BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kehamilan

2.1.1 Defenisi Kehamilan

konvensi International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), kehamilan diartikan sebagai proses peleburan peleburan antara fertilisasi antara sel gamet jantan dan betina yang kemudian diteruskan tahapan implantasi zigot di dinding rahim. Secara fisiologis, Periode gestasi fisiologis secara umum memakan waktu sekitar 40 minggu atau setara dengan sembilan bulan kalender penanggalan masehi, yang dihitung dari titik fertilisasi hingga terjadinya persalinan. (Gultom & Hutabarat, 2020)..

Kehamilan normal berlangsung selama 280 hari atau 40 pekan apabila dikalkulasikan berdasarkan Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT). Periode kehamilan ini diklasifikasikan ke dalam tiga fase utama, yang mana trimester pertama mencakup usia gestasi 0 trimester kedua (rentang usia 4 hingga 6 bulan), serta trimester ketiga (rentang usia 7 sampai 9 bulan) (Miftahul Hakiki, *et al.,* 2022).

2.1.2 Tanda dan Gejala Kehamilan

Menurut Gambaran manifestasi klinis yang menyertai masa kehamilan

2.1 Indikasi tidak pasti

Gejala dugaan hamil ditandai oleh beberapa gejala klinis, antara lain amenorea (terhentinya siklus haid pada wanita usia reproduktif), mual dan muntah (*emesis gravidarum*), serta mastodinia yang ditandai dengan pembesaran dan rasa nyeri pada payudara akibat pengaruh hormon estrogen serta progesteron. Selain itu, pasien umumnya mengeluhkan peningkatan frekuensi berkemih. (Dahlan dan Umrah, 2020).

2.2 Indikasi kemungkinan hamil

manifestasi probabel kehamilan menurut (Dahlan dan Umrah, 2020) mempunyai ciri sebagai berikut :

(1) Terjadinya pembesaran area perut akibat bertambahnya ukuran uterus yang mulai terdeteksi sejak bulan keempat gestasi.

(2) Tanda Hegar Perlunakan pada area ismus uteri yang menyebabkan uterus terasa lebih tipis dan mudah difleksikan saat palpasi; teridentifikasi pada usia kehamilan 6–8 minggu

(3) Tanda Goodell adalah Terjadinya perubahan tekstur atau konsistensi serviks uteri, di mana portio yang pada kondisi tidak hamil terasa padat/keras seperti puncak hidung mengalami pelunakan hingga menyerupai konsistensi bibir.

(4) Tanda Fenomena Perubahan pigmentasi pada daerah mukosa vulva, vagina, serta portio menjadi keunguan atau kebiruan yang dipicu oleh kondisi hiperemia akibat peningkatan vaskularisasi organ reproduksi.

(5) Tanda Piskacek merupakan Perubahan bentuk uterus yang membesar yang asimetris akibat lokasi implantasi hasil konsepsi.

(6) His palsu (*Braxton-Hicks*): Aktivitas kontraksi miometrium yang tidak nyeri dan dapat muncul mulai trimester awal kehamilan pada usia 8 minggu dan dapat terpalpasi melalui abdomen pada trimester ketiga.

(7) Teraba Ballotement yaitu Pantulan janin dalam kantong janin dalam kantong amnion yang dirasakan oleh jemari pemeriksa sewaktu saat dilakukan ketukan mendadak pada uterus.

(8) Pemeriksaan Imunologis / Planotes Positif: Konfirmasi keberadaan hormon hCG hasil produksi sinsitiotrofoblas yang terukur dalam cairan tubuh (urin atau serum darah).

2.1.3 **Tanda Pasti Hamil**

Indikator pasti kehamilan (*positive signs*) merupakan bukti konkrit keberadaan janin yang terdeteksi secara objektif melalui pemeriksaan klinis maupun penunjang lainnya (Dahlan dan Umrah, 2020) :

1) Pemeriksaan Auskultasi DJJ **:** Deteksi Denyut Jantung Janin (DJJ) secara auskultasi menggunakan stetoskop Pinard atau Laennec dapat terdengar sejak masa kehamilan memasuki minggu ke-18 sampai ke-20.

2) Pemeriksaan palpasi abdomen untuk mengidentifikasi bagian-bagian tubuh janin umumnya terdeteksi jelas mulai usia kehamilan 22 minggu. Sementara itu, gerakan pasif maupun aktif janin dapat diidentifikasi secara pasti oleh pemeriksa setelah usia gestasi 24 mgg.

2.1.4 **Adaptasi Fisiologis dan Psikologis Kehamilan**

a. Adaptasi Fisiologis

Penyesuaian anatomi serta fisiologis pada wanita hamil di usia gestasi trimester ketiga, antara lain (Suparman, Saprudin dan Mamlukah, 2020):

a) Trimester I

(a) Sistem Reproduksi

Uterus mengalami hipertrofi otot polos yang dipicu estrogen. Dinding rahim melunak pada daerah istmus (*Tanda Hegar*). Peningkatan vaskularisasi membuat serviks dan vagina tampak keunguan

(b) Sistem Perkemihan

Uterus yang membesar namun masih berada di dalam rongga pelvis menekan kandung kemih secara langsung. Kondisi ini menurunkan kapasitas tampung kandung kemih, sehingga frekuensi berkemih ibu meningkat

(c) Pernapasan

Hormon progesteron merangsang pusat pernapasan di otak secara langsung, meningkatkan volume tidal (jumlah udara yang dihirup). Ibu hamil sering mengalami hiperventilasi ringan dan merasakan sensasi napas pendek (*shortness of breath*) meskipun belum ada pembesaran Rahim

(d) Adaptasi BB dan IMT

Peningkatan BB cenderung minimum, berkisar antara 0,5 sampai 2,0 kg secara total. Pada beberapa kasus, ibu hamil justru mengalami penurunan berat badan akibat intensitas *emesis gravidarum* yang tinggi

(e) Sistem Sirkulasi Darah (Kardiovaskular)

Curah jantung (*cardiac output*) mulai meningkat sekitar 30% sampai 50% sejak usia kehamilan 5 minggu. Perubahan ini terjadi sebagai respons adaptif terhadap penurunan resistensi vaskular sistemik (pelebaran pembuluh darah) yang dipicu oleh tingginya kadar hormon progesteron dan senyawa oksida nitrat. Frekuensi denyut jantung juga mulai meningkat secara perlahan sekitar 10 hingga 15 denyut /m.

(f) Keterlibatan Muskuloskeletal

Peningkatan sirkulasi hormon progesteron serta relaksin (yang diproduksi oleh korpus luteum dan plasenta) mulai bekerja melunakkan jaringan ikat, kartilago, serta otot-otot di sekitar panggul. Meskipun secara visual luar belum terlihat perubahan postur tubuh yang signifikan, proses pelonggaran pada sendi simfisis pubis (sambungan tulang kemaluan) sudah mulai diinisiasi sejak trimester pertama ini

b) Trimester II

(a) Sistem Reproduksi

Uterus mulai bergeser keluar dari kavum pelvis dan mulai teraba melewati tepi atas simfisis pubis. Kontraksi otot rahim yang tidak teratur dan tidak nyeri (*Braxton Hicks*) mulai muncul secara intermiten.

(b) Sistem Perkemihan

Frekuensi berkemih kembali normal karena posisi uterus telah naik ke atas keluar dari rongga panggul menuju rongga abdomen, sehingga tekanan pada kandung kemih mereda. Namun, laju filtrasi glomerulus (GFR) meningkat hingga 50%

(c) Pernapasan

Secara mekanis, rahim yang membesar mendesak diafragma naik ke atas hingga 4 cm. Kondisi ini membatasi ekspansi paru-paru secara vertikal, menyebabkan ibu hamil sering mengalami sesak napas (*dyspnea*) saat melakukan aktivitas fisik ringan.

(d) Adaptasi BB dan IMT

Peningkatan BB yang konstan dan paling pesat, didominasi oleh pertambahan volume darah, pertumbuhan jaringan payudara, uterus, serta penimbunan lemak maternal. Laju pertambahan 0,4–0,5 kg tiap minggu untuk IMT normal.

(e) Sistem Sirkulasi Darah (Kardiovaskular)

Terjadi fenomena *hipervolemia fisiologis*, yaitu lonjakan volume darah yang sangat pesat dengan tingkat tertinggi yang diamati di kehamilan 28-32 minggu, dengan total kenaikan 40% sampai 50%

di atas volume normal sebelum hamil. Karena laju pertambahan volume plasma jauh lebih besar (mencapai 50%) dibandingkan laju pembentukan sel darah merah atau eritrosit (hanya sekitar 20% sampai 30%), terjadilah pengenceran darah (*hidremia*).

(f) Sistem Muskuloskeletal

eningkatan berat badan ibu serta pembesaran ukuran rahim mulai menggeser pusat gravitasi tubuh ke arah depan. Sendi-sendi penyokong seperti sendi sakroiliaka, sakrokoksigeal, dan simfisis pubis menjadi jauh lebih longgar dan memiliki tingkat mobilitas yang lebih tinggi. Akibat peregangan ligamen panggul ini, ibu hamil biasanya mulai mengeluhkan rasa tidak nyaman, nyeri, atau pegal di area panggul bawah dan selangkangan.

c) Trimester III

(a) Sistem Reproduksi

Uterus mencapai ukuran maksimal, mencapai Prosesus Xifoideus (PX) pada usia kehamilan 36 minggu. Menjelang akhir trimester (minggu 38-40), tinggi fundus uteri cenderung menurun karena Bagian terendah janin, yakni kepala, mulai memasuki PAP suatu mekanisme fisiologis yang dikenal dengan istilah *lightenin*

(b) Sistem Perkemihan

Keluhan sering berkemih muncul kembali. Proses engagemen atau masuknya presentasi kepala janin menuju rongga panggul

menjelang persalinan kembali menekan kandung kemih secara mekanis

(c) Pernapasan

Secara mekanis, rahim yang membesar mendesak diafragma naik ke atas hingga $\pm$ 4 cm. Kondisi ini membatasi ekspansi paru-paru secara vertikal, menyebabkan ibu hamil sering mengalami sesak napas (*dyspnea*) saat melakukan aktivitas fisik ringan

(d) Adaptasi BB dan IMT

Kenaikan BB terus berlanjut dengan laju yang mirip seperti trimester II, namun penambahan bobot pada fase ini sebagian besar dialokasikan langsung untuk pertumbuhan plasenta, cairan amnion, dan peningkatan massa tubuh janin

(e) Sistem Sirkulasi Darah (Kardiovaskular)

Secara anatomis, rahim yang semakin membesar mendesak organ diafragma ke atas, sehingga posisi jantung tergeser ke atas dan agak condong ke kiri. Pada masa ini, ibu hamil sangat rentan mengalami *supine hypotensive syndrome* (sindrom hipotensi terlentang). Apabila ibu tidur dalam posisi terlentang, massa uterus yang berat akan menekan pembuluh darah balik utama (*vena cava inferior*). Kompresi ini menghambat aliran darah balik ke jantung (*venous return*), menurunkan curah jantung secara mendadak, dan menyebabkan ibu merasakan pusing, mual.

(f) Sistem Muskuloskeletal

Ukuran rahim yang mencapai volume maksimal memaksa pusat gravitasi tubuh condong jauh ke depan. Untuk mempertahankan posisi tegak dan keseimbangan saat berjalan agar tidak terjatuh, ibu hamil secara tidak sadar akan menarik bahunya ke belakang dan melengkungkan tulang belakang bagian lumbal (pinggang) ke arah depan secara berlebihan. Postur adaptif ini dikenal dengan istilah *lordosis kompensatori* (gaya berjalan bergoyang/*waddling gait*). Lordosis kehamilan inilah yang menjadi pemicu utama keluhan sindroma nyeri punggung bawah kronis pada fase lanjut.

Tabel 2.1 Indikator IMT dan Rekomendasi Kenaikan BB Selama Kehamilan

Status Gizi	IMT	Rekomendasi Kenaikan BB Hamil
Kurus *(Underweight)*	<19,8	12,5-18
Normal	19,8-26	11,5-16
Gemuk *(Overweight)*	26-29	7-11,5
Obesitas *(Obess)*	>29	≥7

Sumber : Kementerian Kesehatan RI (2020).

b. Perubahan Psikologis

a) Trimester I

Periode trimester awal kehamilan sering kali menjadi fase yang paling berat secara psikologis karena ibu harus melakukan

penyesuaian awal terhadap status barunya yaitu (Ricci et al., 2021).

(a) Ambivalensi: Perasaan mendua atau bercampur aduk antara bahagia, cemas, dan ragu adalah reaksi psikologis yang paling sering muncul. Bahkan pada kehamilan yang direncanakan sekalipun, ibu hamil tetap dapat merasakan kecemasan tentang kesiapannya menjadi orang tua, masalah finansial, dan perubahan karier (Davidson et al., 2020).

(b) Fokus pada Diri Sendiri (*Egocentrism*): Ibu hamil cenderung lebih fokus pada kondisi fisiknya sendiri. Kehadiran gejala fisik seperti mual, muntah (*emesis gravidarum*), dan kelelahan kronis semakin memperparah ketidakstabilan emosi (*mood swings*) yang mirip dengan sindrom pramenstruasi (Alden et al., 2020).

(c) Ketidakpastian (*Uncertainty*): Pada awal kehamilan, ibu sering kali merasa tidak yakin apakah kehamilannya akan berjalan dengan aman, yang memicu ketakutan mendalam akan risiko keguguran (Lowdermilk et al., 2020).

b) Trimest Trimester

kedua sering disebut sebagai "fase emas" atau periode tenang karena gejala fisik trimester pertama sudah mereda dan ibu mulai dapat beradaptasi dengan hormon kehamilan (Ricci et al., 2021).

(a) Penerimaan Realitas Janin

Fase ini ditandai dengan munculnya *quickening* (gerakan janin pertama yang dirasakan ibu). Gerakan ini mengubah persepsi ibu, di mana janin tidak lagi dianggap sebagai bagian dari dirinya, melainkan sebagai individu baru yang terpisah. Hal ini memicu munculnya ikatan kasih sayang (*maternal-fetal attachment*) yang kuat (Davidson et al., 2020).

(b) Evaluasi Hubungan Interpersonal

Ibu hamil mulai mengevaluasi hubungannya dengan ibunya sendiri dan pasangannya. Terdapat kebutuhan emosional yang tinggi untuk mendapatkan kasih sayang dan perhatian ekstra dari suami demi memastikan bahwa dirinya aman dan didukung (Lowdermilk et al., 2020).

(c) Perubahan Citra Tubuh (*Body Image*): Seiring dengan perut yang mulai membesar, respon ibu bisa bervariasi. Sebagian ibu merasa bangga karena tubuhnya menunjukkan tanda kehidupan, namun sebagian lainnya merasa cemas atau tidak percaya diri dengan hilangnya bentuk tubuh ideal mereka (Alden et al., 2020).

c) Trimester III

Pada trimester akhir, dinamika psikologis ibu kembali mengalami peningkatan ketegangan yang dipicu oleh faktor mekanis tubuh dan bayang-bayang proses persalinan yang semakin dekat (Cunningham et al., 2022).

(a) Ansietas Menghadapi Persalinan: Kecemasan utama pada fase ini berpusat pada proses melahirkan. Ibu sering kali dihantui rasa takut akan rasa sakit saat bersalin, keselamatan dirinya, serta kondisi fisik bayinya (apakah lahir sehat atau mengalami cacat bawaan).

(b) Sindrom Mempersiapkan Sarang (*Nesting Instinct*): Secara psikologis, ibu akan mengalami peningkatan energi menjelang persalinan yang dimanifestasikan melalui aktivitas mempersiapkan keperluan bayi, seperti membersihkan rumah, mencuci baju bayi, dan menata kamar tidur. Ini adalah mekanisme pertahanan alami untuk mengalihkan rasa cemas.

(c) Perasaan Rentan dan Tidak Sabar: Akibat ketidaknyamanan fisik yang ekstrem (sesak napas, sering berkemih, insomnia, dan nyeri punggung), ibu sering kali merasa sangat lelah dan mengekspresikan keinginan kuat agar kehamilan segera berakhir. Ibu menjadi sangat sensitif dan membutuhkan dukungan emosional yang konstan dari lingkungan terdekatnya.

2.1.5 **Kebutuhan Dsar Ibu Hamil**

Terdapat beberapa komponen aspek kebutuhan jasmani ibu hamil dasar selama masa kehamilan menurut (Kemenkes RI, 2020)

1) Oksigen

Kebutuhan oksigenasi merupakan elemen vital bagi setiap individu, termasuk pada populasi ibu hamil. Berbagai keluhan

pernapasan kerap muncul selama masa kehamilan yang berpotensi mengganggu adekuasi oksigenasi tubuh. Guna mengantisipasi permasalahan tersebut, ibu hamil dianjurkan secara konsisten menjalani latihan pernapasan lewat partisipasi dalam kelas senam ibu hamil, serta mengatur posisi tidur dengan meninggikan penyangga kepala atau bantal guna meredakan kompresi diafragma, membatasi porsi makan agar tidak berlebihan, menghentikan kebiasaan merokok, serta melakukan konsultasi ke fasilitas kesehatan apabila didapati penyulit pernapasan seperti asma atau gangguan respiratorik lainnya.

2) Nutrisi

a. Kalori, kebutuhan energi sepanjang masa kehamilan diperkirakan mencapai 70.000 hingga 80.000 kilokalori (kkal). Secara rata-rata, wanita hamil memerlukan suplementasi energi sebesar 300 kkal per hari melebihi tingkat kebutuhan sebelum hamil.

b. Protein, Peningkatan asupan protein sangat dibutuhkan dalam mendukung optimalisasi tumbuh kembang janin, diferensiasi jaringan uterus dan payudara, sintesis hormon, ekspansi volume plasma darah ibu, serta kesiapan proses laktasi

c. Lemak, Pembentukan dan pematangan jaringan janin selama fase intrauterin membutuhkan asupan lemak sebagai salah satu

sumber energi utama. Di samping itu, lemak juga berperan penting dalam mendukung perkembangan jaringan plasenta..

d. Kalsium untuk Asupan kalsium diperlukan untuk mineralisasi tulang dan bakal gigi janin, dengan estimasi kebutuhan harian ibu hamil sebesar 500 mg. Sumber kalsium dapat diperoleh dari konsumsi susu beserta produk turunannya, udang, dan ikan sarden..

e. Zat besi, Suplementasi tablet tambah darah (TTD) secara berkala bertujuan untuk membentuk cadangan besi tubuh, memfasilitasi eritropoiesis (sintesis sel darah merah), serta mendukung pembentukan mioglobin otot. Pemberian TTD direkomendasikan minimal 90 tablet sepanjang masa kehamilan

f. Vitamin A, Kebutuhan vitamin A selama gestasi mengalami peningkatan sekitar 300 RE dibandingkan kondisi non-hamil. Bahan pangan kaya .sumber nutrisi vitamin A yang meliputi produk hewani (seperti hati sapi, daging sapi, daging unggas, dan telur) serta sumber nabati (termasuk jagung kuning, wortel, bayam, dan daun singkong), serta buah-buahan seperti mangga, pepaya, semangka, dan tomat matang.Personal Hygiene

g. Pemeliharaan kebersihan diri secara konsisten sangat krusial guna mengantisipasi risiko gangguan kesehatan pada ibu maupun janin. Ibu hamil disarankan untuk mandi, menggosok gigi, serta berganti pakaian sekurang-kurangnya secara rutin 2x/1 hari, senantiasa higienitas

genital organ intim serta merawat higienitas mammae, di samping anjuran mengenakan busana yang longgar dan berbahan nyaman, dan praktis sangat dianjurkan.

h. Eliminasi

Peningkatan frekuensi berkemih (miksi) umumnya dialami ibu hamil pada trimester pertama dan ketiga. Sebaliknya, frekuensi defekasi dapat menurun akibat timbulnya konstipasi. Oleh karena itu, pemenuhan rasa nyaman terkait pola eliminasi memerlukan perhatian khusus.

i. Seksualitas

Pada kehamilan tanpa komplikasi fisiologis, koitus/hubungan seksual aman dilakukan hingga akhir masa gestasi, meskipun sebagian literatur menyarankan abstinensi pada 14 hari menjelang taksiran persalinan. Hubungan seksual kontraindikasi apabila ditemukan perdarahan per vaginam, riwayat abortus berulang, indikasi abortus imminens, ketuban pecah dini, atau adanya pembukaan serviks.

j. Senam Hamil

Latihan senam hamil dapat dimulai saat usia gestasi memasuki 22 minggu dengan sasaran memperkuat serta melatih elastisitas otot-otot panggul dan abdomen agar dapat berfungsi optimal pada proses persalinan pervaginam.

k. Imunisasi

Pemberian imunisasi selama masa kehamilan berperan penting dalam mencegah infeksi maternal dan neonatal yang berisiko fatal. Vaksinasi esensial yang wajib diprogramkan bagi ibu hamil adalah pemberian imunisasi Tetanus Toxoid atau Td guna memberikan perlindungan terhadap penyakit tetanus neonatorum.

Tabel 2.2 Jadwal Pemberian Tetanus Toksoid

Imunisasi	Interval	Perlindungan
TT 1	Selama kunjungan 1	-
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun
TT 5	1 tahun setelah TT 4	25 tahun – seumur hidup

l. Kunjungan Ulang

Pada penetapan jadwal pemeriksaan antenatal lanjutan pada kunjungan awal penting untuk meningkatkan kepatuhan ibu hamil. Penjadwalan rutin umumnya berjarak 4 minggu sekali (sampai 28 minggu), 2 minggu sekali (usia 28–36 minggu), dan setiap minggu hingga melahirkan. Sesuai regulasi pelayanan kesehatan, ibu hamil direkomendasikan melakukan pemeriksaan ANC minimal 6 kali sepanjang kehamilan. (Kesehatan, 2024)

2.1.6 **Ketidaknyamanan Pada Kehamilan**

Berikut adalah rangkuman ketidaknyamanan umum yang bersifat fisiologis (normal) selama masa kehamilan, lengkap dengan penyebab medis dan langkah penanganan mandiri yang aman bagi ibu hamil.

Tabel 2.3 Ketidaknyamanan pada masa kehamilan

Trimester	**Jenis Ketidaknyamanan**	**Penyebab Fisiologis**	**Cara Mengatasi / Penanganan Mandiri**
Trimester I (0 – 12 Minggu)	Mual dan Muntah (Emesis Gravidarum)	Lonjakan hormon hCG (Human Chorionic Gonadotropin) dan estrogen yang mempengaruhi sensitivitas lambung.	• Mengonsumsi makanan dalam porsi sedikit tetapi sering (*small frequent feeding*). • Membatasi makanan tinggi lemak, bercitarasa pedas, serta beraroma menyengat. • Mengonsumsi krekers/biskuit kering saat bangun tidur di pagi hari sebelum beranjak dari tempat tidur. • Mengonsumsi air hangat atau minuman herbal berbasis jahe untuk meredakan rasa mual.
Trimester I (0 – 12 Minggu)	Mudah Lelah / Lemas (Fatigue)	Peningkatan hormon progesteron dan metabolisme tubuh yang bekerja ekstra	• Menganjurkan ibu untuk mencukupi waktu istirahat harian, di antaranya dengan meluangkan waktu tidur siang

		untuk membentuk plasenta.	selama 1–2 jam sesuai kondisi • Kurangi aktivitas fisik yang terlalu berat. • Konsumsi nutrisi seimbang.
Trimester I (0 – 12 Minggu)	Sering Buang Air Kecil (BAK)	Pembesaran ukuran rahim di awal kehamilan secara mekanis menekan kandung kemih.	• Jangan menahan BAK untuk mencegah infeksi. • Jaga area kewanitaan tetap bersih dan kering. • Kurangi minum menjelang tidur malam, tapi maksimalkan di siang hari.
Trimester I (0 – 12 Minggu)	Payudara Tegang & Nyeri (Mastodinia)	Stimulasi hormon kehamilan mempersiapkan saluran kelenjar susu untuk masa laktasi.	• Gunakan bra yang pas, menyangga dengan baik, dan tidak berkawat. • Pilih bahan katun yang menyerap keringat.
Trimester I (0 – 12 Minggu)	Pusing / Sakit Kepala	Perubahan sirkulasi darah, pelebaran pembuluh darah periferal, atau kadar gula darah rendah.	• Ubah posisi tubuh (dari duduk/berbaring ke berdiri) secara perlahan. • Jangan terlambat makan. • Istirahat di ruangan tenang.
Trimester II (13 – 27 Minggu)	Nyeri Punggung Bawah	Pembesaran rahim mulai menggeser pusat gravitasi tubuh ke depan,	• Jaga postur tubuh tetap tegak saat berdiri/duduk. • Gunakan alas kaki datar (hindari high heels).

		meregangkan otot punggung.	• Letakkan bantal penyangga di punggung saat duduk.
Trimester II (13 – 27 Minggu)	Kram pada Kaki	Tekanan rahim pada saraf panggul serta gangguan sirkulasi perifer atau kurangnya kalsium.	• Lakukan peregangan (stretching) otot betis sebelum tidur. • Pijat kaki perlahan atau kompres air hangat. • Konsumsi makanan tinggi kalsium.
Trimester II (13 – 27 Minggu)	Sembelit / Konstipasi	Hormon progesteron merelaksasi otot usus, sehingga memperlambat gerakan peristaltik pencernaan.	• Perbanyak konsumsi makanan berserat (sayur, buah, gandum). • anjuran pemenuhan kebutuhan hidrasi harian dengan minum air putih sebanyak 2 hingga 2,5 liter • Lakukan jalan kaki pagi secara teratur.
Trimester II (13 – 27 Minggu)	Keputihan Fisiologis (Leukorea)	Peningkatan kadar estrogen memicu produksi lendir serviks yang lebih banyak.	Mengarahkan ibu untuk mencuci area kewanitaan membasuh daerah kewanitaan dari arah depan ke belakang cukup dengan air mengalir bersih, tanpa menggunakan produk pembersih kimiawi atau antiseptik

Trimester III (28 – 40 Minggu)	Nyeri Punggung Bawah / Lumbago (Semakin Berat)	Beban janin maksimal memaksa tubuh melakukan lordosis kompensatori (tulang belakang melengkung ekstrem ke depan) & pelebaran sendi akibat hormon relaksin.	• Terapkan postur tubuh tegak dan waddling gait yang aman. • Gunakan bantal penyangga perut dan di antara lutut saat tidur miring ke kiri. • Gunakan maternity belt jika perlu. • Lakukan prenatal yoga/senam hamil.
Trimester III (28 – 40 Minggu)	Sering BAK Kembali	Penurunan bagian terbawah janin (presentasi kepala) ke dalam Pintu Atas Panggul (PAP) mengakibatkan terjadinya penekanan kembali pada vesika urinaria (kandung kemih), yang memicu peningkatan frekuensi berkemih pada ibu hamil	• Jangan menahan kencing. • Pastikan kebersihan organ intim setelah berkemih untuk menghindari risiko ISK.
Trimester III (28 – 40 Minggu)	Sesak Napas (Dyspnea)	Uterus mendesak diafragma (sekat rongga dada) ke atas hingga membatasi ekspansi paru-paru.	• Atur posisi tidur setengah duduk diganjal beberapa bantal. • Lakukan teknik relaksasi napas dalam dan kurangi aktivitas berat.
Trimester III (28 – 40 Minggu)	Sulit Tidur (Insomnia)	Ukuran perut ekstrem, gerakan janin aktif di malam hari, nyeri	• Mandi air hangat atau minum susu hangat sebelum tidur.

		punggung, atau kecemasan menjelang persalinan.	• Gunakan beberapa ganjalan bantal posisi miring ke kiri. • Ciptakan kamar tidur yang tenang.
Trimester III (28 – 40 Minggu)	Bengkak Kaki (Edema Fisiologis)	Penekanan rahim pada vena cava inferior menghambat aliran balik darah ke jantung (venous return).	• Hindari duduk atau berdiri terlalu lama. • Ganjal kaki dengan bantal agar posisinya lebih tinggi dari jantung saat berbaring.
Trimester III (28 – 40 Minggu)	Wasir / Ambeien	Tekanan rahim pada pembuluh darah rektum bawah yang diperparah oleh riwayat sembelit kronis.	• Cegah konstipasi dengan serat tinggi dan banyak air. • Hindari mengejan berlebihan saat BAB. • Kompres dengan air dingin.
Trimester III (28 – 40 Minggu)	Perut Kencang (Kontraksi Palsu)	Kontraksi Braxton Hicks sebagai mekanisme otot rahim mulai berlatih menghadapi persalinan.	• Istirahat cukup atau ubah posisi tubuh. • Minum segelas air hangat. • Lakukan relaksasi napas dalam.

Sumber : Kementerian Kesehatan RI (2020).

2.1.7 **Standar Pelayanan *Antenatal Care* (ANC) Terpadu**

Antenatal Care (ANC) terpadu mencerminkan asuhan kesehatan secara menyeluruh dan berstandar mutu tinggi yang ditujukan kepada setiap ibu hamilKementerian Kesehatan Republik Indonesia menetapkan standar pelayanan asuhan kehamilan yang awalnya dikenal dengan standar

12T untuk mengakomodasi kebutuhan ibu hamil di wilayah khusus (Kemenkes RI, 2020).

1. Mengukur timbang BB dan TB

   Evaluasi pertambahan bobot tubuh pasien ditujukan guna menapis risiko masalah gizi, sementara penimbangan tinggi badan dikerjakan satu kali pada awal kunjungan untuk mengidentifikasi potensi panggul sempit apabila tinggi badan ibu di bawah 145 cm.

2. Tekanan Darah

   Mendeteksi secara dini adanya hipertensi dalam kehamilan (tekanan darah sama dengan atau lebih dari 140/90 mmHg) yang bisa mengarah pada preeklampsia atau eklampsia.

3. Status Gizi (Ukur LILA)

   Pengukuran LiLA ditujukan untuk identifikasi status gizi buruk/KEK. Ambang batas LiLA kurang dari 23,5 cm mengindikasikan KEK yang berpotensi memicu kejadian BBLR pada bayi baru lahir.

4. Tinggi Fundus Uteri (TFU)

   memanfaatkan pita ukur tatkala memasuki usia gestasi di atas 20 minggu untuk memonitoring serta memastikan bahwa perkembangan dan pertumbuhan janin berjalan secara optimal sesuai dengan usia kehamilan atau ada indikasi makrosomia/IUGR.

5. Presentasi Janin & DJJ

   Mengetahui letak dan presentasi janin (apakah kepala, sungsang, atau lintang) serta memantau vitalitas janin melalui Pemeriksaan DJJ

dengan standar acuan nilai normal denyut jantung janin tercatat berada pada interval 120 sampai 160 detak per menit

6. Skrining & Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid (TT)

   Melakukan skrining status imunisasi Tetanus Ibu. Jika belum lengkap, diberikan suntikan vaksin TT sesuai statusnya untuk mencegah infeksi neonatus yang dapat mengancam keselamatan bayi baru lahir.

7. Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD)

   Setiap ibu hamil dipersyaratkan menerima dan mengonsumsi suplementasi Tablet Tambah Darah (TTD) sekurang-kurangnya 90 tablet sepanjang periode kehamilan. Program ini ditujukan untuk meminimalkan risiko anemia defisiensi besi yang berpotensi menjadi faktor presipitasi terjadinya perdarahan pascapersalinan

8. Tes Laboratorium

   Skrining laboratorium esensial bagi ibu hamil mencakup pemeriksaan kadar Hemoglobin (Hb), penentuan golongan darah dan rhesus, serta pemeriksaan triple eliminasi untuk mendeteksi penularan vertikal HIV, Sifilis, dan Hepatitis BPemeriksaan tambahan seperti protein urine dilakukan jika ada indikasi.

9. Tatalaksana / Penanganan Kasus

   Jika ditemukan masalah atau kelainan dari hasil pemeriksaan 1 sampai 8, bidan akan memberikan penanganan langsung sesuai wewenang atau segera merujuk pasien ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi.

10. Temu Wicara (Konseling)

    Sesi KIE) secara interpersonal mencakup KB pascapersalinan, tanda bahaya kehamilan, serta pengisian amanat persalinan di buku KIA (P4K).

11. Tindakan USG

    Pemeriksaan kondisi ibu dan janin pada usia kehamilan, pertumbuhan janin, letak plasenta dan kelainan.

12. Tes Skrining Kesehatan Jiwa

    Untuk mendeteksi masalah psikologi ibu seperti kecemasan,stress, deprrsi.

2.1.8 Porsi Makan dan Minum Ibu Hamil Untuk Kebutuhan Sehari Hari

Berikut adalah tabel porsi makanan dan minuman harian bagi ibu hamil untuk Trimester I (12 minggu pertama) dan Trimester III (12–40 minggu) yang diketik rapi sesuai panduan resmi Kementerian Kesehatan RI.

Tabel 2.4 takaran konsumsi makanan serta cairan bagi perempuan hamil dalam keseharian

Jenis Makanan	**12 Minggu Pertama (Trimester I)**	**12 – 40 Minggu (Trimester II & III)**	**Keterangan per Porsi**
Nasi atau Makanan Pokok	5 porsi	6 porsi	• 100 g atau 3/4 gelas nasi • 125 g atau 3 buah jagung sedang • 210 g atau 2 kentang sedang • 120 g atau 1/2 potong singkong

			• 70 g atau 3 iris roti putih • 200 g atau 2 gelas mie basah
Protein Hewani (Ikan, Telur, Ayam, dll.)	4 porsi	4 porsi	1 potong sedang ikan (bobot ±50 gram). 1 butir telur ayam (bobot ±55 gram).
Protein Nabati (Tempe, Tahu, dll.)	4 porsi	4 porsi	1 potong sedang tempe (bobot ±50 gram). dua potong berukuran sedang sumber protein nabati (tahu) (bobot ±100 gram).
Sayuran	4 porsi	4 porsi	1 mangkuk sayuran olahan matang tanpa kuah (bobot ±100 gram).
Buah-buahan	4 porsi	4 porsi	1 potong sedang pisang (bobot ±100 gram). 1 potong besar pepaya (bobot 100–190 gram).
Minyak/Lemak	5 porsi	5 porsi	• 1 sendok teh minyak/lemak (bobot ±5 gram) yang berasal dari proses menggoreng, menumis, atau penggunaan mentega, kemiri, serta santan. Kelompok lemak/minyak meliputi santan dan penggunaan minyak pada olahan makanan yang digoreng, ditumis, atau dimasak bersama santan

Gula	2 porsi	2 porsi	1 sendok makan gula (bobot ±10 gram) yang berasal dari kue manis, teh manis, maupun hidangan pemanis tambahan lainnya

Sumber : Buku KIA Kemenkes (2024)

Menganjurkan pembatasan penggunaan garam dapur tidak lebih dari satu sendok teh per hari, serta mewajibkan hidrasi optimal dengan meminum .anjuran kuantitas cairan berupa air putih sebanyak 8–12 gelas dalam kurun waktu sehari

2.2 **Konsep Persalinan**

2.2.1 Defenisi Persalinan

Persalinan didefinisikan sebagai mekanisme proses ekspulsi produk konsepsi—yang mencakup janin, plasenta, serta selaput ketuban—dari dalam kavum uteri melalui jalur lahir. Rangkaian fisiologis ini diawali dengan pendataran (*effacement*) dan dilatasi serviks yang distimulasi oleh kontraksi miometrium secara ritmik, baik dari segi frekuensi, durasi, maupun intensitasnya. Intensitas his tersebut berkembang secara bertahap dari skala ringan hingga mencapai puncaknya pada pembukaan lengkap, yang memungkinkan ekspulsi janin serta diakhiri dengan pelepasan seluruh plasenta (Herlina, 2025)

Persalinan ditandai dengan proses pematangan, penipisan (*effacement*), dan pembukaan (*dilatasi*) serviks yang diiringi penurunan janin ke dalam lintasan jalan lahir. Berdasarkan mekanismenya, persalinan dibedakan menjadi persalinan anjuran/induksi apabila dimatangkan melalui stimulasi khusus, persalinan buatan dengan

intervensi/alat, serta persalinan spontan/normal jika berlangsung tanpa hambatan maupun komplikasi. Adapun istilah kelahiran merujuk pada peristiwa terekspulsinya janin dan selaput ketuban dari rahim melalui jalan lahir, baik secara alami maupun bantuan (Salnesia, 2024)

2.2.2 Tujuan Persalinan

Keberhasilan kelangsungan hidup serta optimalisasi kesehatan ibu beserta bayi diupayakan melalui penerapan Asuhan Persalinan Normal (APN) berbasis pendekatan pelayanan yang terpadu dan komprehensif, dengan meminimalkan intervensi medis invasif guna mempertahankan standar mutu serta keselamatan yang ideal. Berdasarkan prinsip ini, seluruh bentuk tindakan klinis yang diterapkan dalam APN wajib memiliki dasar rasionalisasi dan bukti ilmiah (evidence-based practice) yang kuat demi menjamin kelancaran serta keberhasilan proses persalinan (Pekabanda *et al.*, 2023).

2.2.3 Tanda-Tanda Persalinan

Gejala klinis yang menandai mulainya kala persalinan antara lain

a. **Timbulnya Kontraksi Uterus (His Persalinan)**

2) Sensasi nyeri bermula dari area lumbal/pinggang yang menjalar hingga ke dinding perut depan.
3) Berlangsung secara ritmis dan teratur, dengan interval waktu yang kian memendek serta intensitas yang bertambah kuat
4) Frekuensi dan intensitas kontraksi semakin meningkat apabila ibu melakukan aktivitas fisik (seperti mobilisasi/jalan kaki).

- Timbulnya kontraksi uterus (his persalinan) memicu berbagai perubahan struktural pada serviks yang kemudian bermanifestasi menjadi:
  1) Proses penipisan dan pembukaan servikalis.
  2) Terlepasnya sumbat lendir (*mucus plug*) akibat pembukaan jalan lahir
  3) Rupturnya pembuluh darah kapiler serviks yang menimbulkan sedikit perdarahan bercampur lendir.karena kapiler pembuluh darah pecah.

c. Hasil pemeriksaan dalam
  1) konsistensi porsio/serviks teraba lunak
  2) Terjadinya pemendekan atau pendataran serviks (*effacement*).
  3) Peningkatan diameter pembukaan serviks (*dilatation*)

2.2.4 Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

a. Passage (Jalan Lahir)

Komponen Saluran persalinan secara garis besar diklasifikasikan menjadi dua: jalan lahir yang terbagi menjadi bagian keras dan bagian lunak. Aspek krusial pada struktur jalan lahir keras mencakup morfolofi serta dimensi ukuran tulang panggul. Sementara itu, jalan lahir lunak terdiri atas segmen bawah rahim (SBR) yang memiliki daya renggang, komserviks uteri, musculature lantai panggul, kanalis vaginalis, beserta introitus vagina

b. Power (Tenaga atau kekuatan)

Elemen kekuatan dalam persalinan terbagi menjadi dua kategori

1) Kekuatan primer (involuntary contractions)

Kekuatan primer berupa kontraksi involunter yang gelombangnya berawal dari segmen atas uterus lalu menyebar ke segmen bawah lalu menjalar ke bagian bawah. Karakteristik kontraksi ini diukur berdasarkan frekuensi, durasi, dan intensitas, yang berperan penting dalam memicu penipisan (*effacement*) serta pembukaan (*dilatasi*) serviks guna mendorong desensus janin.

2) Kekuatan sekunder (kontraksi volunter) Dihasilkan dari kontraksi aktif otot abdomen dan diafragma ibu yang meningkatkan tekanan intraabdomen. Tekanan ini memberikan dorongan tambahan pada uterus dari segala arah untuk melahirkan janin.

c. Passenger (janin dan plasenta)

Objek yang melalui jalan lahir meliputi janin beserta plasenta. Evaluasi terhadap janin berfokus pada dimensi kepala, presentasi, letak (*situs*), sikap (*habitus*), serta posisi janin.

d. Respon Psikologi (Psychology Response)

Kondisi emosional ibu menjelang dan saat persalinan kerap didominasi rasa cemas dan kecemasan, khususnya pada primigravida yang belum memiliki pengalaman melahirkan.

Kesiapan mental dan pendampingan yang tepat sangat dibutuhkan, mengingat kecemasan berlebih dapat memperberat persepsi nyeri.

e. Penolong

Peran penolong persalinan berfokus pada deteksi dini, pencegahan, serta penatalaksanaan komplikasi maternal maupun neonatal. Keberhasilan penanganan ini amat bergantung pada kompetensi, ketepatan, dan kesiapan tenaga kesehatan.

2.2.5 Fisiologi Persalinan

a. Mekanisme Fisiologis Persalinan Kala I

1. Dinamika hormonal (Bernal, 2023)

1) Pelepasan kortikotropin

Masa gestasi umumnya memiliki durasi kehamilan sekitar 38 minggu pasca-fertilisasi, dengan variasi yang relatif konstan lintas etnis. Penentuan waktu persalinan pada manusia sangat dipengaruhi oleh maturasi serta fungsi plasenta, terutama ekspresi gen *corticotropin-releasing hormone* (CRH) oleh organ plasenta.

2) Cortikotropin releasing hormon (CRH) Maternal

Sejumlah studi membuktikan adanya korelasi signifikan antara konsentrasi CRH plasenta dalam sirkulasi darah ibu dengan determinasi onset waktu persalinan.

3) Aktivasi miometrium

Fase krusial dalam persalinan ditandai oleh pelepasan dan aktivasi kompleks protein kontraktil. Keberadaan protein ini memicu transisi jaringan miometrium—yang semula berada dalam kondisi relaksasi sepanjang masa kehamilan—menjadi ritme kontraksi yang kuat untuk mendorong janin melintasi kanalis servikalis

2. Kontraksi Uterus

Dinamika uterus dievaluasi berdasarkan frekuensi, amplitudo (intensitas), dan durasi kontraksi. Secara umum, kontraksi terjadi setiap 2–5 menit dan frekuensinya meningkat menjadi 2–3 menit pada akhir kala I hingga kala II persalinan. Efektivitas kontraksi yang ritmis mendorong desensus janin ke dalam panggul serta memicu penipisan (*effacement*) dan pembukaan (*dilatasi*) serviks.

1. Perubahan serviks

Maturasi atau pelunakan serviks merupakan fase krusial dalam inisiasi persalinan. Momen ini ditandai oleh infiltrasi sel-sel inflamasi ke dalam jaringan serviks serta aktivasi enzim *matrix metalloproteinase* (MMP) yang menguraikan matriks kolagen, sehingga merestrukturisasi serviks menjadi lebih elastis.

2. Penipisan

Penipisan (pemendekan) dan pembukaan (*dilatasi*) serviks berlangsung secara berdampingan dengan laju yang bervariasi. Sebelum persalinan, serviks berbentuk silindris dengan panjang

sekitar 2 cm. Tekanan akibat kontraksi uterus menarik serviks ke atas seraya mendorong janin ke bawah. Tingkat penipisan serviks diukur dalam bentuk persentase (0–100%).

3. Pelebaran

   Gaya tarik uterus ke atas yang dikombinasikan dengan dorongan janin ke bawah menyebabkan pembukaan kanalis servikalis secara bertahap. Tingkat dilatasi diukur dalam satuan sentimeter (cm) hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm), yang memungkinkan presentasi janin melewati jalan lahir.

4. Sistem kardiovaskular

   Saat uterus berkontraksi, alir darah ke utero-plasenta berkurang sehingga volume darah sistemik ibu meningkat secara relatif. Perubahan hemodinamik ini memicu kenaikan ringan pada tekanan darah serta penurunan frekuensi nadi (bradikardia relatif). Oleh sebab itu, pengukuran tanda-tanda vital ibu paling akurat dilakukan di antara interval kontraksi.

5. Sistem Pencernaan

   Motilitas dan masa pengosongan lambung mengalami penurunan signifikan selama persalinan. Pemberian asupan glukosa berlebih atau gula murni perlu dihindari guna mencegah timbulnya risiko hipoglikemia pasca-salin pada bayi akibat terhentinya pasokan glukosa secara mendadak.

6. Sistem kemih

Sensivitas dan fungsi eliminasi urin kerap menurun akibat intensitas kontraksi rahim maupun pengaruh analgesia regional. Keadaan kandung kemih yang terisi penuh (*distensi vesika urinaria*) dapat menyempitkan ruang panggul sehingga menghambat penurunan bagian terendah janin

7. Sistem hematopoietic

   Estimasi perdarahan fisiologis pada persalinan pervaginam berada pada kisaran ±500 ml. Selama masa kehamilan hingga fase intrapartum dan postpartum, kadar faktor pembekuan darah (terutama fibrinogen) mengalami hiperkoagulasi adaptif untuk meminimalkan risiko perdarahan hebat.

2) Fisiologi Persalinan Kala II

Fase kedua persalinan (*Kala II*) bermula ketika serviks telah mengalami pembukaan secara utuh atau mencapai dilatasi penuh seluas 10 cm. disertai penipisan (*effacement*) 100%, dan diakhiri dengan proses kelahiran seluruh tubuh bayi. Dinamika Kala II terbagi menjadi dua fase utama.

2. Fase laten/Pasif/ Descent

   Pada Fase ini berlangsung sebelum munculnya dorongan mengejan secara volunter/ekspulsif. Pada tahap ini, terjadi penurunan (*desensus*) bagian terendah janin secara bertahap melintasi jalan

lahir, yang disertai dengan gerakan fleksi dan rotasi interna (putaran paksi dalam).

3. Fase Aktif

   Fase aktif ditandai oleh indikator klinis sebagai berikut

   1) Penampakan bagian terendah janin di introitus vagina.
   2) kemunculan kontraksi ekspulsif yang disertai laju dilatasi serviks yang maksimal
   3) timbulnya dorongan kuat pada ibu untuk meneran keinginan ibu meneran
   4) tercapainya pembukaan serviks secara penuh meskipun kontraksi ekspulsif belum sepenuhnya dominan. .

3) Fisiologis Persalinan Kala III

   Fase ketiga persalinan (fase pengeluaran plasenta) bermula dari lahirnya neonatus secara utuh hingga pengeluaran lengkap plasenta beserta membran ketubannya terlepas. Tanda-tanda pelepasan plasenta secara fisiologis meliputi empat indikator :

   a. Bentuk Perubahan bentuk uterus menjadi lebih cembung/globular.

   b. Terjadinya pemanjangan tali pusat

   c. Timbulnya semburan darah dengan spontan dari jalan lahir.

   d. Pergeseran posisi TFU menjadi lebih tinggi akibat plasenta turun ke segmen bawah rahim.

   Pascapersalinan bayi, terjadi penurunan kadar estrogen yang drastis yang memicu penyempitan kembali kanalis servikalis. Risiko utama

Kala III adalah perdarahan postpartum, yang dapat diminimalkan secara signifikan melalui penerapan Manajemen Aktif Kala III (MAK III).

4) Fisiologi Persalinan Kala IV

Fase kala IV mencakup periode pengawasan klinis ketat pasca-persalinan uri yang berdurasi 1–2 jam atau hingga 4 jam pascapersalinan. Fase ini dikenal sebagai **fase stabilisasi**, di mana uterus berkontraksi secara adekuat guna menghentikan perdarahan dan memulai proses involusi uteri.

Dari aspek hormonal, pascapersalinan kadar hormon prolaktin akan menyesuaikan dengan stimulasi isapan bayi. Apabila ibu segera menyusui, hormon prolaktin akan terstimulasi secara optimal untuk memicu produksi ASI (*laktogenesis*). (Sitepu, Yulianti and Furwasyih, 2024)

2.2.6 Mekanisme Persalinan Normal

Proses persalinan didukung oleh serangkaian penyesuaian posisi janin secara dinamis terhadap ukuran panggul ibu saat melewati kanalis servikalis dan rongga panggul, yang terdiri atas beberapa tahapan berurutan:

a. Penurunan kepala

Khusus pada ibu primigravida tancap kepala (*engagement*) peristiwa masuknya bagian terendah janin (*engagement*) menuju PAP biasanya berlangsung pada minggu-minggu akhir gestasi, sedangkan pada multigravida sering kali baru berlangsung menjelang atau saat onset persalinan. Kepala janin biasanya memasuki PAP dalam posisi

Letak sutura sagitalis mendatar dengan fleksi ringan, di mana orientasi masuknya kepala terbagi menjadi dua kondisi:

1) Asinklitismus posterior: Pergeseran letak sutura sagitalis mengarah ke dekat simfisis pubis, yang berakibat pada posisi bagian posterior dari os parietal memiliki posisi yang lebih inferior daripada bagian anteriornya
2) Asinklitismus anterior : Kondisi di mana sutura sagitalis mengalami deviasi mendekati promontorium, sehingga segmen tulang parietal anterior menduduki posisi yang lebih inferior dibandingkan dengan parietal posterior

b. Fleksi: Memasuki awal proses persalinan

Seiring dengan desensus bagian terbawah janin berupa bagian kepala, hambatan atau presi dari jaringan serviks, dinding pelvis, dan dasar panggul memicu gerakan fleksi yang lebih kuat. Dampaknya, diameter suboksipitobregmatika (berukuran 9,5 cm) mengambil alih kedudukan diameter suboksipitofrontalis (berukuran 11 cm) sebagai ukuran terbesar yang melintasi jalan lahir.

c. Rotasi dalam (Putar paksi dalam)

Mekanisme putaran paksi dalam adalah proses berputarnya bagian terbawah janin agar posisinya berorientasi ke anterior di bawah arkus pubis. Terutama pada kasus presentasi belakang kepala, penunjuk berupa UUK berotasi menuju segmen anterior di bawah simfisis..

d. Ekstensi

Saat kepala mencapai dasar panggul dan UUK terletak tepat di inferior simfisis pubis kepala melakukan gerakan ekstensi. Area suboksiput bertindak sebagai titik tumpu (*hipomoklion*) di bawah arkus pubis, memungkinkan lahirnya bagian-bagian wajah secara berurutan melintasi pada area perineum meliputi UUB, dahi, batang hidung, rongga mulut, hingga bagian dagu

e. Rotasi luar

Selepas kelahiran bagian kepala terjadi restitusi di mana kepala memutar kembali sejajar dengan posisi punggung janin guna melonggarkan regangan pada area leher yang timbul akibat putaran paksi dalam. Di dalam rongga panggul, diameter bisakromial (bahu) memutar ke posisi anteroposterior pada pintu bawah panggul, yang diimbangi oleh gerakan putaran paksi luar kepala hingga UUK menghadap ke arah tuber iskhiadikum

f. Ekspulsi

Pasca-rotasi eksternal, bahu bagian anterior menempati posisi di inferior simfisis pubis serta berperan sebagai titik tumpu (*hipomoklion*) kedua untuk melahirkan bahu belakang melintasi perineum. bagian tubuh bayi lainnya akan menyusul keluar secara keseluruhan tanpa hambatan berarti hingga fase ekspulsi bayi selesai badan dan ekstremitas janin dilahirkan secara luwes mengikuti kurva sumbu jalan lahir (kurva Carus).

2.3 Konsep Dasar Nifas

2.3.1 Defenisi Masa Nifas

Periode nifas didefinisikan sebagai fase transisi fisiologis yang diawali tepat setelah pelepasan plasenta dan diakhiri ketika struktur organ reproduksi mengalami proses pemulihan (involusi) kembali ke keadaan semula seperti sebelum masa kehamilan. Periode ini umumnya berlangsung selama kurun waktu enam minggu atau kurang lebih 42 hari(Dewi, 2024).

Sepanjang masa puerperium, terjadi berbagai adaptasi fisiologis dan psikologis yang signifikan, yang mencakup involusi uteri, pematangan proses laktasi, penyesuaian sistem organ tubuh, serta adaptasi peran psikis ibu. (Anggraini, 2022)

2.3.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas

Secara umum Adapun tujuan utama pelaksanaan asuhan masa nifas mencakup (Indriyani, Sari and Herawati, 2023) :

a) Memelihara kesejahteraan ibu dan bayi secara lahir batin.

b) Pendeteksian dini pada masalah, penyakit, serta komplikasi postpartum.

c) Memberikan KIE kepada ibu dan pihak keluarga mengenai tata cara pemeliharaan kesehatan masa nifas serta pemenuhan kebutuhan dasar bayi baru lahir secara tepat..

d) Memelihara serta meningkatkan derajat kesehatan ibu dan neonatal melalui pendekatan keluarga terintegrasi, yang melibatkan partisipasi aktif ibu, suami, dan anggota keluarga.

e) Menyelenggarakan pelayanan Keluarga Berencana (KB Pasca-Salin) secara dini pascapersalinan guna merencanakan jarak antar-kehamilan secara terstruktur serta menghindari risiko kehamilan yang tidak direncanakan melalui penggunaan kontrasepsi yang efektif (*Unintended Pregnancy*).

2.3.3 Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Rangkaian intervensi dan pelayanan pada ibu pada periode pascapersalinan didefinisikan sebagai bentuk asuhan kesehatan komprehensif dan terintegrasi yang ditujukan kepada ibu beserta bayi baru lahir, mulai dari kurun waktu 6 jam hingga 42 hari pascapersalinan (Indriyani, Sari, & Herawati, 2023). Pemantauan ini diwujudkan melalui Kunjungan Nifas (KF) dengan frekuensi minimal empat kali pertemuan, di mana pemeriksaan terhadap ibu dan neonatal dilaksanakan secara bersamaan/simultan (Indriyani, Sari and Herawati, 2023).

a) Kunjungan satu (KF 1)

Rentang Waktu 6 Jam – 48 Jam Pascapersalinan.

1) Pencegahan Perdarahan Primer: Mencegah terjadinya perdarahan pascasalin akibat atonia uteri.

2) Mengidentifikasi serta mengelola penyebab perdarahan lainnya, serta melakukan prosedur rujukan apabila perdarahan tetap berlanjut.

3) Memberikan edukasi terkait tindakan awal penanganan perdarahan akibat atonia.Menyusui dini.

4) Memfasilitasi dan mendorong pemberian ASI sedini mungkin.

5) Menempatkan ibu dan bayi dalam satu ruangan guna mempererat ikatan (*bonding attachment*).

6) Mencegah penurunan suhu tubuh bayi dan menjaga termoregulasi neonatal agar tetap stabil.

b) Kunjungan kedua (KF 2)

Rentang Waktu kunjungan pada hari Hari ke-3 hinga Ke-7 Pascapersalinan

1) Memastikan proses involusi berjalan fisiologis (kontraksi uterus adekuat/terasa keras, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, serta pengeluaran lokhia normal dan tidak berbau busuk).
2) Menapis adanya tanda-tanda perdarahan abnormal, febris (demam), atau penyulit infeksi puerperalis.
3) Memastikan kecukupan asupan nutrisi, hidrasi, serta pemenuhan waktu istirahat maternal.
4) Memastikan teknik dan proses menyusui berjalan lancar tanpa penyulit/komplikasi pada payudara.
5) Memberikan bimbingan seputar perawatan harian bayi, perawatan kebersihan umbilikus dan pencegahan hipotermia pada bayi baru lahir

c) Kunjungan ketiga (KF 3)

Periode hari ke8 hingga ke28 pascakelahiran.

1) Memastikan involusi uteri berlanjut normal (kontraksi teraba keras, TFU makin mengecil di bawah umbilikus, serta karakter lokhia tidak berbau abnormal).

2) Memeriksa timbulnya potensi infeksi pascasalin, perdarahan sekunder, atau gejala demam.

3) Memastikan ketercukupan gizi seimbang dan masa istirahat ibu tercukupi dengan baik.

4) Memastikan status kesehatan maternal secara menyeluruh bebas dari tanda-tanda komplikasi nifas.

5) Memperkuat pemahaman ibu mengenai perawatan harian neonatal, higienitas tali pusat, serta pencegahan hipotermia.

d) Kunjungan keempat (KF 4)

Fase penutup asuhan puerperium antara rentang waktu hari kesembilan belas pascakelahiran sampai dengan hari ke-42 pospartum

1) Menggali riwayat atau penyulit kesehatan yang dirasakan maternal maupun neonatus selama masa pemulihan pascapersalinan.

2) Pelaksanaan komunikasi interpersional berupa edukasi dan bimbingan konseling pemilihan metode kontrasepsi sejak dini

3) Memberikan bimbingan kesehatan reproduksi terkait pemulihan dan kesiapan hubungan suami istri pascamelahirkan.

4) Memantau perubahan dan tahapan pengeluaran lokhia hingga masa nifas berakhir.

Kontak pertama (KF 1) diselenggarakan di sarana pelayanan kesehatan formal, adapun pemantauan lanjutan nifas (KF 2 hingga KF 4) dapat difasilitasi lewat kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan dilaksanakan melalui kunjungan rumah (*home visit*) oleh tenaga bidan (Indriyani, Sari, & Herawati, 2023).

2.3.4 Tahapan Masa Nifas

Periode pascapersalinan (*puerperium*) terbagi ke dalam tiga tingkatan tahapan fisiologis pemulihan, yaitu:

a. Early puerperium, adalah waktu 0-24 jam pasca persalinan.

   Fase awal yang berlangsung pada kurun waktu 0 hingga 24 jam pascamelahirkan. Pada fase kritis ini, ibu nifas sudah diperbolehkan terkait pentingnya melakukan pergerakan awal seperti bangun dari tempat tidur, berdiri, dan berjalan kaki secara bertahap.

b. Immediate puerperium, yaitu waktu 1-7 hari

   Masa transisi pemulihan awal yang membentang dalam kurun waktu minggu pertama pascaintervensi persalinan pascapersalinan. Pada periode ini, pemulihan fungsi serta anatomi organ-organ reproduksi (*involusi uteri*) mulai berlangsung intensif dan membutuhkan waktu hingga 6 minggu untuk kembali ke keadaan semula.

c. *Late puerperium* (puerperium lanjut), yakni rentang waktu minggu kedua hingga minggu keenam pascapersalinan

   Masa Interval pemulihan lanjutan berlangsung antara 1 hingga 6 minggu pascapersalinan. Periode ini dibutuhkan oleh tubuh

maternal untuk memulihkan kebugaran secara optimal, di mana durasi pemulihan total hingga sehat sempurna dapat bervariasi dari beberapa minggu, bulan, bahkan hitungan tahun tergantung kondisi klinis pasien.

2.3.5 Adaptasi Fisiologi Masa Nifas

Selama berlangsungnya periode puerperium, struktur anatomis sistem genitalia baik bagian internal maupun eksternal secara berangsur-angsur melewati proses regresif menuju kondisi pra-kehamilan. Salah satu adaptasi fisiologis yang signifikan meliputi (Kasmiati, 2023):

a. Perubahan Sistem Reproduksi

Pasca-ekspulsi plasenta, miometrium mengalami kontraksi dan retraksi secara intensif sehingga konsistensi uterus teraba keras dengan TFU teraba kira-kira setinggi 3 jari di bawah pusat (*umbilikus*). Selanjutnya, dimensi uterus berkurang secara progresif; pada hari ke-10 pascapersalinan, fundus uteri sudah tidak terpalpasi melalui pemeriksaan abdomen luar. Setelah memasuki minggu ke-6, ukuran dan bobot uterus kembali seperti keadaan sebelum hamil

(1) Involusi rahim

Pasca-ekspulsi plasenta, miometrium berkontraksi dan beretraksi kuat sehingga uterus menjadi organ yang padat dan keras. Fundus uteri teraba kurang lebih 3 jari inferior pusat. Dalam kurun waktu 48 jam ke depan, proses pengecilan uterus berlangsung pesat; pada hari ke-10 organ ini sudah tidak teraba di atas simfisis (*tidak teraba dari*

luar). Selepas enam minggu pospartum, uterus telah kembali pada ukuran fisiologis sebelum gestasiInvolusi tempat plasenta

Area bekas tempat implantasi plasenta sesaat setelah persalinan menunjukkan tekstur yang teraba kasar, permukaan tidak rata, serta mempunyai dimensi luasan kurang lebih setara dengan telapak tangan. Proses penyembuhan luka berlangsung cepat: berdiameter dengan estimasi tinggi sekitar 3–4 cm menjelang minggu kedua nifas, lalu menyusut menjadi 1–2 cm pada penghujung masa puerperium.

b. Perubahan pembuluh darah rahim

Pada masa gestasi, uterus mendapatkan vaskularisasi yang sangat masif. Pascapersalinan, kebutuhan aliran darah tinggi tersebut menurun secara drastis, sehingga diameter serta lumen pembuluh darah arteri uterus mengalami konstriksi dan penyempitan bertahap (*atropia vaskular*)

c. Perubahan pada serviks dan vagina

Pada awal masa pascakelahiran, bagian ostium uteri masih membuka lebar eksternum (OUE) masih dapat dilalui oleh 2 jari dengan tepi serviks yang tidak rata akibat laserasi fisiologis persalinan. Penurunan kadar estrogen pascapersalinan memicu penipisan lapisan mukosa vagina meratanya dinding saluran reproduksi tersebut akibat hilangnya lipatan (*rugae*). truktur vagina yang sempat meregang secara maksimal pada proses persalinan berangsur-angsur akan pulih dan kembali mendekati dimensi normal seperti sebelum pra-kehamilan dalam rentang waktu 6–8 minggu postpartum.

d. Perubahan pada cairan vagina (lochia)

Proses involusi diiringi oleh pengeluaran sekret servikovaginal yang disebut *lochia*, dengan klasifikasi perkembangan fisiologis dan patologis sebagai berikut :

(1) Lochia Rubra (Cruenta)

Berwarna merah segarmengandung campuran darah, fragmen membran amnion, dan jaringan desidua berlangsung pada hari ke-1 hingga ke-2 pascapersalinan..

(2) Lochia Sanguinolenta

Menampilkan karakteristik warna kemerahan bercampur corak kekuningan, tersusun atas kombinasi cairan darah serta mukus, serta keluar pada rentang waktu hari ketiga sampai hari ketujuh pascapersalinan.

(3) Lochia Alba

Berwarna kuning atau kecokelatan tanpa kandungan darah segar; Berlangsung terhitung mulai hari ketujuh sampai hari keempat belas pascakelahiran. Kondisi klinis ini mengindikasikan adanya proses infeksi pada saluran reproduksi, yang ditandai dengan keluarnya sekresi purulen menyerupai nanah serta memancarkan aroma tidak sedap (berbau busuk).

(4) Lochiotosis : Lochia tidak lancer keluarnya

Berwarna putih keabuan atau jernih; berlangsung setelah minggu kedua (hari ke-14+) hingga akhir masa nifas.

5) ***Lochia Purulenta:***

Kondisi patologis akibat infeksi puerperalis, ditandai pengeluaran sekret seperti nanah dan berbau busuk (*fotor*).

6) ***Lochiostasis:***

Kondisi terhambatnya atau ketidaklancaran pengeluaran cairan *lochia* dari cavum uteri.

a. Perubahan Sistem Perkemihan

Kandung kemih pada periode awal postpartum mengalami penurunan sensitivitas saraf dan peningkatan kapasitas penampungan urine (diuresis nifas mencapai 3.000 ml/hari pada hari ke-2 hingga ke-5). Kondisi distensi kandung kemih, residu urine, serta trauma dinding vesika urinaria saat persalinan meningkatkan risiko infeksi saluran kemih (ISK). Sekitar 30–60% wanita juga berisiko mengalami inkontinensia urine sementara pada fase postpartum..

b. Perubahan Musculoskletal

Otot-otot miometrium berkontraksi adekuat segera setelah ekspulsi plasenta untuk menjepit pembuluh darah di antara anyaman otot, sehingga efektif menghentikan perdarahan primer. Secara eksternal, dinding abdomen masih tampak menonjol menyerupai kondisi hamil pada hari pertama, lalu relaksasi dinding perut bertahap terjadi dalam 2 minggu dan memerlukan waktu sekitar 6 minggu untuk pulih sepenuhnya.

c. Perubahan Endokrin

Penurunan mendadak hormon plasenta (estrogen dan progesteron) pascapersalinan menstimulasi sekresi prolaktin, yang merangsang sintesis ASI pada hari ke-3 nifas. Pada ibu non-menyusui, kadar prolaktin kembali ke garis dasar dalam 2 minggu. Selanjutnya, sekresi lonjakan kadar hormon FSH (*Follicle-Stimulating Hormone*) dan LH (*Luteinizing Hormone*) mulai mengalami peningkatan signifikan pada minggu ketiga pascakelahiran untuk memulihkan fungsi ovarium. Kembalinya siklus menstruasi sangat dipengaruhi oleh pola laktasi, di mana menarke pertama pascasalin umumnya bersifat *anovulasi* akibat kadar estrogen dan progesteron yang masih terbatas. .

d. Perubahan Kardiovaskuler

a) Suhu Badan

"sepanjang hari pertama postpartum, suhu tubuh ibu dapat mengalami kenaikan ringan hingga 37,5–38,0 °C yang dipicu oleh proses kegiatan fisik persalinan, kelelahan, dan dehidrasi. Suhu tubuh biasanya meningkat kembali secara fisiologis pada hari ke-3 nifas seiring dengan proses *engorgement* (pembengkakan payudara/produksi ASI..

b) Nadi

frekuensi laju nadi dasar orang dewasa umumnya berdenyut 60–80 kali per menit. Selepas melahirkan, kondisi hemodinamik nifas dapat memicu perubahan denyut nadi sedikit meningkat; frekuensi nadi yang konsisten di atas 100 kali/menit (*takikardia*) menandakan adanya indikasi patologis seperti pendarahan.

c) Tekanan Darah

Secara umum berada dalam batas stabil. Penurunan tekanan darah signifikan dapat dipicu oleh komplikasi pendarahan, sedangkan peningkatan sistolik/diastolik mengarah indikasi preeklamsia masa nifas.

e. Perubahan Hematologi

Selama proses persalinan hingga awal nifas, terjadi leukositosis fisiologis disertai peningkatan jumlah sel darah putih hingga 15.000/mm³ (bahkan 25.000–30.000/mm³ pada persalinan kasep tanpa tanda infeksi). Batas toleransi kehilangan darah fisiologis adalah ≤500 ml pada persalinan pervaginam, ≤1.000 ml pada *Sectio Caesarea*, dan ≤1.500 ml pada tindakan histerektomi. Volume darah intravascular kembali ke kisaran normal dalam 3 minggu, sedangkan kadar hemoglobin pulih bertahap dalam 4–6 minggu postpartum.

2.3.6 Adaptasi Psikologi Masa Nifas

Dinamika psikologis memegang peranan krusial selama periode pascapersalinan. Keadaan emosional ibu nifas cenderung menjadi lebih rentan dan sensitif, sehingga dukungan serta pemahaman dari lingkungan keluarga terdekat sangat dibutuhkan. Kehadiran anggota keluarga baru memperbesar

tanggung jawab domestik, di mana perhatian dan motivasi dari keluarga menjadi stimulasi positif dalam proses adaptasi ibu (Dewi, 2024).

Dalam melampaui transisi psikologis pascapersalinan, seorang ibu akan melewati tiga tahapan adaptasi (*Rubin's Postpartum Adaptation Phases*):

1) Fase Taking In

   Tahap awal yang berlangsung selama 1–2 hari pascapersalinan. Pada fase ini, pemenuhan kebutuhan diri serta pengolahan pengalaman persalinan menjadi fokus utama ibu, di mana ia secara berulang mengisahkan kembali pengalaman melahirkan yang baru dialaminya.

2) Fase Taking Hold

   Masa ini membentang sejak permulaan hari ketiga sampai berakhirnya hari ke. -10 postpartum. Ibu mulai berfokus pada peran barunya, namun kerap diselimuti kecemasan terkait kompetensi serta peningkatan komitmen psikologis serta rasa tanggung jawab yang mendalam dalam menjalankan peran sebagai ibu untuk merawat bayi baru lahir

3) Fase Letting Go

   (1) Dimulai saat ibu telah kembali ke aspek lingkungan rumah yang dipengaruhi secara signifikan oleh dukungan psikososial dan waktu pendampingan keluarga

   (2) terdapat keterlibatan penuh ibu dalam manajemen pengasuhan bayi sehari-hari. serta mulai beradaptasi terhadap kebergantungan total sang anak, yang berdampak pada

keterbatasan kebebasan pribadi dan dinamika sosialisasi ibu. Pada tahapan transisi ini, kerentanan terhadap timbulnya depresi postpartum (*postpartum depression*) cukup tinggi..

2.3.7 Kebutuhan Dasar Masa Nifas

berbagai komponen kebutuhan esensial yang harus dipenuhi selama masa puerperium/nifas (Kadir and Hasnita, 2023) :

a. Nutrisi dan cairan

Berikut adalah ringkasan narasi yang singkat dan padat: Pemulihan fisik ibu nifas dan produksi ASI memerlukan suplai nutrisi yang meningkat 25%, yaitu sekitar 2.800 kalori dan 64 gram protein per hari. Kecukupan gizi ini sangat memengaruhi kuantitas ASI yang dihasilkan: ibu dengan status gizi baik mampu memproduksi 600–800 cc ASI (setara 600 kkal), sedangkan ibu dengan gizi kurang hanya menghasilkan 500–700 cc ASI.

b. Energi

Berikut adalah narasi singkat dan padat berdasarkan teks tersebut: Selama 3 bulan pertama *postpartum*, ibu menyusui membutuhkan tambahan 500 kkal dari makanan. Untuk memproduksi rata-rata 800–850 cc ASI, energi yang dihabiskan tubuh mencapai 750–807 kkal. Defisit energi ini (sekitar 200 kkal) akan diambil secara alami dari cadangan lemak tubuh yang tertimbun selama hamil. Karena efisiensi konversi energi makanan menjadi ASI hanya 80–90%, proses laktasi yang berlangsung lebih dari 3 bulan secara efektif akan

menurunkan berat badan ibu, sehingga bentuk tubuh dapat kembali normal dengan lebih cepat.

c. Zat gizi dan cairan

Selama masa menyusui, kebutuhan protein ibu mengalami peningkatan sebesar 20 gram/hari di atas intake normal. Pasien disarankan mengonsumsi bahan makanan sumber asam lemak omega-3 (melalui asupan sumber pangan laut ikan kakap, tongkol, dan lemuru) yang mengalami biotransformasi jadi *Docosahexaenoic Acid* serta disekresikan melalui ASI. Kebutuhan zat gizi mikro seperti kalsium, ferum (zat besi), serta rangkaian vitamin esensial seperti vitamin C, B kompleks (B1, B2, B12), dan vitamin D wajib dipenuhi. Disamping itu, ibu laktasi memerlukan hidrasi adekuat minimal 3 liter/hari (sekitar 1 liter per 8 jam).

1. Peningkatan asupan energi harian sebesar 500 kkal.
2. Penerapan pola makan gizi seimbang kaya protein, vitamin, dan mineral.
3. Pemenuhan konsumsi cairan paling sedikit minimal 3 liter setiap harinya, utamanya selepas menyusui guna mengganti cairan tubuh yang hilang.
4. Suplementasi tambah darah
5. Pemberian kapsul vit A dosis tinggi untuk mengoptimalkan kadar vitamin A dalam ASI.

d. Ambulasi Dini

Ambulasi dini merupakan upaya pendampingan untuk memotivasi pasien beraktivitas di luar tempat tidur sesegera mungkin secara bertahap. Mobilisasi dimulai dari pergerakan ringan dalam hitungan jam hingga hari pascapersalinan sampai ibu mampu beraktivitas secara mandiri.

e. Eliminasi

Ibu nifas idealnya telah berkemih (BAK) dalam 6 jam pertama postpartum dan melakukan defekasi (BAB) dalam kurun waktu 24 jam pertama. Pasien perlu diedukasi bahwa proses defekasi tidak akan memperburuk laserasi jalan lahir, sehingga tidak boleh ditahan.

f. Personal higyene

Bidan berperan memotivasi ibu dan keluarga dalam pemeliharaan kebersihan diri secara mandiri, meliputi:

1. Menjaga higienitas seluruh tubuh guna mengendalikan risiko infeksi dan dermatitis kontak pada bayi.
2. Mempraktikkan teknik *vulva hygiene* memanfaatkan air bersih serta sabun antiseptik dengan teknik pembersihan area perineum yang benar, yakni dari arah anterior (*vulva*) menuju posterior (*anus*).
3. Melakukan penggantian pembalut nifas minimal dua kali dalam sehari, atau segera menggantinya setiap kali permukaan pembalut dirasakan sudah penuh atau basah oleh lochea.

4. Membiasakan diri membersihkan tangan menggunakan sabun di bawah aliran air bersih setiap kali selesai melakukan perawatan area perineum atau genitalia.
5. Menghindari kontak langsung pada luka episiotomi untuk mencegah timbulnya infeksi sekunder.

g. Istirahat

1. Menurunnya volume dan kelancaran produksi ASI.
2. Menghambat proses involusi uteri serta meningkatkan risiko perdarahan sekunder.
3. Memicu timbulnya depresi pascapersalinan (*postpartum blues/depression*) dan menurunkan kemampuan ibu dalam merawat diri serta bayinya

2.3.8 Pemberian Air Susu Ibu (ASI)

proses laktasi yang didefinisikan sebagai pemberian ASI secara langsung dari ibu kepada bayi guna memenuhi kebutuhan nutrisi optimalPemberian ASI terbagi menjadi dua kategori utama, yaitu menyusui penuh (*full breastfeeding*) dan menyusui tidak penuh (*partial breastfeeding*). Selain itu, terdapat pula menyusui simbolis (*token breastfeeding*), yaitu pemberian ASI dalam jumlah yang sangat sedikit atau hanya pada waktu tertentu

World Health Organization dan United Nations Children's Fund merekomendasikan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif sejak saat persalinan hingga bayi genap berusia 6 bulan.

Memasuki usia 6 bulan ke atas, pemenuhan nutrisi bayi dilanjutkan dengan pengenalan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang adekuat seiring dengan pemberian ASI yang tetap diteruskan.

ASI eksklusif tidak hanya berfungsi sebagai sumber nutrisi utama bagi bayi, tetapi juga mengandung kolostrum, yaitu cairan pertama yang kaya akan antibodi. (Nugroho et al., 2020)

2.3.9 Masalah dalam pemberian ASI

Setiap pekerjaan atau tugas tentu memiliki kendala atau hambatan. Demikian pula dalam pemberian ASI, terdapat beberapa hal yang dapat mengganggu kelancaran proses menyusui. Namun, sebagian besar masalah tersebut dapat diatasi apabila penyebabnya diketahui dan ditangani dengan tepat (Nugroho et al., 2020).

Beberapa masalah yang sering terjadi dalam pemberian ASI antara lain:

1. Putting susu terbenam

   Puting tidak menonjol keluar sehingga bayi mengalami kesulitan saat menyusu.

2. Puting susu lecet

   Biasanya disebabkan oleh teknik menyusui yang kurang tepat atau pelekatan bayi yang tidak benar.

3. Radang payudara (mastitis)

   Terjadi akibat infeksi atau sumbatan saluran ASI yang menyebabkan payudara dikeluhkan terasa nyeri, menunjukkan

tanda-tanda inflamasi kemerahan, serta mengalami pembengkakan lokal maupun menyeluruh.

4. Payudara bengkak (bendungan ASI)

   Disebabkan oleh penumpukan ASI dalam payudara, sehingga payudara terasa penuh, keras, dan nyeri.

2.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir (BBL)

2.4.1 Defenisi BBL

Saat lahir, tubuh bayi baru lahir mengalami proses adaptasi fisiologis yang signifikan. Masa neonatal didefinisikan sebagai fase transisi kehidupan sejak bayi dilahirkan hingga berusia 28 hari (4 minggu). Berdasarkan rentang usianya, neonatus diklasifikasikan menjadi dua tahapan, yaitu neonatus dini (*early neonatal*) pada kurun waktu 0–7 hari pascalahir, dan neonatus lanjut (*late neonatal*) dalam rentang usia neonatus antara 8 hingga 28 hari (Salnesia, 2024)

2.4.2 Pemeriksaan Fisik pada Bayi

a. Tujuan pemeriksaan fisik :

1) Mengidentifikasi secara dini adanya abnormalitas yang memerlukan intervensi medis segera serta menetapkan data dasar untuk pemantauan berkelanjutan.
2) Mendemonstrasikan keterampilan pemeriksaan fisik komprehensif pada neonatus mulai dari area kepala hingga ekstremitas bawah (*head-to-toe*)

3) Menjelaskan rentang parameter normal hasil pemeriksaan fisik pada setiap bagian tubuh neonatus.
4) Mengenali sekurang-kurangnya enam bentuk variasi anatomis normal yang sering dijumpai pada bayi baru lahir.

b. Prinsip-prinsip utama melakukan pemeriksaan

1. Cuci tangan
2. melakukan perbandingan kontralateral antara sisi tubuh satu dengan sisi lainnya
3. Engekspos secara selektif bagian anatomis yang tengah diobservasi
4. Komunikasi interaktif melalui sentuhan (*touch*) dan perabaan (*feel*)

c. Hal yang perlu diperhatikan

1) Memastikan pemilihan ruang pemeriksaan berada pada lingkungan yang bersih, steril, serta memiliki temperatur hangat untuk mencegah hipotermia pada neonates.
2) Melakukan higienitas tangan (cuci tangan) sebelum serta sesudah prosedur pemeriksaan dengan tetap mengaplikasikan penggunaan sarung tangan (*handscoon*).
3) Menunjukkan sikap penuh kelembutan dan kehati-hatian selama memegang atau menangani bayi.
4) Menerapkan metode observasi komprehensif (melihat, mendengarkan, serta meraba/merasakan) secara sistematis dari area kepala hingga ekstremitas bawah.

5) Apabila teridentifikasi adanya temuan patologis atau penyimpangan klinis, segera lakukan konsultasi atau eskalasi penanganan lanjutan bila diperlukan.

6) Melakukan pendokumentasian secara lengkap terhadap seluruh hasil pengamatan klinis serta intervensi yang telah dikerjakan.

d. Cara pemeriksaan

1) Inspeksi

2) Palpasi

3) Auskultasi

4) Perkusi

evaluasi fisik pada neonatus dilaksanakan segera pascakelahiran bilamana kondisi klinis dan temperatur tubuh bayi telah stabil, serta setelah tuntasnya penatalaksanaan pembersihan jalan napas atau resusitasi, pemeliharaan kebersihan tubuh bayi, perawatan tali pusat, dan pemastian bayi berada di lingkungan yang hangat. Esensi dari pelaksanaan pemeriksaan ini bertujuan untuk mendeteksi secara dini berbagai bentuk abnormalitas yang menuntut intervensi medis segera.

a. Petunjuk

1) Membaca dan memahami secara komprehensif isi lembar kerja (*job sheet*)..

2) Mempersiapkan seluruh peralatan serta instrumen yang diperlukan

3) Menjalankan setiap instruksi dan tahapan prosedur sesuai dengan panduan.

4) Melaksanakan tugas dengan penuh ketelitian.

b. Keselamatan Kerja

1) Mematuhi seluruh standar operasional prosedur (SOP) pelaksanaan tindakan.

2) Senantiasa memonitor kondisi umum neonatus secara ketat serta menerapkan upaya preventif guna menghindari risiko hipotermia

3) Melaksanakan prosedur pemeriksaan dengan penuh kehati-hatian, dengan tetap memprioritaskan aspek keamanan serta keselamatan pasien (*patient safety*) pada neonatus

c. Instrumen dan Sarana Pendukung

1) kapas,

2) senter,

3) thermometer.

4) stetoskop

5) flanel/selimut bayi;

6) bengkok

7) timbangan berat badan bayi (timbangan tidur);

8) pita meter (metlin);

9) pengukur tinggi badan

d. Prosedur Pelaksanaan

(1) Memberikan penjelasan komprehensif kepada ibu atau keluarga mengenai maksud dan tujuan dilaksanakannya pemeriksaan fisik pada bayi.

(2) Melakukan anamnesis riwayat kesehatan ibu secara mendalam, mencakup aspek genetik, kondisi lingkungan, faktor sosial, riwayat maternal dan perinatal, serta status neonatal.

(3) Melaksanakan higienitas tangan menggunakan sabun di bawah air mengalir, dilanjutkan dengan mengeringkannya menggunakan handuk bersih/tisu.

(4) Memposisikan bayi di atas permukaan alas atau tempat tidur yang datar dan aman.

(5) Menjalankan prosedur penimbangan berat badan dengan terlebih dahulu melapisi timbangan menggunakan kain atau kertas pengaman, serta memastikan skala penimbangan berada pada posisi nol.

(6) Mengukur panjang badan neonatus dengan meletakkan bayi pada bidang datar, lalu merentangkan tubuhnya secara lurus dari puncak kepala hingga tumit kaki menggunakan alat ukur panjang badan.

(7) Melakukan pengukuran lingkar kepala dengan melingkarkan pita ukur mulai dari area dahi, melewati oksiput, kembali menuju dahi.

(8) Mengukur lingkar dada secara melingkar dari dada menyilang ke punggung dan kembali ke depan melalui kedua puting susu.

(9) Melaksanakan inspeksi dan palpasi menyeluruh pada struktur kepala.

- Mengamati bagian leher guna mendeteksi ada tidaknya massa, pembengkakan, atau kelenjar yang membesar
- Memeriksa area dada dengan mendengarkan karakteristik bunyi napas serta bunyi denyut jantung melalui auskultasi.

- menilai ekstremitas atas (bahu, lengan, dan tangan), dengan memperhatikan aspek pergerakan serta kelengkapan jumlah jari.
- Mengevaluasi fungsi sistem saraf pusat melalui pemeriksaan refleks primitif, salah satunya refleks moro.
- Memeriksa region abdomen (perut), mencakup bentuk, adanya penonjolan abnormal, serta kondisi pangkal/perdarahan tali pusat.
- Melakukan pemeriksaan pada neonatus maskulin guna mengonfirmasi desensus testis (*penurunan testis*) ke dalam kantung skrotum serta mengevaluasi kepatenan meatus uretra eksterna.
- Menginspeksi genitalia neonatus feminin, pengkajian genitalia mencakup observasi struktur labia mayora dan minora serta kepatenan orifisium vagina dan uretra
- Memeriksa ekstremitas bawah (tungkai dan kaki) dengan memantau pola gerak, struktur anatomi/bentuk, serta kuantitas jari kaki.
- Mengevaluasi struktur punggung dan anus untuk mengidentifikasi potensi pembengkakan, cekungan abnormal, serta kepatenan lubang anus.
- Mengamati kondisi integumen (kulit), meliputi keberadaan verniks kaseosa, diskolorasi/warna kulit, lesi bengkak, bercak mongoloid, maupun tanda lahir.
- Menyampaikan hasil evaluasi pemeriksaan secara transparan kepada ibu dan keluarganya.
- Mengenakan kembali pakaian bayi agar tetap hangat dan nyaman.

- Membersihkan, merapikan, serta mengembalikan seluruh peralatan ke tempat semula.
- Melakukan pendokumentasian secara sistematis terkait tindakan kebidanan dan hasil temuan pemeriksaan

2.4.3 Panduan APGAR Score

Skor APGAR metode penilaian klinis secara terstruktur dan cepat yang difungsikan untuk mendeteksi status Fisiologis serta toleransi bayi baru lahir terhadap proses persalinan yang digunakan oleh tenaga kesehatan untuk mengevaluasi kondisi fisik klinis bayi baru lahir sesaat setelah persalinan (menit ke-1 dan menit ke-5). Berikut adalah tabel acuan ketikan aspek pengamatan berdasarkan parameter resmi

Tabel 2.5 Panduan APGAR Score

Aspek Pengamatan bayi baru lahir	**Skor 0**	**Skor 1**	**Skor 2**
Appearance/ warna kulit	Seluruh tubuh bayi berwarna kebiruan	Warna kulit normal, tetapi tangan dan kaki berwarna kebiruan	Warna kulit normal/ kemerahan
Pulse/ denyut jantung	Denyut jantung tidak ada	Denyut jantung < 100 x/mnt	Denyut jantung > 100x/mnt
Grimace/ respon reflex	Tidak ada respon terhadap stimulasi	Merintih	Meringis, menarik, batuk atau bersin saat stimulasi

Activity/ tonus otot	Lemah, tidak ada gerakan	Lengan dan kaki dalam posisi fleksi dengan sedikit gerakan	Bergerak aktif dan spontan
Respiratory/ pernapasan	Tidak bernapas, pernapasan lambat dan tidak teratur	Menangis lemah, terdengar seperti merintih	Menangis kuat, pernapasan baik dan teratur

Sumber : Kementerian Kesehatan RI. (2020)

2.4.4 **Ciri – Ciri Bayi Lahir Normal**

Karakteristik umum yang dapat diamati pada neonatus dengan kondisi fisiologis normal meliputi beberapa aspek berikut ini:

1) Antropometri : Menunjukkan ukuran berat badan lahir normal berkisar antara 2.500 hingga 4.000 gram, panjang badan 48–52 cm, ukuran lingkar dada 30–38 cm, serta dimensi lingkar kepala 33–35 cm.
2) Frekuensi Pada fase awal pascakelahiran detak jantung dapat mengalami lonjakan hingga mencapai 180 denyut per menit, yang selanjutnya berangsur-angsur stabil 120 hingga 140 x/m
3) Respirasi Frekuensi napas di menit-menit awal pascapersalinan berkisar hingga 80 kali/menit sebelum kembali normal (40–60 kali/menit).
4) Warna kulit tampak kemerahan dan halus akibat kecukupan deposit lemak subkutan, serta masih dijumpai adanya rambut-rambut halus (*lanugo*).
5) Struktur kuku jemari telah melampaui ujung jari dengan tekstur yang lunak/lemas..

6) Status genitalia: neonatus perempuan, struktur labia mayor didapati telah menutupi labia minor secara menyeluruh, neonatus laki-laki, kedua testis teraba di dalam kantung skrotum.
7) Refleks menghisap (*sucking*) dan menelan (*swallowing*) telah berkembang dengan adekuat..
8) Refleks kejut (*moro reflex*) teramati positif dan simetris saat bayi mendapatkan stimulasi kejutan.
9) Pengeluaran urine pertama serta mekonium berlangsung secara spontan dalam kurun waktu 24 jam pertama pascapersalinan..

2.4.5 Klasifikasi BBL

Bayi Berat Badan Lahir Rendah diklasifikasikan sebagai neonatus yang dilahirkan dengan kondisi bobot tubuh kurang dari 2.500 gram saat persalinan. Pengelompokan BBLR secara klinis dibedakan berdasarkan dua parameter utama, yakni bobot lahir dan usia gestasi:

a. Berat Badan Lahir rendah: Bayi memiliki massa tubuh antara 1.500 hingga 2.499 gr.
b. Berat Badan Lahir Sangat Rendah : Bayi dengan bobot lahir di bawah 1.500 gram (1.000–1.499 gr
c. Berat Badan Lahir Ekstrem (BBLE / BBLER): Bayi dengan bobot lahir kurang dari 1.000gr

BBLR berdasarkan masa gestasi :

a. Prematur Murni (*SGA/Preterm*): Bayi yang lahir pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu dengan berat lahir yang sesuai untuk usia kehamilannya (*Sesuai Masa Kehamilan)*
b. Dismaturitas (*Small for Gestational Age*): Bayi yang dilahirkan pada periode gestasi cukup bulan atau aterm (mencapai atau melebihi 37 minggu), namun memiliki massa tubuh di bawah batas normal dari 2.500 gram akibat hambatan pertumbuhan intrauteri.

2.4.6 Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) Pada Bayi

Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) merupakan prosedur uji saring (*screening test*) yang diselenggarakan pada neonatus guna mengidentifikasi secara dini keberadaan defisiensi hormon tiroid bawaan sebelum timbulnya gejala klinis yang irreversibel untuk mendeteksi kekurangan hormon tiroid sejak lahir (Hipotiroid Kongenital/HK). HK bersifat asimtomatik (tidak bergejala) pada awal kelahiran. Jika tidak dideteksi dan diobati segera, kondisi ini dapat menyebabkan retardasi mental berat dan gangguan pertumbuhan yang permanen (Kemenkes RI, 2023).

a. Waktu dan Prosedur Pengambilan Sampel

   Sampel darah paling ideal diambil saat bayi berusia 48 hingga 72 jam setelah lahir. Pengambilan darah sebelum 24 jam dapat memberikan hasil positif palsu akibat lonjakan fisiologis TSH (Thyroid Stimulating Hormone) setelah lahir.

b. Metode:

Sampel darah diambil dari tumit bayi (tumit lateral atau medial) menggunakan teknik heel prick. Darah kemudian diteteskan pada kertas saring khusus hingga meresap sempurna (Kemenkes RI, 2023).

c. Alur Diagnosis dan Tata Laksana

Pemeriksaan Laboratorium: Sampel kertas saring diperiksa untuk mengukur kadar TSH.

Interpretasi Hasil:

Kadar TSH < 20 μU/mL dianggap normal.

Kadar TSH \ge 20 μU/mL dinyatakan positif/tinggi dan memerlukan pemeriksaan darah vena (konfirmasi) untuk kadar TSH dan FT4 (Kemenkes RI, 2023).

2.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana (KB)

2.5.1 Pengertian KB

Program KB diidentifikasi sebagai intervensi kesehatan masyarakat yang esensial dan terarah guna mengatur interval kelahiran, kuantitas anak, serta penjarangan kehamilan melalui pendekatan promotif, protektif, dan fasilitas asuhan berbasis hak-hak reproduksi bagi pria maupun wanita demi mewujudkan kesejahteraan keluarga. Cakupan program KB meliputi penyediaan fasilitas layanan, diseminasi informasi, edukasi kesehatan, perumusan kebijakan, pembentukan sikap masyarakat, pemenuhan komoditas kontrasepsi, serta penerapan praktiknya secara berkelanjutan.

(Sari *et al.*, 2023)

2.5.2 Ruang Lingkup Keluarga Berencana

Cakupan dan cakupan operasional serta ruang lingkup pelayanan program KB merangkup beberapa fokus intervensi, antara lain

1) Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE): Penyebarluasan informasi kesehatan reproduksi secara berkelanjutan.
2) Konseling dan Temu Wicara: Pendampingan tatap muka untuk membantu pengambilan keputusan secara mandiri (*informed choice*).
3) Pelayanan Infertilitas: Penanganan dan penatalaksanaan masalah gangguan kesuburan bagi pasangan suami istri.
4) Pendidikan Seksual (*Sexual Education*): Pemberian pemahaman komprehensif mengenai kesehatan dan hak-hak reproduksi.
5) Konseling Pra-Nikah (*Pramarital Counseling*): Pemeriksaan dan bimbingan kesehatan reproduksi bagi calon pengantin sebelum memasuki jenjang pernikahan.
6) Konseling Pernikahan: Pelayanan bimbingan untuk menjaga keharmonisan dan kesehatan reproduksi dalam rumah tangga.
7) Konsultasi Genetik: Evaluasi dan penapisan risiko penyakit turunan atau kelainan genetik pada calon orang tua.

2.5.3 Tujuan Keluarga Berencana

Berdasarkan ketentuan resmi yang tertuang sebagaimana diatur dalam ketentuan sebagaimana diamanatkan dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 tentang Perkembangan

Kependudukan, Pembangunan Keluarga, serta Sistem Keluarga Berencana (BKKBN, 2017), sasaran utama dari penyelenggaraan program Keluarga Berencana mencakup:

a) Mengantur kehamilan yang diinginkan.

   Pengaturan Kehamilan**:** Mengelola kehamilan agar sesuai dengan perencanaan dan keinginan pasangan.

b) Memelihara derajat kesehatan serta mengakselerasi penurunan indikator demografi kesehatan meliputi AKI, AKB, dan tingkat kematian balita

c) Peningkatan Akses Layanan KIE: Memperluas jangkauan dan mutu diseminasi penyediaan jaminan aksesibilitas terhadap sumber informasi yang akurat, sesi konseling terarah, edukasi kesehatan reproduksi yang komprehensif, serta ketersediaan sarana pelayanan Keluarga Berencana dan kesehatan reproduksi berkualitas

d) Partisipasi Pria: Mengoptimalkan keterlibatan serta peran aktif pria dalam implementasi program Keluarga Berencana.

e) Promosi ASI Eksklusif: Menggemakan dan mensosialisasikan pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif sebagai salah satu metode alami untuk penjarangan kehamilan (Metode Amenore Laktasi/MAL).

2.5.4 Manfaat Keluarga Berencana

Penyelenggaraan program Keluarga Berencana (KB) memberikan kontribusi multidimensional yang mencakup berbagai bidang, antara

lain:Mencegah komplikasi kesehatan terkait kehamilan

a) Pencegahan Komplikasi Gestasional: Meminimalkan risiko kesehatan maternal akibat kehamilan yang berisiko tinggi (*4 Terlalu*).
b) Penurunan Penyakit dan Mortalitas Neonatal/Pediatrik: Menekan tingkat kematian pada kelompok bayi dan balita melalui pengaturan jarak kelahiran yang optimal.
c) Pencegahan Penularan Infeksi Menular Seksual: Membantu memblokir transmisi HIV/AIDS dan penyakit menular seksual lainnya (khususnya melalui penggunaan metode kontrasepsi penghalang/kondom).
d) Pemberdayaan Partisipasi Publik: Mengoptimalkan kapasitas dan keterlibatan aktif masyarakat dalam pengelolaan kesehatan reproduksi.
e) Dukungan Kualitas Pendidikan: Mengakselerasi mutu serta keberlanjutan pendidikan anak melalui perencanaan ekonomi keluarga yang lebih terukur.
f) Penekanan Kehamilan Usia Dini: Mengurangi insidensi kehamilan pada kelompok remaja (*adolescent pregnancy*).
g) Pengendalian Laju Pertumbuhan Penduduk: Membantu menekan eksponensialitas laju demografi nasional.

2.5.5 Akseptor Keluarga Berencana

a. Akseptor aktif

Akseptor Pasangan Usia Subur (PUS) yang secara rutin dan kontinu memanfaatkan metode atau alat kontrasepsi guna mengatur jarak kelahiran maupun membatasi kehamilan.

b. Akseptor aktif Kembali

Kategori Pasangan Usia Subur (PUS) yang sempat menghentikan penggunaan alat atau metode kontrasepsi sekurang-kurangnya dalam kurun waktu tiga bulan berturut-turut tanpa mengalami kehamilan di tengah masa jeda tersebut, kemudian kembali memutuskan untuk mengakses layanan kontrasepsi—baik dengan memilih jenis kontrasepsi yang identik maupun beralih ke metode alternatif yang berbeda.

c. Akseptor KB baru

Kategori akseptor yang baru pertama kalinya mengaplikasikan cara atau alat kontrasepsi, ataupun kelompok Pasangan Usia Subur (PUS) yang kembali mengaktifkan diri sebagai peserta program KB setelah sempat berhenti dalam jangka waktu tertentu pascamengalami persalinan maupun abortus.

d. Akseptor KB dini

Wanita yang memutuskan memakai alat kontrasepsi dalam kurun waktu 14 hari (2 minggu) pascapersalinan atau pascakeguguran.

e. Akseptor KB langsung

Wanita yang mengoperasikan/menggunakan salah satu jenis metode kontrasepsi dalam kurun waktu hingga 40 hari (fase nifas)

pascapersalinan atau abortus

f. Akseptor KB dropout

Peserta KB yang memutuskan untuk menghentikan penggunaan alat atau metode kontrasepsi selama lebih dari tiga bulan berturut-turut

2.6 Kontrasepsi

2.6.1 Pengertian Kontrasepsi

Kontrasepsi didefinisikan sebagai serangkaian modalitas, baik berupa sediaan farmasi, substansi mekanis, maupun metode perilaku, yang difungsikan oleh salah satu atau kedua pasangan untuk menginhibisi terjadinya konsepsi akibat fertilisasi antara spermatozoa dan ovum matang (Sety, 2014). Sebagai instrumen pencegah kehamilan, beragam varian kontrasepsi yang tersedia saat ini memiliki indeks efektivitas serta mekanisme kerja yang bervariasi (ninik *et al.*, 2024)

2.6.2 Tujuan Kontrasepsi

Sesuai dengan ketentuan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2009 mengenai Perkembangan Kependudukan serta Pembangunan Keluarga, arah dan perumusan kebijakan program Keluarga Berencana (KB) difokuskan pada upaya untuk:

a) Pengelolaan Fertilitas: Melaksanakan pengaturan serta manajemen perencanaan kehamilan secara terarah guna mewujudkan kualitas reproduksi yang optimal agar sesuai dengan harapan serta kesiapan pasangan.

b) Perlindungan Kesehatan Maternal dan Anak: Menjaga keselamatan jiwa serta mengoptimalkan penurunan tingkat kematian ibu, bayi, dan anak.

c) Peningkatan Akses Informasi dan Konseling: Memperluas jangkauan dan memperkuat kualitas KIE, edukasi, dan layanan konseling.

d) Optimalisasi Pelayanan KB dan Kespro: Meningkatkan mutu serta keterjangkauan sarana pelayanan Keluarga Berencana dan kesehatan reproduksi.

e) Promosi Pemberian ASI Eksklusif: Menggalakkan praktik menyusui bayi sebagai salah satu strategi alami dalam menjarangkan jarak kelahiran (Metode Amenore Laktasi).

2.6.3 Sasaran Akseptor KB

a) Tahap Penundaan Kehamilam

Dianjurkan khusus untuk PUS dengan usia istri < 20 tahu khususnya bagi pasangan usia subur di mana pihak istri berada pada kategori usia reproduksi muda (< 20 tahun)Secara fisiologis dan psikologis, wanita berusia < 20 tahun disarankan untuk menunda kehamilan pertama demi meminimalkan komplikasi gestasional. Kriteria pemilihan metode kontrasepsi pada fase ini menekankan pada tingkat reversibilitas yang tinggi (*high fertility return*), guna memastikan pemulihan fungsi kesuburan yang optimal saat pasangan siap hamil.

b) Fase Mengatur/Menjarangkan Kehamilan

Diperuntukkan bagi wanita husus bagi kaum perempuan yang berada pada fase usia reproduksi optimal, yakni rentang usia 20 hingga 35 tahun dengan jumlah anak ideal 2 orang serta interval jarak antar-kelahiran berkisar 2–4 tahun. Pilihan modalitas kontrasepsi yang dibutuhkan harus memiliki efektivitas tinggi serta sifat reversibel yang baik, karena pasangan masih memiliki rencana untuk menambah keturunan. Kontrasepsi dapat digunakan selama jangka waktu 3–4 tahun sesuai rencana jarak kehamilan.

c) Fase Mengakhiri Kesuburan

Diperuntukkan bagi pasangan yang telah memiliki 2 anak dan usia istri telah melampaui 35 tahun (*atau* > 30 *tahun sesuai pertimbangan klinis*). Pada fase ini, kehamilan tidak lagi direkomendasikan karena tergolong sebagai kehamilan berisiko tinggi (*high-risk pregnancy*) yang mengancam keselamatan ibu dan janin. Oleh karena itu, kriteria kontrasepsi yang dipilih wajib memiliki tingkat efektivitas yang sangat tinggi hingga permanen (*long-acting/permanent methods*) guna mencegah kegagalan kontrasepsi.

2.6.4 Syarat-Syarat Kontrasepsi

a) Memiliki tingkat keamanan yang tinggi serta dapat diandalkan efektivitasnya.
b) Minimal atau bebas dari efek samping yang merugikan kesehatan
c) Mekanisme kerja kontrasepsi bersifat reversibel (dapat diatur atau

dikembalikan sesuai kebutuhan)

d) Tidak menimbulkan gangguan pada kualitas hubungan seksual suami istri.
e) Penggunaannya tidak menuntut intervensi medis yang rumit ataupun pengawasan klinis yang ketat secara terus-menerus.
f) Prosedur pengaplikasiannya tergolong praktis dan sederhana
g) Ditawarkan dengan harga yang ekonomis sehingga mudah terjangkau oleh seluruh lapisan Masyarakat.
h) Dapat diterima dan disetujui secara sukarela oleh pasangan suami istri.

2.6.5 Jenis Jenis Alat Kontrasepsi

1. Kondom

   Mengutip Sri Handayani (2021), kondom merupakan sarung kontrasepsi berbahan lateks, vinil, atau bahan alami yang dipasang pada penis penis.

   Keuntungan

   1) Menjamin ketiadaan dampak buruk ataupun ancaman negatif bagi status kesehatan tubuh penggunanya.
   2) Efektivitas dirasakan segera.
   3) Murah, praktis, dan mudah diperoleh.
   4) Mendorong partisipasi pria dalam program kontrasepsi.
   5) Dapat membantu mencegah ejakulasi dini.
   6) Cocok sebagai metode kontrasepsi sementara.

   Kerugian

   1) Angka kegagalan relatif lebih tinggi dibanding metode lain.

2) Dapat mengurangi sensitivitas penis.
3) Harus digunakan setiap kali berhubungan seksual.
4) Pada beberapa pria dapat mengganggu ereksi.

Manfaat

1) Membantu proteksi dalam menekan angka penularan penyakit menular seksual serta infeksi *Human Immunodeficiiency Virus* (HIV/AIDS).
2) Membantu mencegah ejakulasi dini.
3) Kondom berpelumas dapat membantu pada wanita dengan vagina kering.

2. KB Hormonal (Pil Kombinasi)

Keuntungan

1) Hubungan seksual tetap nyaman tanpa gangguan;
2) Menstruasi menjadi lebih teratur
3) Bisa dipakai dalam periode yang Panjang
4) Sesuai untuk rentang usia remaja sampai menjelang menopause
5) Praktis untuk dihentikan kapan saja
6) Kesuburan pulih dengan cepat setelah pemakaian dihentikan; dan
7) Mengurangi risiko kehamilan ektopik, kista ovarium, serta kanker ovarium dan endometrium.

Kerugian

1) Harus diminum harian tanpa terlewat.
2) Dapat menyebabkan muaI khususnya pada trimester awal penggunaan.
3) Munculnya flek (*spotting*) sebagai bagian dari respons adaptasi tubuh

pada awal siklus.

4) Potensi timbulnya keluhan pusing, rasa nyeri atau kencang pada payudara, serta fluktuasi peningkatan berat badan.
5) Tidak memberikan proteksi terhadap risiko penularan Infeksi Menular Seksual (IMS).
6) Kontraindikasi atau tidak disarankan bagi ibu pada masa laktasi (menyusui).
7) Berisiko memicu elevasi atau kenaikan tekanan darah pada sebagian kecil akseptor.

3. Implan (Susuk KB)

Implan merupakan jenis alat kontrasepsi bawah kulit (AKBK) berbentuk kapsul atau batang silindris berukuran kecil yang mengandung sediaan hormon tertentu, di mana pemasangannya dilakukan secara subkutan pada area lengan atas akseptoratas.

Keuntungan

1) pilihan yang sangat tepat dan aman bagi perempuan yang memiliki kontraindikasi medis terhadap penggunaan hormon estrogen.
2) Efektif hingga 5 tahun.
3) Bersifat reversibel.
4) Kesuburan cepat kembali setelah dilepas.
5) Perdarahan biasanya lebih ringan.
6) Risiko kehamilan ektopik lebih rendah.

Kerugian

1) Pemasangan dan pelepasan harus ditangani oleh klinisi terlatih.
2) Biaya relatif lebih tinggi.
3) Dapat menyebabkan terjadinya variasi pada siklus haid.
4) Membutuhkan intervensi medis apabila ingin dihentikan, tidak bisa dilepas sendiri .

4. KB Suntik 3 Bulan

KB suntik 3 bulan berisi Depo Medroxyprogesterone Acetate (DMPA) yang Diberikan tiap tiga bulan lewat injeksi intramuscular.

Keuntungan

1) Memiliki tingkat keberhasilan yang tinggi.
2) Tidak memengaruhi produksi ASI.
3) Efek samping relatif sedikit.
4) Cocok untuk wanita usia di atas 35 tahun hingga perimenopause.
5) Menurunkan risiko penyakit jinak payudara.

Kerugian

1) Gangguan pola haid.
2) Pening, terasa mual dan penambahan BB.
3) Kesuburan dapat kembali lebih lambat setelah penghentian.

Cara Kerja

1) Mencegah ovulasi.
2) Mengentalkan lendir serviks.
3) Menipiskan endometrium.

5. AKDR (IUD)

AKDR (IUD) adalah alat kontrasepsi yang ditempatkan di dalam rahim, bersifat jangka panjang, efektif, dan reversibel.

Keuntungan

1) Menunjukkan tingkat efektivitas yang tinggi yang langsung dapat dirasakan segera setelah prosedur pemasangan.
2) Perlindungan rentang waktu yang lama.
3) Tidak memengaruhi hubungan intim suami istri.
4) Bersifat aman serta tidak mengintervensi kuantitas maupun mutu produksi Air Susu Ibu
5) Dapat diaplikasikan langsung pascapersalina pascaabortus bila tidak ada infeksi.
6) Dapat digunakan hingga menopause.
7) Tidak berinteraksi dengan obat-obatan.

Kerugian

1) Perubahan pola menstruasi pada bulan-bulan awal.
2) Haid dapat menjadi lebih panjang dengan volume darah haid yang meningkat.
3) Dapat terjadi flek atau bercak darah menstruasi.
4) Nyeri menstruasi dapat meningkat.
5) Tidak melindungi dari Infeksi Menular Seksual atau HIV/AIDS.
6) Pemasangan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih.
7) Ada kemungkinan IUD keluar sendiri tanpa disadari.

6. Kontrasepsi Mantap Pria (Vasektomi/MOP)

   Vasektomi merupakan bentuk metode kontrasepsi operatif permanen yang dikhususkan bagi kaum pria melalui tindakan operasi kecil.

   Keuntungan

   1) Sangat efektif.
   2) Aman, dengan risiko komplikasi rendah.
   3) Prosedur cepat dan sederhana.
   4) Tidak memerlukan rawat inap.
   5) Tidak mengganggu fungsi seksual.
   6) Biaya relatif rendah.

   Kerugian

   1) Memerlukan tindakan operasi.
   2) Dapat terjadi komplikasi seperti perdarahan atau infeksi.
   3) Efektivitas tidak langsung; perlu waktu hingga sperma benar-benar bebas.
   4) Sulit untuk dikembalikan seperti semula.
   5) Tidak cocok bagi pria yang masih menginginkan anak.

7. Kontrasepsi Mantap Wanita (Tubektomi)

   Kontrasepsi permanen pada perempuan melalui menutup atau memotong tuba falopi.

   Keuntungan

   1) Sangat efektif dan permanen.
   2) Risiko kegagalan sangat rendah.

3) Dapat dilakukan dengan laparoskopi atau histeroskopi.

4) Morbiditas rendah.

Kerugian

1) Memerlukan alat khusus dan biaya lebih tinggi.

2) Harus dilakukan oleh tenaga terlatih.

3) Memerlukan tindakan pembedahan.

4) Reversibilitas tidak selalu berhasil.

2.7 Manajemen Kebidanan dan Dokumentasi Kebidanan

Penyelenggaraan pendokumentasian oleh bidan dilaksanakan secara sigap, komprehensif, presisi, ringkas, serta lugas mencakup temuan klinis dan intervensi yang diberikan dalam penatalaksanaan asuhan kebidanan. Kerangka manajemen kebidanan ini mengadaptasi tujuh tahapan sistematis yang saling berkesinambungan, di mana tiap tingkatan dievaluasi dan diperbarui secara berkala.

1. Pengkajian atau Pengumpulan Data Dasar

Tahap awal yang melibatkan penghimpunan data yang valid, aktual, mutakhir, dan komprehensif mengenai kondisi klien, meliputi:

1) Anamnesis mendalam keluhan utama yang dirasakan klien, jejak anamnesis mendalam yang mencakup rekam jejak obstetri, evaluasi riwayat kesehatan secara komprehensif, serta analisis kondisi latar belakang sosial dan kultural pasien

2) Inspeksi dan pemeriksaan fisik yang disesuaikan dengan kondisi medis klien.
3) Penelaahan rekam medis sebelumnya maupun catatan pelayanan terbaru.
4) Evaluasi hasil pemeriksaan laboratorium dan penunjang lainnya.

2. Interpretasi Data Dasar (Perumusan Diagnosis dan/atau Masalah Kesehatan)

   Pada Penalarannya berfokus pada analisis logis terhadap data dasar untuk menetapkan diagnosis serta masalah kebidanan yang tepat. Diagnosis Wajib memenuhi standar nomenklatur kebidanan yang berlaku, yakni

   1) Terdaftar dan pengakuan resmi dari organisasi profesi."
   2) Berada dalam domain kewenangan praktik
   3) Mempunyai karakteristik spesifik
   4) Didorong dengan pertimbangan klinis yang sahih.\
   5) Sanggup ditangani melalui manajemen kebidanan, baik secara mandiri, kolaboratif, maupun rujukan.

3. Mengidentifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial

   Pengenalan terhadap potensi timbulnya penentuan potensi diagnosis atau problem komplikasi penyerta lainnya yang ditelaah berdasarkan pola interpretasi data serta diagnosis yang telah dipetakan pada tahap sebelumnya.

4. Melaksanakan proses identifikasi serta penetapan tindakan antisipatif terhadap kondisi klinis yang menuntut penatalaksanaan atau intervensi kegawatdaruratan secara cepat.

Penetapan langkah penanganan cepat yang memerlukan tindakan langsung oleh bidan, konsultasi medis, maupun kolaborasi interprofesional sesuai derajat kegawatdaruratan pasien.berupa: **Bentuk Penanganan:** Tindakan mandiri, kolaborasi, atau rujukan emergency.

Contoh: Pada penanganan Preeklampsia Berat (PEB) berisiko eklampsia di Praktik Mandiri Bidan (PMB), pasca-pemberian dosis awal antikonvulsan ($MgSO_4$), pasien harus segera dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan sekunder.

5. Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh

Penyusunan rencana tindakan berlandaskan pertimbangan rasional, berbasis bukti terkini (*evidence-based*), serta disesuaikan dengan kebutuhan pasien.

Kriteria Perencanaan

1) Diprioritaskan berdasar pada urgensi klinis pasien.
2) Mencakup langkah penanganan segera, antisipasi komplikasi, dan asuhan holistik.
3) Memperoleh kesepakatan (*informed choice*) antara bidan dan pasien.
4) Mempertimbangkan aspek psikologis, sosial, dan nilai budaya.
5) Memilih intervensi berbasis bukti yang aman dan bermanfaat.
6) Memerhatikan regulasi, fasilitas, serta sumber daya yang tersedia.

6. Melaksanakan Perencanaan atau Implementasi

Eksekusi rencana intervensi secara efektif, efisien, dan aman, baik dikerjakan mandiri oleh bidan maupun bekerja sama melaksanakan kerja sama sinergis bersama tim medis dan tenaga kesehatan lainnya. Meskipun demikian, bidan tetap memegang penuh tanggung jawab profesional terhadap asuhan yang diberikan supervisi apabila tindakan didelegasikan.

Kriteria Pelaksanaan

1) Menghargai hak pasien sebagai individu yang utuh (bio-psiko-sosiospiritual-kultural).
2) Mewajibkan lembar persetujuan tindakan (*informed consent*).
3) Berorientasi pada Praktik Berbasis Bukti (*Evidence-Based Practice*).
4) Melibatkan peran aktif pasien dan keluarga.
5) Menjaga kerahasiaan (*privasi*) pasien.
6) Menerapkan standar Pencegahan Infeksi (PI).
7) Melakukan pengawasan (*monitoring*) perkembangan pasien secara kontinu.
8) Mengoptimalkan sarana dan prasarana yang ada secara rasional.
9) Bekerja sesuai standar prosedur operasional (SPO).
10) Mendokumentasikan seluruh tahapan tindakan.

7. Evaluasi

Penilaian berkala dan sistematis guna mengukur tingkat keberhasilan serta efektivitas asuhan yang telah diberikan.

Kriteria Evaluasi

1. Dilakukan secara langsung pasca-pemberian tindakan.

2. Hasil penilaian langsung dicatat dan disampaikan kepada klien atau pendampingnya.
3. Mengacu pada kriteria standar keberhasilan asuhan.
4. Hasil penilaian ditindaklanjuti melalui intervensi lanjutan atau alternatif.

Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

Pendokumentasian wajib dilaksanakan secara langsung, presisi, padat, dan akurat pada sarana rekam medis (Status Pasien, Buku KIA, KMS, dll.) menggunakan format catatan perkembangan **SOAP**:

Kriteria Pendokumentasian

1. **S (*Subjective*):** Memuat narasi atau ungkapan langsung dari pasien/keluarga terkait keluhan dan riwayat kesehatan (data anamnesis).
2. **O (*Objective*):** Menjabarkan secara objektif data aktual dari hasil pemeriksaan fisik, pengukuran tanda-tanda vital, parameter laboratorium, serta pemeriksaan penunjang diagnostik lainnya.
3. **A (*Assessment*):** kumpulan informasi klinis atas Berdasarkan tinjauan data subjektif serta data objektif yang mencakup

1. Penetapan diagnosis kebidanan aktual berdasarkan kondisi klinis terkini.
2. Diagnosis atau masalah potensial.
3. Kebutuhan tindakan segera/emergensi.
4. **P (*Planning*):** Mencatat seluruh urutan rencana intervensi, implementasi, serta evaluasi tindakan:

1. Rencana asuhan jangka pendek dan jangka panjang.
2. Rencana yang disusun berorientasi pada pemulihan optimal kondisi pasien.
3. Mengutamakan persetujuan pasien (*informed consent*) dalam tiap tindakan (kecuali kondisi darurat yang mengancam jiwa).
4. Penilaian efektivitas tindakan (*evaluasi*) yang menjadi dasar penetapan langkah perbaikan jika tujuan belum tercapai.