tanggung jawab baru dalam mengasuh bayi. Kondisi psikologis ibu pada masa ini sangat sensitif, mudah tersinggung, serta rentan marah, sehingga komunikasi terapeutik dan dukungan moral dari tenaga kesehatan maupun keluarga sangat esensial untuk membangun kembali rasa percaya diri ibu.
3) *Letting-Go*: Masa kemandirian ini ditandai dengan kesiapan ibu dalam menerima tanggung jawab penuh sebagai orang tua, yang biasanya dimulai setelah hari kesepuluh setelah melahirkan. Pasien telah mampu menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayi, memahami siklus menyusui, serta siap sedia terjaga guna memenuhi kebutuhan nutrisi dan perawatan bayinya. Keinginan untuk merawat diri sendiri dan bayi meningkat secara signifikan, disertai peningkatan rasa percaya diri. Pendidikan kesehatan yang diberikan pada tahap sebelumnya menjadi landasan yang sangat bermanfaat, di mana dukungan berkelanjutan dari suami dan keluarga tetap diperlukan untuk membantu meringankan beban domestik agar ibu mendapatkan istirahat fisik yang optimal.
4) *Postpartum Blues*: Dikenal pula sebagai *baby blues*, kondisi ini merepresentasikan sindrom kemurungan atau kesedihan temporer pascapersalinan yang berkaitan dengan proses adaptasi bayi. Etiologinya multifaktorial, mencakup fluktuasi hormonal yang drastis, kelelahan fisik yang ekstrem, serta perubahan emosional yang terakumulasi sejak masa kehamilan sehingga membuat ibu sempat merasa kesulitan menerima kondisi barunya. Kondisi ini umumnya bersifat swasirna (*self-limiting*) dan berangsur pulih seiring dengan keberhasilan ibu menyesuaikan diri dengan peran barunya serta kembalinya kestabilan emosional secara fisiologis.

c. Tanda Bahaya Pada Ibu Nifas

- Mengalami demam selama lebih dari dua hari.
- Keluhan nyeri epigastrium, persistensi *morning sickness*, sefalgia berat, pandangan kabur, hingga kejang yang dapat disertai atau tanpa edema pada ekstremitas dan wajah.
- Pembengkakan dan kemerahan pada payudara yang disertai rasa nyeri.
- Pengeluaran cairan pervaginam yang berbau tidak sedap.
- Adanya perdarahan pervaginam abnormal.
- Manifestasi psikologis berupa kesedihan mendalam, murung, serta kecenderungan menangis tanpa sebab jelas (indikasi depresi pascapersalinan)

2.3.2 Asuhan Kebidanan Nifas

Berikut adalah ruang lingkup pelayanan kesehatan masa nifas yang diatur berdasarkan PMK No. 21 Tahun 2021 mengenai pelaksanaan layanan kesehatan reproduksi, mulai dari masa pra-kehamilan, persalinan, hingga pascapersalinan. (Kemenkes, 2021)

a. Wawancara medis / Tanya jawab riwayat kesehatan.
b. Periksa TTV
c. Deteksi berbagai ciri anemia
d. Cek TFU
e. Cek kontraksi uterus
f. Cek kandung kemih
g. Cek lokhea dan pendarahan
h. Cek jalan lahir dan komplikasi pasca persalinan
i. Cek payudara serta pengeluaran ASI
j. Layanan kontrasepsi pascapersalinan
k. KIE serta konseling
l. Pemberian vitamin

Dokumentasi asuhan kebidanan merupakan catatan komprehensif mengenai interaksi antara tenaga kesehatan, pasien, keluarga, dan institusi layanan kesehatan.. Catatan ini memuat perincian hasil pemeriksaan fisik, tindakan klinis, edukasi kesehatan, serta respons pasien terhadap seluruh intervensi yang telah diberikan.

Metode pendokumentasian dalam asuhan kebidanan umumnya menggunakan pendekatan SOAP. Istilah SOAP sendiri merupakan akronim dari empat komponen utama, yaitu:

- Subjektif: Berisikan catatan informasi yang dikumpulkan dari pasien melalui proses wawancara atau tanya jawab (anamnesis).
- Objektif: Menampilkan hasil temuan dari pemeriksaan fisik, tes laboratorium, maupun pemeriksaan penunjang lain yang dirangkum menjadi data fokus guna memperkuat penegakan diagnosis.
- Assessment: adalah hasil yang diperoleh dari analisis data gabungan yang bersifat subjektif dan objektif. (mewakili langkah II, III, dan VI manajemen kebidanan).
- Planning: Menjelaskan bentuk rencana intervensi atau asuhan yang akan diberikan serta evaluasi lanjutan berdasarkan hasil asesmen (mewakili langkah IV, V, dan VII manajemen kebidanan). (Sulfianti et al., 2021)

Adapun program pada masa nifas, yaitu :

Tabel
Jadwal Kunjungan Nifas

Kunjungan	**Waktu**	**Tujuan**
KF 1	6-8 jam postpartum	a) Mengeliminasi atau meminimalisasi risiko kejadian perdarahan pada masa pascapersalinan. b) Melakukan deteksi dini serta penatalaksanaan terhadap etiologi perdarahan lainnya, sekaligus menginisiasi sistem rujukan secara cepat dan tepat bilamana manifestasi perdarahan berlanjut.

		c) Menyediakan edukasi dan konseling komprehensif kepada ibu maupun anggota keluarga terdekat terkait strategi preventif dalam mengantisipasi perdarahan pascauterus akibat atonia uteri. d) Memfasilitasi dan mengoptimalkan inisiasi pemberian air susu ibu (ASI) pada awal masa transisi maternal. e) Membimbing ibu dalam mengoptimalkan proses *bonding attachment* (ikatan emosional) guna mempererat hubungan psikologis antara ibu dan neonatus, serta mengimplementasikan langkah-langkah preventif untuk menjaga stabilitas termoregulasi bayi agar terhindar dari risiko hipotermia.
KF 2	6 hari postpartum	a) Memvalidasi keberlangsungan proses involusi uterus secara normal melalui evaluasi tonus otot rahim, posisi fundus uteri yang terletak di inferior umbilikus, serta memastikan ketiadaan perdarahan abnormal maupun pengeluaran lokhea berbau busuk yang mengindikasikan adanya infeksi. b) Mengidentifikasi ada atau tidaknya indikasi demam, proses infeksi, maupun manifestasi patologis lainnya pada periode pascapersalinan. c) Menilai pemenuhan kecukupan asupan cairan, nutrisi, serta waktu istirahat maternal secara adekuat. d) Mengevaluasi keberhasilan teknik menyusui serta memastikan ketiadaan tanda-tanda penyulit pada proses laktasi. e) Memberikan konseling dan edukasi komprehensif kepada ibu mengenai tata cara perawatan neonatus, pemeliharaan higiene tali pusat, serta penerapan langkah-langkah preventif untuk menjaga stabilitas termoregulasi bayi agar tetap hangat.
KF 3	2 mgg postpartum	a. Memastikan proses penyusutan rahim (involusi) berjalan normal dengan memeriksa kekencangan kontraksi rahim, memantau posisi puncak rahim di bawah pusar, serta mengawasi kemungkinan terjadinya perdarahan pervaginam yang tidak wajar atau perubahan cairan lokhea

		berbau tidak sedap sebagai tanda awal infeksi b. Menilai tanda-tanda infeksi dan komplikasi: Melakukan skrining aktif terhadap adanya indikasi demam, tanda-tanda infeksi nifas (seperti pada jalan lahir atau payudara), serta penyulit patologis pascamelahirkan lainnya. c. Memastikan pemenuhan kebutuhan dasar: Mengevaluasi kecukupan asupan nutrisi makanan, hidrasi cairan, serta waktu istirahat yang memadai bagi pemulihan fisik ibu. d. Mengevaluasi keberhasilan laktasi: Memastikan proses menyusui berjalan lancar, pelekatan (*latching*) bayi benar, serta tidak adanya tanda-tanda penyulit laktasi (seperti bendungan ASI atau mastitis). e. Menyampaikan konseling esensial: Memberikan edukasi yang mendalam kepada ibu terkait pemeliharaan neonatus, prosedur higienis dalam perawatan tali pusat, serta penerapan strategi termoregulasi yang efektif untuk mempertahankan suhu tubuh bayi agar terhindar dari risiko hipotermia
KF 4	6 minggu postpartum	a. Melakukan anamnesis mendalam kepada ibu terkait ada atau tidaknya penyulit maupun keluhan klinis yang dialami baik oleh ibu maupun neonatus. b. Menyediakan konseling awal secara komprehensif mengenai pemilihan metode kontrasepsi pascasalin (*KB dini*) yang aman dan sesuai dengan kondisi fisiologis maternal.

Kebutuhan Nutrisi dan Hidrasi Harian Ibu Menyusui: Panduan Porsi Makan dan Minum untuk Mendukung Produksi ASI yang Optimal (Berdasarkan Buku Kia Kementerian Kesehatan RI)

Bahan Makanan	**12 – 40 Minggu (Trimester II & III)**	**Keterangan**

Nasi atau Makanan Pokok	6 porsi	• Nasi: 100 g atau sekitar ¾ gelas. • Jagung: 125 g atau sekitar 3 buah jagung ukuran sedang. • Kentang: 210 g atau sekitar 2 buah kentang ukuran sedang. • Singkong: 120 g atau sekitar ½ potong. • Roti putih: 70 g atau sekitar 3 iris. • Mi basah: 200 g atau sekitar 2 gelas
Protein Hewani (Ikan, Telur, Ayam, dll.)	4 porsi	• 1 potong sedang ikan (kurang lebih 50 gram) • 1 butir telur ayam (kurang lebih 55 gram)
Protein Nabati (Tempe, Tahu, dll.)	4 porsi	• 50 g atau 1 potong sedang tempe • 100 g atau 2 potong sedang tahu
Sayur-sayuran	4 porsi	• 100 g atau 1 mangkuk sayur matang tanpa kuah
Buah-buahan	4 porsi	• 100 g atau 1 potong sedang pisang • 100 - 190 g atau 1 potong besar pepaya
Minyak/Lemak	6 porsi	• Lemak/minyak sebanyak 5 g atau sekitar 1 sendok teh, yang dapat berasal dari bahan atau metode pengolahan makanan, seperti minyak untuk menggoreng dan menumis, santan, kemiri, mentega, serta sumber lemak lainnya. • Penggunaan minyak, lemak, maupun santan dalam proses pengolahan makanan, termasuk makanan yang digoreng, ditumis, atau dimasak menggunakan santan.

Gula	2 porsi	• Gula sebanyak 10 g atau sekitar 1 sendok makan, yang dapat diperoleh dari konsumsi kue atau makanan manis, teh manis, serta berbagai sumber gula lainnya.

Sumber : Buku KIA Kemenkes 2024

Batasi asupan garam maksimal satu sendok teh setiap harinya. Di samping itu, kecukupan cairan tubuh wajib dipelihara melalui asupan air putih sejumlah 14 gelas per hari selama periode enam bulan pertama masa laktasi, yang kemudian disesuaikan menjadi 12 gelas per hari pada semester kedua.

2.4 Bayi Baru Lahir

2.4.I Materi Dasar Pada Bayi Baru Lahir

a. Defenisi Bayi Baru Lahir

Neonatus / bbl didefinisikan sebagai individu yang baru tuntas melalui tahap persalinan—baik melalui metode pervaginam spontan, tindakan operatif, maupun intervensi medis lainnya—dengan rentang bbl normal antara 2.500 - 4.000 gram. Kehadiran neonatus dalam unit keluarga memegang peranan esensial sebagai bagian dari siklus regenerasi keturunan. Oleh karena itu, pemberian asuhan dan penatalaksanaan komprehensif sejak dini mutlak diperlukan, mengingat kualitas perawatan pada fase awal kehidupan ini menjadi fondasi utama bagi optimalisasi tumbuh kembang secara psikososial, spiritual, serta motorik anak di masa mendatang. (Suryaningsih *et al.*, 2022)

Asuhan neonatus merepresentasikan rangkaian pelayanan komprehensif dalam lingkup praktik kebidanan yang diberikan kepada bayi secara langsung pascakelahiran. Pada saat proses persalinan berlangsung, fokus utama perawatan klinis ditujukan secara simultan pada dua prioritas esensial, yakni memantau kondisi kesehatan ibu serta mengevaluasi status kesejahteraan bayi. Dalam kondisi optimal, penyelenggaraan asuhan neonatus yang segera, aman, serta menjunjung tinggi prinsip sterilitas dan kebersihan (*clean and safe birth*) memegang peranan

krusial sebagai fondasi awal pencegahan infeksi serta pencapaian adaptasi ekstrauterin yang optimal bagi bayi baru lahir.

AKB didefinisikan sebagai frekuensi kematian neonatus dalam kurun waktu 28 hari awal kehidupan / 1.000 kelahiran hidup. Tingginya angka kematian ini mencerminkan rendahnya kualitas pelayanan kesehatan maternal dan neonatal, sehingga intervensi strategis mutlak diperlukan guna menekan laju kematian tersebut.

b. Tanda Bayi Lahir Normal

Segera setelah lahir, bayi baru lahir diletakkan di atas permukaan kain yang bersih dan kering yang dihamparkan di atas perut ibu. Bilamana panjang funikulus umbilikalis (*tali pusat*) tidak memungkinkan untuk penempatan abdominal, bayi dapat diletakkan di antara kedua ekstremitas inferior ibu, dengan tetap memastikan higienitas serta sterilitas alas penopang guna mencegah risiko kontaminasi dan kehilangan panas tubuh. Penilaian awal (*rapid assessment*) harus segera dilakukan dengan mengevaluasi dua indikator utama:

a. Apakah bayi mulai bernapas segera atau menangis secara spontan tanpa jeda?
b. Apakah bayi menunjukkan gerakan aktif?

Neonatus dengan kondisi fisiologis normal dikategorikan melalui manifestasi tangisan yang kuat, pergerakan motorik yang aktif, serta distribusi warna kulit kemerahan. Saat proses menyusui, bayi menunjukkan refleks hisap yang kuat, tidak mengalami mengantuk yang berlebihan (*lethargy*), serta tidak memuntahkan ASI. Selain itu, tidak ditemukan tanda-tanda infeksi pada area umbilikus (seperti garis kemerahan di sekitar pangkal tali pusat, pembengkakan, keluarnya cairan purulen atau berbau busuk, maupun perdarahan). Bayi baru lahir diharapkan dapat berkemih dalam 24 jam pertama setelah kelahiran dan mengeluarkan mekonium yang bertekstur lunak serta berwarna hijau tua, tanpa disertai lendir maupun darah. Selain itu, Neonatus memperlihatkan kondisi klinis yang optimal, yang direfleksikan melalui respons tangisan yang kuat serta ketiadaan manifestasi menggigil. Tidak ditemukan pula tanda-tanda bahaya seperti lemas, lunglai, kejang, rewel berlebihan, atau menangis secara terus-menerus.

Secara klinis, karakteristik antropometrik dan fisiologis BBL normal meliputi:

1) Berat Badan Lahir (BBL): 2.500–4.000 gram
2) Panjang Badan Lahir (PBL): 48–52 cm
3) Lingkar Dada (LD): 30–38 cm
4) Lingkar Kepala (LK): 33–35 cm
5) Denyut Jantung: Berkisar 180 denyut per menit pada menit-menit awal kehidupan, yang kemudian melambat secara stabil menjadi 120 hingga 140 kali per menit.
6) Frekuensi pernapasan: Denyut jantung awalnya melonjak cepat hingga sekitar 80 kali per menit pada menit-menit pertama, Selanjutnya, frekuensi pernapasan secara bertahap mengalami penurunan dan kemudian menjadi stabil pada sekitar 40 kali per menit setelah bayi berada dalam kondisi tenang.
7) Integritas kulit: Permukaan kulit tampak kemerahan dan licin yang dipicu oleh ketebalan jaringan subkutan yang matang sempurna, serta dilindungi oleh lapisan vernix caseosa.
8) Rambut: Rambut halus sebagian besar telah menghilang, sementara rambut kepala tumbuh dengan sempurna.
9) Kuku: Tumbuh agak panjang dengan struktur yang masih rapuh atau lemah.
10) Genitalia eksterna: Dari segi anatomi, organ kelamin luar bayi perempuan biasanya ditandai oleh labia mayora yang sudah menutupi bagian labia minora. Sementara itu, pada bayi laki-laki, kedua buah zakar (testis) umumnya sudah turun dan berada di dalam skrotum.
11) Refleks laktasi: Refleks isap (*sucking reflex*) dan menelan (*swallowing reflex*) terbentuk dengan baik.
12) Refleks Moro: Berfungsi optimal; bayi memberikan respons terkejut berupa gerakan merangkul (*embracing reflex*) apabila dikejutkan.

13) Refleks genggam: Refleks menggenggam (*palmar grasp reflex*) berfungsi dengan baik, bayi secara refleks akan menggenggam objek yang diberikan dan ditempatkan pada telapak tangannya.
14) Proses pengeluaran urine dan feses berlangsung secara normal, ditandai dengan pengeluaran *urine* dan mekonium dalam rentang waktu 24 jam pertama kehidupan, di mana mekonium khas berwarna kuning kecoklatan hingga hijau tua.

c. **Tanda bahaya pada bayi,** menurut (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2024)

1) Usia 0-28 hari antara lain:
   - Demam/dingin
   - Diare
   - Kejang/ lemah
   - Feses bayi saat buang air besar berwarna pucat, dll
2) Usia 29-5 tahun
   - Demam/panas tinggi
   - Diare
   - Kejang
   - Muntah-muntah
   - Pembengkakan yang nyeri di belakang telinga
   - Pendarahan di hidung/kulitBAB
   - Sesak nafas
   - Tampak biru (sianosis)
   - Tidak bisa minum

d. Adaptasi dan Perubahan Fisiologis pada Bayi Baru Lahir

1) Adaptasi Metabolisme Karbohidrat: Pascakelahiran, konsentrasi glukosa darah neonatus lazimnya mengalami penurunan drastis dalam 24 jam pertama kehidupan. Pada fase awal ini, pemenuhan kebutuhan energi bersandar pada pemanfaatan cadangan jaringan adiposa melalui oksidasi lemak. Kendati demikian, mekanisme kompensasi tersebut kerap belum

memadai, terutama pada neonatus berisiko tinggi seperti bayi dengan BBLR atau bayi dari ibu dengan riwayat Diabetes Melitus (DM), sehingga meningkatkan kerentanan terhadap episode hipoglikemia.

2) Termoregulasi dan Perubahan Suhu: Bayi baru lahir memiliki kerentanan tinggi terhadap penurunan suhu tubuh akibat perpindahan dari rahim yang hangat menuju lingkungan luar yang lebih dingin (seperti 25°C). Proses pelepasan panas ini berlangsung melalui mekanisme konveksi, radiasi, dan evaporasi dengan kecepatan mencapai 200 kal/kg berat badan per menit. Di sisi lain, kemampuan bayi untuk memproduksi panas tubuh secara mandiri masih sangat minim, yakni hanya sekitar sepuluh persen dari kebutuhan fisiologisnya. Keadaan tersebut memicu penurunan suhu tubuh dalam 15 menit pertama kehidupan, yang kemudian merangsang peningkatan laju metabolisme sel serta tingginya kebutuhan konsumsi oksigen.
3) Adaptasi Sistem Pernafasan: Selama kehamilan, kebutuhan oksigen janin sepenuhnya bergantung pada pertukaran gas antara ibu dan janin yang terjadi melalui sirkulasi plasenta. Setelah lahir, fungsi ini beralih sepenuhnya ke paru-paru bayi. Pemicu tarikan napas pertama meliputi:

    - Kompresi mekanik pada toraks sewaktu melalui jalan lahir.
    - Reduksi kadar oksigen (O_2) serta elevasi karbon dioksida (CO_2) yang menstimulasi kemoreseptor pada sinus karotid.
    - Stimulasi termal akibat paparan suhu dingin di permukaan wajah yang memicu refleks pernapasan..
    - Refleks inflasi-deflasi Hering-Breuer.

Tarikan napas pertama pada bayi umumnya terjadi dalam waktu sekitar 30 detik setelah kelahiran. Tekanan pada dada ketika persalinan normal membantu mengeluarkan sepertiga cairan dari dalam paru-paru (yang normalnya berjumlah 80–100 ml), kemudian ruang tersebut digantikan oleh udara. Akibatnya, paru-paru bayi mengembang dan bentuk rongga dadanya kembali seperti semula. Sistem pernapasan bayi baru lahir ini lebih banyak digerakkan

oleh otot diafragma dan perut, dengan irama serta frekuensi napas yang masih belum stabil.

Tabel

Perubahan pada Sistem Pernafasan

Usia Kehamilan	Perkembangan
24 hari	Bakal paru-paru sudah terbentuk
26-28 hari	Bakal bronkhiolus membesar
6 minggu	Segmen bronchus terbentuk
24 minggu	Alveolus terbentuk
28 minggu	Surfaktan terbentuk
34-36 minggu	Surfaktan matang

Sumber : Solehah, I., Munawaroh, W., Lestari, Y., & Dkk. (2021)

1) Perubahan Sirkulasi. Pergantian sistem sirkulasi pada bayi baru lahir ditandai dengan beralihnya pasokan oksigen yang tadinya dari plasenta menjadi bersumber dari paru-paru sendiri. Mengembangnya paru ketika bayi mengambil napas pertama kali memicu kenaikan kadar oksigen (O_2) dan penurunan kadar karbon dioksida (CO_2), yang berdampak langsung pada menurunnya resistensi vaskular paru sehingga perfusi darah ke organ tersebut mengalami peningkatan. Kondisi ini mendorong pengalihan aliran darah dari arteri pulmonalis menuju jaringan paru dan memfasilitasi penutupan duktus arteriosus. Di sisi lain, tindakan pemotongan tali pusat menghentikan suplai darah dari plasenta, yang berakibat pada turunnya tekanan di atrium kanan seiring terhentinya aliran melalui duktus venosus serta terjadinya konstriksi pada sfingter vena umbilikalis. Ketika paru-paru mengembang sempurna dan resistensi vaskular paru menurun, organ ini sepenuhnya mengambil alih fungsi pertukaran gas, yang disusul oleh penutupan *foramen ovale* dan *duktus arteriosus*.
2) Perubahan Sistem Pencernaan. Pada neonatus cukup bulan (*aterm*) yang berhasil melewati fase transisi intrauterin ke ekstrauterin secara fisiologis, traktus gastrointestinal telah matur dan mampu menerima serta mencerna Air Susu Ibu (ASI). Mayoritas bayi akan mengekskresikan mekonium dalam rentang waktu beberapa jam pertama hingga 24 jam awal kehidupan. Pengeluaran ini menjadi indikator fungsi pencernaan yang normal sekaligus

menyingkirkan dugaan adanya atresia ani. Selain itu, bayi juga lazimnya segera berkemih pada jam-jam pertama, yang perlu diamati dan dicatat secara berkala—meskipun pemantauan ini akan lebih sulit dilakukan jika bayi langsung dipakaikan popok sekali pakai (*diapers*).

3) Fungsi Hati, Ginjal, dan Organ Lainnya. Indikator utama bahwa bayi sedang menjalani masa peralihan secara normal meliputi: bayi langsung menangis atau tersengal-sengal dalam beberapa detik pertama; Kulit bayi umumnya segera tampak kemerahan setelah lahir, meskipun pada awalnya dapat terlihat sedikit kebiruan. Denyut jantung bayi berada dalam kondisi stabil, yaitu sekitar 120–150 kali per menit, sedangkan pernapasan efektif mulai terbentuk dalam 90 detik pertama setelah kelahiran dan sianosis perifer ringan masih dapat dikategorikan normal. Di sisi lain, bayi tetap berisiko mengalami penurunan suhu akibat evaporasi dan konduksi apabila langkah pencegahan kehilangan panas tidak dilakukan.

2.4.2 Manajemen Asuhan Bayi Baru Lahir

Pencegahan kehilangan panas (*heat loss*) merupakan prioritas esensial dalam asuhan segera pada bayi baru lahir guna mendukung keberhasilan transisi kehidupan dari intrauterin ke ekstrauterin. Setelah lahir, bayi dikeringkan menggunakan kain yang bersih dan kering, di mana proses pengeringan ini dapat dikombinasikan dengan pemberian stimulasi taktil untuk merangsang pernapasan apabila bayi belum langsung menangis.

Untuk memantau adaptasi neonatus secara sistematis, penolong persalinan menggunakan Apgar Score sebagai instrumen penilaian standar untuk mengevaluasi keberhasilan masa transisi bayi. Pada bayi baru lahir yang bugar, penilaian Apgar dilakukan secara berkala pada menit ke1-5.

Apabila hasil penilaian menunjukkan kondisi yang optimal—ditandai dengan warna kulit kemerahan, pergerakan motorik aktif, serta tangisan yang kuat—maka penatalaksanaan dapat langsung dilanjutkan IMD melalui metode *skin-to-skin contact* antara dada ibu dan bayi. Prosedur ini tidak hanya berfungsi ganda

sebagai upaya preventif terhadap hipotermia akibat kehilangan panas, tetapi juga berperan penting dalam menstabilkan pernapasan, mengatur detak jantung, serta memfasilitasi keberhasilan kolonisasi flora normal pada BBL. (Suryaningsih *et al.*, 2022)

Table

Komponen Penilaian APGAR Skor

No	Komponen	Skor		
		0	**1**	**2**
1	Frekuensi jantung	Tidak ada	<100x/ menit	>100 x/menit
2	Kemampuan bernafas	Tidak ada	Lambat/tidak teratur	Menangis kuat
3	Tonus otot	Lumpuh	Ekstremitas agak fleksi	Gerakan aktif
4	Refleks	Tidak ada	Gerakan sedikit	Gerakan kuat/melawan
5	Warna kulit	Biru pucat	Tubuh kemerah-merahan/ ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan

Keterangan :

Nilai 1-3 : asfiksia berat

Nilai 4-6 : asfiksia sedang

Nilai 7- 10 : normal

Sumber : Kunang, A., & Sulistianingsih, A. (2023)

1) Inisiasi Menyusu Dini (IMD): Praktik IMD dapat diimplementasikan segera pascakelahiran apabila status hemodinamik neonatus terpantau stabil, yang direfleksikan melalui perfusi kulit kemerahan serta respons tangisan yang kuat. Pelaksanaannya dilakukan dengan menempatkan bayi secara tengkurap di atas dada atau perut maternal, Selanjutnya, bayi diberikan keleluasaan untuk merayap dan mencari puting susu ibu secara mandiri selama sekurang-kurangnya 60 menit.
2) Pemberian ASI Eksklusif: Pemberian air susu ibu dianjurkan dalam rentang waktu 30 menit hingga satu jam pertama kehidupan secara eksklusif. ASI memuat berbagai nutrien esensial yang esensial untuk mengoptimalkan

tumbuh kembang neonatus. Selain memiliki tingkat ketercernaan yang tinggi, ASI juga berfungsi protektif terhadap berbagai patogen penyebab infeksi berkat kandungan imunoglobulin atau antibodi yang melimpah. Apabila sekresi kolostrum belum optimal, neonatus tidak memerlukan suplementasi cairan atau nutrisi lain; stimulasi isapan langsung pada payudara ibu sudah memadai guna memicu refleks pengeluaran ASI.

3) BAB : Ekskresi gastrointestinal yang dikeluarkan oleh neonatus pada fase awal kehidupannya dikenal sebagai mekoneum. Mekoneum merupakan akumulasi material fekal dalam traktus digestivus yang mulai terbentuk sejak masa gestasi, yakni pada usia kehamilan 16 minggu. Secara makroskopis, mekoneum memiliki karakteristik berwarna hijau kehitaman, bertekstur lunak, serta tersusun atas mukus, sel epitel deskuamasi, cairan amnion yang tertelan, asam lemak, dan pigmen empedu. Pengeluaran mekoneum secara fisiologis terjadi pertama kali dalam kurun waktu 24 jam pascakelahiran dan biasanya tuntas secara keseluruhan dalam rentang dua hingga tiga hari setelah lahir. Keberhasilan eliminasi mekoneum dalam 24 jam pertama menjadi indikator klinis bahwa patensi rektum dan fungsi anurektal neonatus berjalan normal. Sebaliknya, bilamana mekoneum tidak kunjung keluar, tenaga kesehatan atau bidan diwajibkan untuk melakukan pengkajian klinis komprehensif guna mendeteksi potensi kelainan kongenital, seperti atrasia ani maupun megakolon kongenital (*Hirschsprung disease*).
4) Eliminasi Urin (*Buang Air Kecil*): Secara fisiologis, neonatus normal harus mampu mengeluarkan urin dalam kurun waktu 24 jam pertama kehidupannya. Memasuki hari-hari berikutnya, frekuensi berkemih mengalami peningkatan signifikan menjadi 6 - 8 kali per hari. Pada fase awal, volume urin neonatus berkisar antara 20 hingga 30 mL per hari, yang kemudian bertambah secara progresif mencapai 100 hingga 200 mL per hari menjelang akhir minggu pertama, seiring dengan peningkatan volume asupan cairan maternal berupa air susu ibu (ASI). Secara visual, *urine* awal kerap tampak sedikit keruh atau bernuansa kemerahan (akibat endapan

urat), yang kemudian akan berangsur-angsur jernih seiring bertambahnya asupan cairan. Apabila bayi belum juga BAK dalam waktu 24 jam, tenaga kesehatan atau bidan wajib segera melakukan evaluasi klinis yang mencakup pengkajian jumlah *intake* cairan serta pemeriksaan kepatenan dan kondisi uretra.

5) Tidur. Secara alamiah, neonatus menghabiskan mayoritas waktunya untuk tidur, utamanya apabila asupan ASI terpenuhi secara adekuat. Kondisi ini memberikan kesempatan bagi ibu untuk memulihkan tenaga; kendati demikian, ibu tetap perlu diedukasi agar membangunkan bayi secara periodik guna memastikan kelangsungan pemberian nutrisi.
6) Kebersihan Kulit. Lapisan kulit bayi yang baru lahir sangatlah halus dan peka terhadap lingkungan luar, sehingga membuatnya lebih mudah mengalami iritasi maupun serangan kuman penyebab infeksi, sehingga keutuhannya harus senantiasa dijaga. Proteksi Kulit (*Vernix Caseosa*): Lapisan verniks kaseosa berperan sebagai pelindung alami kulit dan dipertahankan keberadaannya saat pemandian neonates. Sanitasi Tekstil Maternal-Neonatal: Upaya pencegahan infeksi dilakukan dengan memastikan seluruh perlengkapan sandang dan linen (pakaian, handuk, selimut, kain) memenuhi standar kebersihan serta kekeringan optimal. Penundaan Mandi (*Delayed Bathing*): Praktik memandikan bayi direkomendasikan untuk ditunda hingga minimal 24 jam pertama kehidupan guna mendukung proses termoregulasi fisiologis dan meminimalkan insidensi hipotermia.
7) Perawatan Tali Pusat: Penanganan tali pusat merupakan komponen penting untuk melindungi bayi dari berbagai risiko infeksi maupun komplikasi kesehatan. Aturan utama dalam perawatannya adalah menjaga tali pusat agar selalu bersih dan kering tanpa diberikan bahan tambahan. Hal tersebut penting karena tali pusat dapat menjadi tempat berkembangnya bakteri sekaligus menjadi jalan masuk mikroorganisme yang dapat menyebabkan infeksi pada area sekitar tali pusat. Oleh karena itu, perawatan tali pusat

perlu dilakukan sejak awal, yaitu sejak pelaksanaan manajemen aktif kala III dalam proses persalinan.

8) Keamanan Bayi. Keselamatan bayi harus dijaga secara ketat, termasuk dari jangkauan saudara kandung yang masih balita serta pencegahan risiko terjatuh dari tempat tidur. Pengawasan ekstra dan konstan dari orang dewasa sangat diperlukan untuk melindungi bayi dari berbagai potensi bahaya.
9) Pemijatan Bayi. Saat ini, praktik pijat bayi (*baby massage*) sangat direkomendasikan sebagai bentuk terapi komplementer yang aman serta dapat diaplikasikan secara mandiri oleh ibu di lingkungan rumah. Tindakan ini harus dilakukan dengan usapan lembut dan penuh kehati-hatian. Manfaat klinis pemijatan bayi meliputi penguatan tonus otot, peningkatan kebugaran dan kesehatan menyeluruh, pengoptimalan pertumbuhan fisik, peningkatan kapasitas respons belajar, serta efek relaksasi yang membuat bayi lebih tenang dan tidak mudah rewel
10) Menjemur Bayi di Pagi Hari: Sinar matahari pagi memegang peranan krusial bagi neonatus guna mendukung sintesis vitamin D sekaligus mencegah hiperbilirubinemia. Secara spesifik, salah satu manfaat utama kegiatan ini adalah
    - Membantu merurunkan kadar bilirubin di dalam sirkulasi darah.
    - Menjaga kesehatan dan kekuatan tulang bayi.
    - Memberikan kehangatan alami bagi tubuh bayi.
    - Membantu merelaksasi bayi agar terhindar dari stres
11) Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada Ibu hamil

Beberapa determinan krusial dalam membangun hubungan saling percaya (*trusting relationship*) antara bidan dan pasien mencakup penerapan komunikasi yang efektif, penanaman rasa empati, perwujudan sikap profesionalisme, penjagaan kerahasiaan medis, serta penghormatan terhadap otonomi pasien.:

1) Pemenuhan hak pasien dalam memperoleh informasi yang jelas.
2) Kesadaran akan tanggung jawab dan kewajiban moral tenaga kesehatan.

3) Upaya mengurangi kecemasan serta penderitaan yang dirasakan pasien.
4) Peningkatan kerja sama yang baik antara pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan.

2.5 Keluarga Berencana

2.5.1 Defenisi Keluarga Berencana

Secara etimologis, istilah kontrasepsi dibentuk dari gabungan kata *kontra* yang bermakna mencegah atau melawan, serta *konsepsi* yang mengacu pada proses fertilisasi sebagai hasil penyatuan antara ovum dan spermatozoa. Merujuk pada akar kata tersebut, kontrasepsi didefinisikan sebagai ragam metode atau cara untuk mencegah kehamilan dengan tujuan menghentikan proses pertemuan antara sel telur dan sel sperma. (Anggraini *et al.*, 2021)

Program KB menjadi salah satu komponen penting dalam strategi peningkatan kesejahteraan keluarga dan masyarakat. Pelaksanaan program ini secara komprehensif mencakup pemberian bimbingan dan konseling perkawinan, pelayanan penanganan masalah infertilitas (kemandulan), serta pengaturan jarak kelahiran (*penjarangan kehamilan*) guna mengoptimalkan kualitas kesehatan ibu dan anak secara berkelanjutan.

Adapun macam-macam metode kontrasepsi yaitu :

a) Kontrasepsi Hormonal
   - Kontrasepsi Pil, merupakan salah satu alternatif pencegahan kehamilan berbasis hormonal yang dikhususkan bagi wanita dalam bentuk sediaan padat berupa tablet.. Sediaan ini memuat kombinasi hormon estrogen dan progesteron, atau preparat progestin tunggal. Mekanisme kerjanya meliputi penekanan proses ovulasi, pencegahan implantasi ovum yang telah dibuahi, serta peningkatan viskositas lendir serviks. **Efektivitas:** Secara teoretis, efektivitas metode ini mendekati 100% dengan angka kegagalan berkisar antara 0,1% hingga 1,7%.
   - **Keuntungan:** Memiliki tingkat efektivitas yang tinggi, memungkinkan pengguna untuk merencanakan kehamilan kembali di

masa mendatang, serta mendukung pemulihan kesuburan secara cepat apabila penggunaan dihentikan. Kontraindikasi: Kontrasepsi ini tidak dianjurkan bagi wanita hamil, ibu yang sedang memberikan ASI eksklusif, individu dengan kondisi perdarahan pervaginam yang belum terdiagnosis, gangguan hati (hepatitis), penyakit jantung, riwayat stroke, serta penderita kanker payudara. Efek Samping: Beberapa keluhan yang dapat timbul—terutama pada bulan-bulan pertama pemakaian—meliputi mual dan muntah, peningkatan berat badan, retensi cairan, edema, mastalgia (nyeri payudara), sakit kepala, hingga timbulnya jerawat.

- Kontrasepsi Suntik: KB suntik merupakan cara mencegah kehamilan bagi wanita usia subur dengan cara menyuntikkan hormon sintetis (seperti estrogen dan progesteron, atau yang sering digunakan yaitu *Depo Medroxyprogesterone Acetate* / DMPA) secara intramuskular melalui otot bokong atau lengan atas. Mekanisme kerja metode ini berfokus pada penekanan proses ovulasi melalui pencegahan pelepasan ovum, serta peningkatan viskositas mukus serviks guna memblokir pergerakan spermatozoa memasuki kavum uteri.

    a. Kontrasepsi Implant

    Alat kontrasepsi bawah kulit (implan) tersedia dalam beberapa jenis yang dibedakan berdasarkan jumlah batang, kandungan hormon, serta masa kerjanya. Varian pertama yaitu Norplant, yang bentuknya berupa enam buah kapsul silastik lentur berongga. Jenis implan berikutnya adalah alat kontrasepsi berbentuk batang yang memiliki masa kerja jangka panjang: Pertama, jenis dengan ukuran panjang 3,4 cm dan diameter 2,4 mm per batang, yang berisi 36 mg hormon Levonorgestrel serta mampu bertahan secara efektif selama 5 tahun. Kedua, jenis **Implanon** yang terdiri dari satu batang putih lentur berukuran panjang 40 mm dan diameter 2,4 mm. Implanon ini mengandung 68 mg 3-Ketodesogestrel dengan durasi kerja

efektif selama 3 tahun. Selain itu, terdapat pula jenis Indoplant yang terdiri dari dua batang dengan kandungan total 75 mg hormon Levonorgestrel serta memiliki masa kerja efektif selama 3 tahun.

Efek samping utama dari pemakaian kontrasepsi implan adalah terjadinya perubahan pola menstruasi, khususnya pada tiga hingga enam bulan pertama penggunaan. Akseptor umumnya akan mengalami masa haid yang lebih lama, frekuensi haid yang lebih sering, atau bahkan tidak mendapatkan haid sama sekali (amenorhea).

b) Kontrasepsi Non Hormonal

Kontrasepsi non-hormonal adalah teknik pencegahan kehamilan yang tidak mengandung zat hormon tambahan dari luar, seperti estrogen atau progesteron. Beberapa contoh jenis kontrasepsi non-hormonal di antaranya:

1. Metode Kontrasepsi Alamiah

   a. Senggama Terputus

      Metode senggama terputus (*coitus interruptus*) dilakukan dengan cara menarik atau mengeluarkan organ reproduksi pria dari vagina sesaat sebelum ejakulasi terjadi. Melalui mekanisme ini, cairan sperma diupayakan agar tidak masuk ke dalam saluran reproduksi wanita, sehingga potensi pertemuan antara ovum dan spermatozoa yang memicu fertilisasi dapat dicegah

   b. Pantang Berkala

      Metode pantang berkala merupakan salah satu cara pencegahan kehamilan yang diterapkan dengan cara menghindari aktivitas seksual selama fase subur perempuan. Pendekatan ini didasarkan pada analisis siklus menstruasi, mengingat waktu ovulasi tidak selalu berlangsung tepat 14 hari sebelum haid berikutnya, melainkan dapat bervariasi dalam rentang 12 hingga 16 hari menjelang siklus menstruasi

yang akan datang

c. Metode Lendir Serviks

Metode lendir serviks merupakan salah satu cara kontrasepsi alamiah yang bertumpu pada pengamatan karakteristik mukus vagina untuk mendeteksi masa subur perempuan. Waktu paling ideal untuk melakukan evaluasi ini adalah pada pagi hari, segera setelah terjaga dari tidur dan sebelum memulai berbagai aktivitas fisik.

2. Metode Kontrasepsi Sederhana

a. Pengaman

Kondom / Pengaman merupakan salah satu metode kontrasepsi penghalang (*barrier method*) yang dirancang sebagai sarung tipis silindris dengan tepi tebal di bagian muaranya dan digulung secara merata. Penggunaannya dilakukan dengan cara memasangnya pada penis ketika berhubungan seksual. Adapun bahan pembuatannya cukup beragam, mencakup lateks sintetis, plastik atau vinil, hingga bahan alami dari jaringan hewan. Berdasarkan standar manufaktur medis, ketebalan kondom rata-rata dirancang sangat tipis, yakni sekitar 0,02 mm, Dirancang untuk mempertahankan tingkat sensitivitas yang tinggi, namun tetap memiliki elastisitas serta kekuatan regang yang optimal guna mencegah kehamilan sekaligus memberikan perlindungan terhadap penularan IMS.

b. Spermisida

Spermatisida adalah senyawa kimia yang dirancang untuk menginaktivasi serta melumpuhkan spermatozoa di dalam vagina, sehingga pergerakan sel sperma menuju saluran reproduksi bagian atas (*traktus genitalia interna*) dapat dicegah. Kontrasepsi ini tersedia dalam berbagai bentuk sediaan, seperti busa aerosol, tablet vagina, serta krim.

Mekanisme kerjanya meliputi perusakan membran sel sperma, penurunan kecepatan gerak sperma, serta melemahkan kemampuan sperma dalam membuahi sel telur.

c. Diafragma

Alat kontrasepsi yang dijelaskan tersebut adalah diafragma (*diaphragm*).

Definisi: Perangkat kontrasepsi penghalang ini memiliki bentuk mangkuk cembung berbahan lateks lentur. Alat diinsersikan ke dalam vagina menjelang hubungan intim guna menghalangi akses ke leher rahim. Mekanisme kerjanya bersifat ganda, yakni bertindak sebagai penghalang fisik yang mencegah migrasi spermatozoa menuju saluran reproduksi bagian atas (termasuk kavum uteri dan tuba falopi); kedua, bertindak sebagai penampung cairan spermisida yang telah dioleskan sebelumnya guna melumpuhkan atau mematikan sel sperma sebelum mencapai sel telur.

d. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

AKDR / IUD merupakan perangkat pencegahan kehamilan yang diinsersikan langsung ke dalam kavum uteri. Mekanisme kerjanya berfokus pada penghambatan motilitas spermatozoa sehingga gagal mencapai tuba falopi. Secara umum, AKDR terbagi menjadi dua kategori utama, yakni jenis berlapis tembaga (Cu IUD) serta jenis hormonal yang memuat progesteron atau levonorgestrel.

3. Metode Kontrasepsi Mantap

a. Tubektomi

Tubektomi merupakan prosedur sterilisasi bedah pada kedua tuba fallopii wanita yang bertujuan untuk menghentikan fertilitas secara permanen guna mencegah kehamilan. Metode kontrasepsi ini ditujukan untuk penggunaan jangka panjang,

meskipun terkadang dapat dibatalkan. Prosedur tubektomi dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa komponen utama, antara lain waktu pelaksanaan tindakan (saat operasi), teknik akses untuk mencapai tuba falopi, serta metode penutupan atau oklusi tuba.

b. Vasektomi

Vasektomi merupakan metode kontrasepsi permanen bagi pria berupa prosedur pembedahan minor yang dinilai sangat aman, sederhana, efektif, dan cepat dalam pelaksanaannya, serta tidak memerlukan penggunaan anestesi umum.

c) Kontrasepsi Darurat

Kontrasepsi darurat (KD) adalah metode pencegahan kehamilan yang dapat digunakan dalam beberapa hari setelah melakukan hubungan intim. Tindakan ini sangat penting dalam situasi darurat, seperti hubungan seksual tanpa pengaman, kesalahan atau kegagalan alat kontrasepsi (kondom bocor atau lupa minum pil KB), hingga kasus kekerasan seksual. Berdasarkan rekomendasi medis, ada empat jenis kontrasepsi darurat yang tersedia, yaitu AKDR tembaga pascakoitus (AKDR-Cu) serta tiga jenis pil kontrasepsi darurat, yakni ulipristal asetat, levonorgestrel, dan pil kombinasi estrogen-progestin).

d) Standard Days Method

Metode Sadar Masa Subur (SDM): Pendekatan ini mencakup metode ovulasi, metode dua hari (*two-day method*), serta pemantauan suhu basal tubuh yang dapat dikombinasikan dengan pantang senggama. Ketentuan dan panduan aplikasinya meliputi:

- Siklus Normal (26–32 Hari): Bagi perempuan dengan durasi siklus menstruasi antara 26 sampai 32 hari, hubungan seksual tanpa proteksi mutlak dihindari pada rentang hari ke-8 hingga ke-19 siklus. Apabila perlindungan tambahan diperlukan selama periode tersebut, penggunaan metode kontrasepsi pendukung sangat dianjurkan.
- Siklus Iruler / Di Luar Rentang Normal: Apabila teridentifikasi dua

siklus menstruasi atau lebih di luar rentang 26 hingga 32 hari dalam kurun waktu satu tahun pengamatan, akseptor perlu diberi edukasi bahwa metode ini berpotensi kurang efektif, sehingga meningkatkan risiko kegagalan atau terjadinya kehamilan

Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

Dalam pemberian asuhan kebidanan perlu adanya konseling dalam pelaksanaannya. Tujuan konseling dalam konteks pelayanan keluarga berencana (KB) adalah untuk meningkatkan akseptabilitas, memfasilitasi pengambilan keputusan yang tepat (*informed choice*), memastikan efisiensi pemilihan metode, serta mendukung kesinambungan penggunaan dalam jangka panjang. Secara operasional, elemen kunci pelayanan konseling KB terbagi menjadi tiga tahapan utama:

- Konseling awal atau kunjungan pertama (*initial consultation*).
- Konseling terfokus yang mengkaji pemilihan teknik atau metode kontrasepsi secara spesifik.
- Konseling lanjutan (*follow-up counseling*) untuk evaluasi dan kesinambungan.

Pendekatan konseling, khususnya bagi calon klien, didasarkan pada enam tahapan sistematis yang dikenal dengan akronim 'SATU TUJU'. Tahapan komunikasi dan konseling yang meliputi **S**apa dan salam, **T**anya, **U**raikan, ban**TU**kan, **J**elaskan, serta anjuran **U**ntuk kunjungan ulang