BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

2.1.1.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan proses fisiologis yang berlangsung secara alami pada perempuan dengan sistem reproduksi yang berfungsi dengan baik. Proses ini diawali oleh pertemuan dan penyatuan ovum dengan spermatozoa, kemudian berkembang di dalam uterus hingga terbentuk janin yang akhirnya dilahirkan. Secara umum, lama kehamilan berlangsung sekitar 280 hari atau 40 minggu, dengan perhitungan dimulai dari hari pertama haid terakhir (HPHT). Masa kehamilan terbagi menjadi tiga fase atau periode yaitu trimester pertama dimulai dari usia kehamilan satu bulan sampai tiga bulan, trimester kedua dimulai dari usia kehamilan empat bulan sampai enam bulan, dan trimester ketiga dimulai dari usia kehamilan tujuh bulan sampai Sembilan bulan (Miftahul Hakiki et al., 2022)

2.1.1.2 Etiologi Kehamilan

a. Konsep *Fertilisasi* dan *Implantasi*

Menurut Siti Marfu'ah, et al (2023) kehamilan diawali dengan proses fertilisasi, yaitu penyatuan ovum dan spermatozoa. Setelah pembuahan, hasil konsepsi mengalami pembelahan dan bergerak menuju uterus melalui tuba falopi. Selanjutnya, hasil konsepsi menempel pada lapisan mukosa uterus dan mengalami implantasi atau nidasi. Proses dari fertilisasi hingga terjadinya nidasi berlangsung sekitar 6–7 hari. Dengan demikian, terbentuknya kehamilan melibatkan beberapa unsur utama, yaitu ovum, spermatozoa, fertilisasi, nidasi, dan plasenta.

b. Pertumbuhan dan Perkembangan Janin

1) Minggu 0, *sperma* membuahi *ovum* membagi dan masuk kedalam *uterus* menempel sekitar hari ke – 11.
2) Minggu ke-4 jantung, sirkulasi darah dan saluran pencernaan terbentuk. Embrio kurang dari 0,64 cm.
3) Minggu ke-8 perkembangan cepat. Anggota gerak dan bagian tubuh lainnya berkembang semakin sempurna.
4) Minggu ke-12 *embrio* menjadi janin.
5) Minggu ke-16 semua organ mulai matang dan tumbuh. Berat janin sekitar 0,2 kg

2.1.1.3 Klasifikasi Kehamilan

a. Trimester I (kontrasepsi sampai 13 minggu)

Keluhan yang dialami ibu yaitu : perubahan suasana hati, sembelit, sering bak dan ngidam.

b. Trimester II (14 minggu sampai 26 minggu)

Keluhan pada trimester dua yaitu : nyeri diperut bagian bawah, nafsu makan mulai membaik.

c. Trimester III (28 minggu sampai 40 minggu)

Keluhan yang dialami ibu yaitu : rasa lelah, ketidaknyamanan, sering bak, dan depresi ringan akan meningkat (Efendi At.el, 2022)

2.1.1.4 Perubahan Anatomi dan Fisiologis pada Ibu Hamil Trimester III

Perubahan tubuh yang terjadi pada ibu selama trimester III merupakan bentuk adaptasi terhadap pertumbuhan janin dan persiapan menghadapi persalinan. Beberapa perubahan yang umum terjadi meliputi (Suparman et al., 2020):

a. Sistem Reproduksi (*Uterus*)

Pada trimester III, bagian isthmus berkembang menjadi segmen bawah rahim (SBR). Semakin mendekati persalinan, bagian bawah uterus menjadi lebih tipis dan melebar akibat perubahan kontraksi pada bagian atas rahim. Kontraksi *Braxton Hicks* juga semakin sering dirasakan setelah usia kehamilan 28 minggu dan umumnya berkurang

dengan aktivitas tertentu. Menjelang persalinan, kontraksi tersebut semakin sulit dibedakan dari kontraksi persalinan sebenarnya.

b. Sistem *Traktus Uranius*

Menjelang akhir kehamilan, kepala janin mulai memasuki pintu atas panggul sehingga memberikan tekanan kembali pada kandung kemih. Kondisi tersebut menyebabkan frekuensi berkemih meningkat. Selain itu, perubahan volume cairan dan proses hemodilusi mendukung peningkatan metabolisme air dalam tubuh.

c. Sistem *Rispirasi*

Pertumbuhan uterus yang semakin besar pada usia kehamilan sekitar 32 minggu ke atas menyebabkan diafragma terdorong ke arah atas sehingga ruang geraknya menjadi terbatas. Kondisi ini dapat menimbulkan keluhan sesak atau kesulitan bernapas pada ibu hamil.

d. Peningkatan Berat Badan

Tabel 2. 1 Rekomendasi Penambahan Berat Badan Selama Kehamilan Berdasarkan Indeks Massa Tubuh

Kategori	**IMT**
Sangat Kurus	<17,0
Kurus	17,0 – 18,4
Normal	18,5 – 25,0
Gemuk	25,1 – 27,0
Obesitas	>27,0

Sumber : (Kemenkes, 2021)

e. Sirkulasi Darah

Hemodilusi terjadi akibat peningkatan volume darah sekitar 25% dan mencapai puncaknya pada usia kehamilan 32 minggu. Sementara itu, kadar hematokrit berada pada titik terendah sekitar minggu ke-30–32. Setelah usia kehamilan 34 minggu, massa eritrosit *(Red Blood Cell/RBC)* masih meningkat, sedangkan volume plasma relatif tidak bertambah. Perubahan tersebut merupakan adaptasi fisiologis untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janin.

f. Sistem *Muskuloskeletal*

Peningkatan hormon progesteron dan relaksin menyebabkan jaringan ikat serta otot mengalami relaksasi, terutama pada minggu terakhir kehamilan. Kondisi ini membantu memperluas kapasitas panggul sebagai persiapan persalinan. Simfisis pubis menjadi lebih lunak, sedangkan sendi sakrokoksigeus mengendur sehingga tulang koksigis dapat bergeser ke arah posterior. Peningkatan kelonggaran sendi panggul juga dapat menimbulkan nyeri pinggang pada ibu hamil.

2.1.1.5 Perubahan Psikologis pada Ibu Hamil Trimester III

Trimester III dikenal sebagai fase menunggu dan waspada karena ibu semakin menantikan kelahiran bayi. Perut yang membesar dan gerakan janin membuat keberadaan bayi semakin terasa. Kondisi tersebut dapat meningkatkan kekhawatiran ibu terhadap kemungkinan persalinan yang terjadi kapan saja. Ibu juga mulai memusatkan perhatian pada persiapan persalinan dan peran sebagai orang tua serta berusaha melindungi janin dari hal-hal yang dianggap membahayakan (Rustikayanti et al, 2020) Menurut Zakiyah et al (2022) perubahan psikologis pada trimester III meliputi :

a. Meningkatnya ketidaksabaran menunggu kelahiran disertai rasa khawatir karena persalinan dapat terjadi sewaktu-waktu.
b. Meningkatnya sikap protektif terhadap janin dengan menghindari keramaian atau kondisi yang dianggap berisiko.
c. Timbul kecemasan mengenai kondisi bayi, kemungkinan kelainan, proses kelahiran, serta risiko cedera akibat gerakan janin.
d. Muncul perasaan kurang mendapatkan perhatian dari lingkungan sekitar.
e. Timbul kesedihan karena membayangkan adanya perpisahan dengan bayi setelah persalinan.
f. Hasrat seksual yang sebelumnya meningkat dapat menurun akibat ukuran abdomen yang semakin besar dan membatasi aktivitas.

2.1.1.6 Tanda Bahaya pada Kehamilan Trimester III

Beberapa tanda bahaya yang perlu diperhatikan pada kehamilan trimester III meliputi:

a. Perdarahan Pervaginam

Perdarahan yang tidak normal ditandai dengan darah berwarna merah, jumlah banyak, atau disertai nyeri. Kondisi tersebut dapat berkaitan dengan abortus, Kehamilan Ektopik Terganggu (KET), atau mola hidatidosa.

b. Nyeri Kepala Hebat

Sakit kepala yang menetap dan tidak membaik setelah beristirahat perlu diwaspadai, terutama jika disertai gangguan penglihatan. Kondisi ini dapat menjadi tanda preeklamsia.

c. Gangguan Penglihatan Mendadak

Perubahan visual secara tiba-tiba, seperti pandangan kabur atau berbayang, dapat menunjukkan kondisi kehamilan yang serius.

d. Nyeri Abdomen Hebat

Nyeri abdomen yang berat, menetap, dan tidak membaik setelah istirahat dapat berhubungan dengan appendicitis, kehamilan ektopik, abortus, penyakit radang panggul, persalinan preterm, gastritis, penyakit kandung empedu, abrupsio plasenta, infeksi saluran kemih, maupun infeksi lainnya.

e. Bengkak pada Wajah dan Tangan

Edema pada wajah dan tangan yang menetap setelah istirahat, terutama bila disertai keluhan lain, dapat berkaitan dengan anemia, gagal jantung, atau preeklamsia.

f. Penurunan Gerakan Janin

Gerakan janin umumnya mulai dirasakan pada usia kehamilan sekitar 5–6 bulan. Penurunan gerakan perlu diperhatikan karena dapat menjadi tanda adanya masalah pada kondisi janin. Gerakan biasanya lebih mudah dirasakan ketika ibu beristirahat atau berbaring serta setelah memperoleh asupan makanan dan cairan yang cukup.

2.1.1.7 Kebutuhan Fisik Ibu Hamil

a. Kebutuhan Nutrisi

Pemenuhan nutrisi selama kehamilan perlu diperhatikan, terutama kecukupan kalori dan protein untuk menunjang pertumbuhan janin serta menjaga kesehatan ibu. Kekurangan nutrisi dapat meningkatkan risiko anemia, abortus, persalinan prematur, inersia uteri, perdarahan pascapersalinan, dan sepsis puerperalis. Sebaliknya, asupan berlebihan dapat menyebabkan obesitas, preeklamsia, dan janin besar. Nutrisi yang dibutuhkan meliputi protein, karbohidrat, lemak, mineral terutama kalsium, fosfor dan zat besi (Fe), vitamin, serta air (Mundari, 2022).

b. Kebutuhan Oksigen (O_2)

Kehamilan menyebabkan peningkatan kebutuhan oksigen sehingga terjadi adaptasi pada sistem respirasi. Pembesaran uterus juga mendorong diafragma ke atas dan membuat pernapasan menjadi lebih dalam. Perubahan tersebut membantu memenuhi kebutuhan oksigen ibu dan janin (Widyani et al., 2023).

c. Eliminasi

1) BAB (Buang Air Besar)

Konstipasi atau obstipasi cukup sering dialami ibu hamil. Kondisi ini dapat dipengaruhi oleh:

a) Aktivitas fisik yang kurang.
b) Mual dan muntah sehingga asupan makanan berkurang.
c) Penurunan peristaltik usus akibat pengaruh hormonal.
d) Tekanan kepala janin terhadap rektum

2) BAK (Buang Air Kecil)

Frekuensi BAK pada kehamilan umumnya meningkat akibat pembesaran uterus yang memberikan tekanan pada kandung kemih.

a) Seksual

Pada trimester III, libido umumnya menurun karena kenyamanan fisik berkurang. Pembesaran abdomen, nyeri

punggung dan panggul, sesak napas akibat desakan janin, serta keluhan mual dapat menyebabkan penurunan minat seksual.

b) Mobilisasi dan *body* mekanik

Mobilisasi merupakan kemampuan tubuh untuk melakukan pergerakan secara bebas dan terarah. Aktivitas fisik membantu memperlancar sirkulasi, meningkatkan nafsu makan, mendukung pencernaan, dan memperbaiki kualitas tidur. Hal-hal yang perlu diperhatikan meliputi:

(1) Postur tubuh: menjaga posisi tubuh tetap tegak dengan tulang belakang lurus.

(2) Bangun dari posisi berbaring: dilakukan perlahan dengan miring terlebih dahulu, kemudian duduk dan berdiri secara bertahap.

(3) Berjalan: menggunakan alas kaki yang nyaman dan sesuai ukuran serta menghindari sepatu bertumit tinggi.

(4) Berbaring: posisi miring kiri lebih dianjurkan untuk menghindari tekanan uterus terhadap vena cava inferior.

(5) Mengangkat barang: menjaga punggung tetap tegak dan menekuk lutut saat mengambil barang.

c) *Exercise*/senam hamil

Olahraga selama kehamilan dapat membantu mempersiapkan tubuh menghadapi persalinan, meningkatkan relaksasi, serta menjaga kebugaran. Aktivitas yang dapat dilakukan antara lain berjalan santai dan latihan ringan. Peregangan berlebihan, terutama pada otot perut, punggung, dan rahim, perlu dihindari. Senam hamil dapat dilakukan sesuai kondisi ibu untuk mendukung kehamilan dan persalinan.

d) Istirahat/tidur

Istirahat dan tidur yang cukup diperlukan untuk menjaga kondisi fisik ibu selama kehamilan. Kebutuhan istirahat dapat dipenuhi sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari.

e) Imunisasi

Imunisasi tetanus toksoid (TT) diberikan selama kehamilan untuk membantu mencegah tetanus pada ibu dan bayi. Pemberian dapat dilakukan sebanyak 2 kali dengan interval minimal 4 minggu dan diberikan mulai usia kehamilan 3 bulan hingga sekitar 1 bulan sebelum persalinan (Widyani et al., 2023).

2.1.2 Asuhan Kebidanan Kehamilan (*Antenatal Care Terpadu)*

2.1.2.1 Pengertian

Antenatal Care (ANC) merupakan pelayanan pemeriksaan kehamilan yang dilakukan oleh bidan atau dokter untuk memantau serta mengoptimalkan kesehatan fisik dan psikologis ibu selama kehamilan hingga persiapan persalinan, masa nifas, pemberian ASI, dan pemulihan kesehatan reproduksi (Marfuah et al., 2023).

Pelayanan antenatal terpadu merupakan pelayanan kehamilan yang dilakukan secara komprehensif, terpadu, dan berkualitas kepada seluruh ibu hamil.

2.1.2.2 Tujuan Asuhan Kehamilan

Tujuan Antenatal Care (ANC) meliputi :

a. Memantau perkembangan kehamilan serta pertumbuhan dan kesehatan janin.
b. Mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu serta bayi.
c. Mendeteksi secara dini kelainan dan faktor risiko selama kehamilan.
d. Mempersiapkan persalinan cukup bulan yang aman bagi ibu dan bayi.
e. Mempersiapkan ibu menghadapi masa nifas dan pemberian ASI eksklusif.
f. Mempersiapkan ibu dan keluarga dalam menjalankan peran setelah kelahiran bayi.
g. Mendukung pertumbuhan dan perkembangan bayi secara optimal.

2.1.2.3 Manfaat

ANC membantu mendeteksi risiko dan komplikasi kehamilan secara dini sehingga penanganan atau rujukan dapat dilakukan sesuai kondisi ibu (Rinata, 2022):

a. Bagi Ibu
    1) Mendeteksi dan menangani komplikasi kehamilan secara dini.
    2) Memelihara kesehatan fisik dan mental dalam menghadapi persalinan.
    3) Mendukung pemulihan kesehatan setelah persalinan dan keberhasilan menyusui.
    4) Memberikan konseling mengenai pemilihan kontrasepsi.
b. Bagi Janin

    Pemantauan kehamilan membantu menjaga kesehatan ibu sehingga dapat menurunkan risiko persalinan prematur dan BBLR serta mendukung kesehatan bayi.

2.1.2.4 Penapisan Ibu Hamil

a. Kehamilan Resiko Rendah (KRR) skor 2 hijau

    Kehamilan tanpa faktor risiko bermakna dengan kemungkinan persalinan normal, namun tetap memerlukan pemantauan terhadap komplikasi ibu dan bayi.
b. Kehamilan Resiko Tinggi (KRT) skor 6-10 kuning

    Kehamilan yang memiliki faktor risiko pada ibu dan/atau janin sehingga dapat meningkatkan kemungkinan komplikasi serta morbiditas dan mortalitas.
c. Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST) skor ≥12 merah

    Kehamilan dengan dua atau lebih faktor risiko yang meningkatkan kemungkinan terjadinya komplikasi berat hingga kematian pada ibu maupun bayi.

2.1.2.5 Kunjungan Antenatal Care

Kunjungan antenatal merupakan kontak antara ibu hamil dan tenaga kesehatan untuk memperoleh pemeriksaan serta pelayanan kehamilan. Berdasarkan standar sebelumnya, ANC dilakukan minimal 4 kali, yaitu 1 kali trimester I, 1 kali trimester II, dan 2 kali trimester III.

Standar pelayanan terbaru menetapkan minimal 6 kali kunjungan, dengan minimal 2 kali pemeriksaan oleh dokter pada trimester I dan III.

a. 2 kali pada trimester I hingga usia kehamilan 12 minggu.
b. 1 kali pada trimester II, usia kehamilan >12–24 minggu.
c. 3 kali pada trimester III, usia kehamilan >24–40 minggu, dengan salah satu kunjungan dilakukan oleh dokter (Kemenkes RI, 2021).

2.1.2.6 Standar Pelayanan Asuhan Kehamilan

Pelayanan ANC dilakukan berdasarkan standar 10T sesuai Buku KIA (BUKU KIA, 2023) :

a. Timbang Berat Badan (BB) dan Ukur Tinggi Badan (TB)

   Berat badan dipantau setiap kunjungan ANC untuk menilai perkembangan kehamilan. Kenaikan berat badan kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kg per bulan dapat menunjukkan gangguan pertumbuhan. Pengukuran tinggi badan dilakukan pada kunjungan pertama untuk mengetahui faktor risiko. Tinggi badan <145 cm berhubungan dengan risiko Cephalopelvic Disproportion (CPD).

b. Pengukuran Tekanan Darah (TD)

   Tekanan darah diperiksa setiap kunjungan untuk mendeteksi hipertensi, yaitu ≥140/90 mmHg, serta mengidentifikasi kemungkinan preeklamsia berdasarkan temuan klinis dan pemeriksaan penunjang.

c. Penilaian Status Gizi melalui LILA

   Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA) dilakukan pada kontak pertama, terutama untuk skrining Kurang Energi Kronis (KEK). Nilai

LILA <23,5 cm menunjukkan risiko KEK yang dapat meningkatkan kemungkinan bayi lahir dengan berat badan rendah.

d. Ukur *Tinggi Fundus Uteri* (TFU)

Pengukuran TFU dilakukan pada setiap kunjungan untuk menilai kesesuaian pertumbuhan janin dengan usia kehamilan.

Tabel 2. 2 Perubahan TFU dan Pembesaran Uterus Berdasarkan Usia Kehamilan

Tinggi Fundus Uteri (cm)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)	Umur Kehamilan
12	1/3 diatas symfisis	12
16	1/2 symfisis – pusat	16
20	2/3 diatas symfisis	20
24	Setinggi pusat	24
28	1/3 jari diatas pusat	28
32	Pertengahan pusat – PX	32
36	Setinggi PX	
38	2 Setinggi PX	36

Sumber : (marfuah et al., 2023)

e. Menentukan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ)

Penilaian presentasi janin mulai dilakukan pada akhir trimester II dan dilanjutkan setiap kunjungan ANC untuk mengetahui posisi janin. Pada trimester III, bagian terbawah janin yang bukan kepala atau kepala belum memasuki PAP dapat menunjukkan adanya malpresentasi, panggul sempit, atau kondisi lain yang memerlukan pemeriksaan lebih lanjut. Pemeriksaan DJJ dilakukan sejak akhir trimester I dan setiap kunjungan berikutnya. DJJ 160 kali/menit perlu diwaspadai sebagai tanda kemungkinan gawat janin.

f. Skrining Status Imunisasi *Tetanus*

Imunisasi tetanus diberikan kepada ibu hamil sebagai upaya mencegah tetanus neonatorum. Pemberian TT disesuaikan dengan riwayat imunisasi sebelumnya. Ibu dengan status TT5 (TT Long Life) tidak memerlukan pemberian TT tambahan.

Tabel 2. 3 Pemberian Imunisasi TT

Imunisasi	**Interval**	**Masa Perlindungan**

TT 1	Kunjungan ANC pertama	Awal pembentukan kekebalan terhadap tetanus
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

g. Pemberian Tablet Tambah Darah

Tablet tambah darah yang mengandung zat besi dan asam folat diberikan kepada ibu hamil untuk mencegah anemia akibat kekurangan zat besi. Pemberian dilakukan sejak kontak pertama dengan jumlah minimal 90 tablet selama kehamilan.

h. Periksa Laboratorium (Rutin dan Khusus)

Pemeriksaan laboratorium rutin dilakukan untuk mendeteksi kondisi yang dapat memengaruhi kehamilan, sedangkan pemeriksaan khusus dilakukan berdasarkan indikasi klinis. Pemeriksaan tersebut terdiri dari:

1) Pemeriksaan *Hemoglobin*

Pemeriksaan Hb dilakukan minimal satu kali pada trimester I dan III untuk mendeteksi anemia yang dapat memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin.

2) Pemeriksaan protein urin

Pemeriksaan protein urin pada trimester II dan III dilakukan berdasarkan indikasi untuk mendeteksi proteinuria.

3) Pemeriksaan kadar gula darah

Pada ibu yang dicurigai mengalami diabetes melitus, pemeriksaan kadar gula dilakukan minimal satu kali pada setiap trimester.

4) Pemeriksaan USG

Deteksi kondisi kehamilan dan janin dengan Ultrasonografi/USG.

i. Tatalaksana/Penanganan Kasus

Hasil pemeriksaan ANC dan laboratorium menjadi dasar dalam menentukan penatalaksanaan. Setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil ditangani sesuai standar pelayanan dan kewenangan tenaga kesehatan.

j. Temu Wicara (Konseling)

Konseling diberikan pada setiap kunjungan ANC yang mencakup:

1) Kesehatan ibu.
2) Perilaku hidup bersih dan sehat.
3) Dukungan suami dan keluarga.
4) Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi.
5) Pemenuhan nutrisi seimbang.
6) Gejala penyakit menular dan tidak menular.
7) Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan pemberian ASI *ekslusif*.
8) Imunisasi.
9) Tes HIV dan konseling sesuai indikasi serta kondisi epidemiologis.
10) KB pascapersalinan.
11) Peningkatan stimulasi kecerdasan janin selama kehamilan (*Brain Booster*).

2.2 Persalinan

2.2.1 Konsep Dasar Persalinan

2.2.1.1 Pengertian Persalinan

Persalinan normal merupakan proses keluarnya hasil konsepsi yang dapat hidup dari uterus melalui vagina pada kehamilan cukup bulan 37–42 minggu. Proses ini ditandai kontraksi uterus yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks hingga janin lahir secara spontan melalui jalan lahir dengan presentasi belakang kepala, tanpa penggunaan alat serta tanpa komplikasi pada ibu maupun janin. (Indah dan Firdayanti, 2018)

2.2.1.2 Sebab – Sebab Persalinan

a. Vili arterikoroner

Menyebabkan penurunan kadar estrogen dan progesteron. Kadar kedua hormon ini menurun kurang lebih 1-2 minggu sebelum persalinan. Selain itu,otot–otot menjadi lebih sensitif terhadap oksitosin. Penurunan kadar progesteron hingga tingkat tertentu menyebabkan otot–otot rahim berkonraksi.

b. Teori oksitosis

Saat melahirkan, jumlah reseptor oksitosin pada otot rahim meningkat sehingga mudah dirangsang dengan suntikan oksitosin dan menyebabkan kontraksi. Oksitosin diyakinin dapat meningkatkan pembentukan prostaglandin dan pekerjaan dapat dilanjutkan.

c. Teori ketegangan otot rahim

Kondisi rahim yang terus membesar dan tegang sehingga menyebabkan iskemia otot rahim. Hal ini merupakan faktor yang menyebabkan degenrasi plasenta. Otot-otot rahim memiliki kemamampuan untuk meregangkan sampai batas tertentu. Jika batas ini terlampaui maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

d. Teori prostaglandin

Prostaglandin meningkat secara signifikan dalam cairan ketuban dan cairan desidua dari minggu ke 15 sampai cukup bulan, dan kadarnya meningkat hingga saat persalinan. Dipercaya bahwa penurunan progestron dapat memicu “hidrolisis glisero fosfolipid” oleh interleukin-1 yang menyebabkan pelepasan asam arakidonat menjadi prostaglandin.

e. Hipotesis janin

Ada hubungan antara kelenjar hipofisis dan adrenal yang menghasilkan sinyal yang kemudian diteruskan keibu sebagai tanda bahwa janin siap dilahirkan. Menghasilkan sinyal yang kemudian

diteruskan ke ibu sebagai tanda bahwa janin siap dilahirkan. Namun, mekanisme tersebut belum diketahui secara pasti.

f. Teori Berkurangnya

Nutrisi Teori berkurangnya nutrisi pada janin pertama kali dikemukakan oleh hippocrates. Hasil pembuahan akan langsung keluar jika nutrisinya berkurang.

g. Teori penuaan plasenta

Plasenta menua seiring bertambahnya usia kehamilan hal ini akan menyebabkan kadar estrogen dan progesteron menurun sehingga menyebabkan kontraksi rahim.

2.2.1.3 Tanda – Tanda Persalinan

Tanda-tanda persalinan meliputi beberapa perubahan fisiologis yang menunjukkan dimulainya proses persalinan (Rosyati, 2024):

a. Timbulnya Kontraksi *Uterus*

Kontraksi atau *his* persalinan memiliki karakteristik:

1) Nyeri berawal dari punggung dan menjalar ke bagian depan abdomen.
2) Kontraksi berlangsung teratur dengan interval semakin pendek dan kekuatan semakin meningkat.
3) Menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks.
4) Aktivitas ibu dapat meningkatkan kekuatan kontraksi..

b. Penipisan dan pembukaan *serviks*

Penipisan serta pembukaan serviks terjadi secara bertahap dan umumnya disertai keluarnya lendir bercampur darah sebagai tanda awal persalinan.

c. *Bloody show* (lendir disertai darah dari jalan lahir)

Pembukaan serviks menyebabkan lendir dari kanalis servikalis keluar bersama sedikit darah. Kondisi ini terjadi akibat terlepasnya selaput janin pada segmen bawah uterus sehingga pembuluh kapiler mengalami ruptur.

d. *Premature rupture of membrane*

Kondisi ini ditandai dengan keluarnya cairan ketuban secara tiba-tiba melalui jalan lahir akibat pecahnya selaput ketuban. Umumnya ketuban pecah ketika pembukaan sudah lengkap atau hampir lengkap sehingga dapat menjadi tanda yang muncul pada tahap akhir persalinan.

2.2.1.4 Tahapan Persalinan

Persalinan terdiri atas empat tahapan utama (Pefbrianti, 2021):

a. Kala I

Kala I merupakan fase pembukaan yang berlangsung sejak pembukaan serviks 0 cm hingga mencapai 10 cm. Secara umum, durasinya sekitar 12 jam pada primigravida dan 8 jam pada multigravida. Kala I terdiri atas:

1) Fase laten

Pembukaan serviks berlangsung perlahan dari 0–3 cm selama sekitar 7–8 jam.

2) Fase aktif

Berlangsung sekitar 6 jam dan meliputi:

a) Periode akselerasi: sekitar 2 jam, pembukaan mencapai 4 cm.
b) Periode dilatasi maksimal: sekitar 2 jam, pembukaan meningkat cepat hingga 9 cm.
c) Periode deselerasi: sekitar 2 jam, pembukaan berlangsung lebih lambat hingga mencapai 10 cm.

b. Kala II

Kala II merupakan fase pengeluaran bayi yang dimulai saat pembukaan serviks lengkap (10 cm) hingga bayi lahir. Tanda-tandanya meliputi:

1) Kontraksi semakin kuat, cepat, teratur, dan berlangsung sekitar setiap 2–3 menit.
2) Kepala janin semakin turun dan menekan dasar panggul sehingga menimbulkan refleks mengejan.
3) Timbul tekanan pada rektum atau anus, vulva membuka, dan perineum meregang

Dengan kontraksi dan mengejan yang efektif, kepala kemudian lahir diikuti seluruh tubuh bayi:

a) Primipara: sekitar 1,5 jam – 2 jam
b) Multipara: sekitar 0,5 jam – 1 jam

c. Kala III

Kala III merupakan tahap pelepasan dan pengeluaran plasenta, dimulai setelah bayi lahir hingga plasenta keluar seluruhnya. Lama kala III pada primigravida maupun multigravida umumnya sekitar 10 menit.

d. Kala IV

Kala IV berlangsung sejak plasenta lahir hingga 2 jam postpartum. Pemantauan terutama bertujuan mendeteksi perdarahan dan memastikan kondisi ibu tetap stabil. Observasi meliputi:

1) Kondisi dan kontraksi uterus.
2) Serviks, vagina, dan perineum.
3) Kelengkapan plasenta, selaput, dan tali pusat.
4) Penjahitan episiotomi atau laserasi jika diperlukan.
5) Tanda vital, kontraksi uterus, lokia, perdarahan, dan kondisi kandung kemih..

2.2.1.5 Pemeriksaan Dalam (PD)

Pemeriksaan Dalam (PD) atau *Vaginal Touche* (VT) merupakan suatu metode dengan memasukkan dua jari pemeriksa (telunjuk dan jari Tengah) ke dalam vagina ibu untuk memeriksa pembukaan serviks atau leher rahim apakah telah siap untuk proses kelahiran bayi atau belum (Arisandy, 2019). Kala I persalinan dibagi menjadi 2 fase yaitu fase laten pembukaan 0 – 3 cm dan fase aktif pembukaan 4 – 10 cm. Selama fase aktif, dilatasi serviks berlangsung semakin progesif, pembukaan biasanya pada primipara ± 1 cm perjam atau ± 2 cm perjam.

Vaginal Touche (VT) dilakukan berdasarkan kondisi ibu. Pada fase laten Pemeriksaan Dalam (VT) dilakukan setiap 4 jam setelah pasien masuk ke kamar bersalin atau pasien mulai merasakan adanya kontraksi/his yang mulai teratur. Pada fase aktif, apabila semua hasil pemeriksaan normal maka

pemeriksaan dilakukan setiap 4 jam, namun jika ada gangguan kemajuan persalinan, penilaian ulang dilakukan 2 jam kemudian. Pemeriksaan dalam (VT) saat proses persalinan umumnya tidak berbahaya, namun tetap menimbulkan risiko infeksi, namun risiko dapat dikurangi misalnya dengan menggunakan sarung tangan steril, area dan lingkungan tempat persalinan bersih, dan dibantu dengan pemberian antibiotik. Apabila ada tanda – tanda infeksi seperti demam, nyeri panggul, keluar cairan atau darah terus menerus dari vagina atau penurunan kesadaran sebaiknya segera rujuk ke fasilitas yang lebih lengkap.

Hal – hal yang harus dinilai pada saat melakukan Pemeriksaan Dalam:

a. Vulva dan vagina

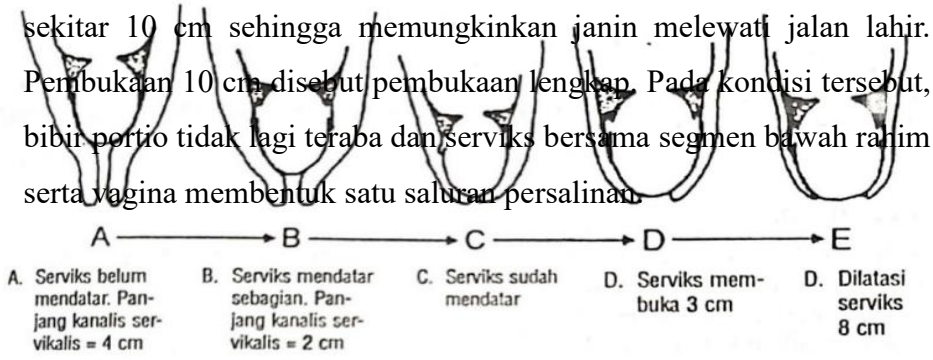
   Nilai cairan vagina dan tentukan apakah terdapat bercak darah, perdarahan atau meconium. Apakah terdapat luka atau massa dan luka parut pada perineum. Luka parut di vagina mengidentifikasikan adanya Riwayat robekan perineum atau Tindakan episiotomy sebelumnya.

b. Konsistensi portio

   Konsistensi portio menjadi tipis dan lunak, bahkan tidak teraba saat pembukaan lengkap (10 cm). serviks dikatakan kaku jika dalam peraba didapatkan portio kaku dan keras seperti ujung hidung dan ini dapat memperlambat pembukaan.

c. Pembukaan serviks

   Pembukaan serviks merupakan proses pelebaran ostium eksternum dari ukuran awal yang hanya beberapa milimeter hingga mencapai sekitar 10 cm sehingga memungkinkan janin melewati jalan lahir. Pembukaan 10 cm disebut pembukaan lengkap. Pada kondisi tersebut, bibir portio tidak lagi teraba dan serviks bersama segmen bawah rahim serta vagina membentuk satu saluran persalinan.



Gambar 2. 1 Pembukaan serviks

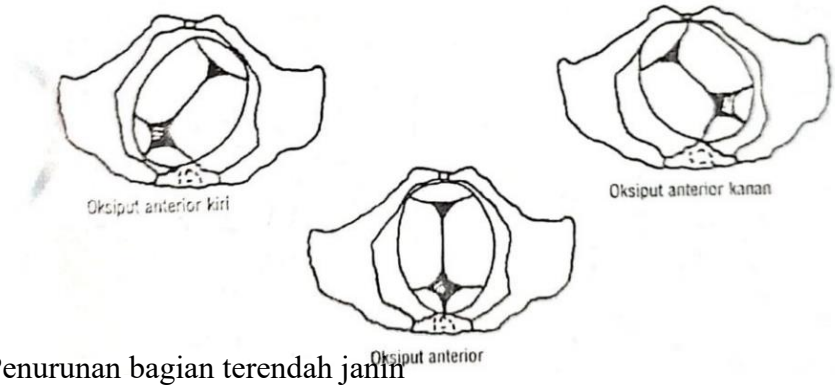
d. Air ketuban

Cairan diperiksa untuk mengetahui adanya warna atau mekonium dan bau. Jika ketuban sudah pecah maka pada perabaan akan terasa kasar dan gersang dan ada rambut. Bila masih utuh akan teraba licin. Jika ketuban sudah pecah periksaan warna dan baunya, dalam keadaan normal ketuban bewarna putih keruh. Pada letak kepala air ketuban bewarna hijau menandakan adanya gawat janin, bila pada letak bokong air ketuban bewarna hijau maka keadaan tersebut normal karena bercampur dengan mekonium.

e. Presentasi dan posisi janin

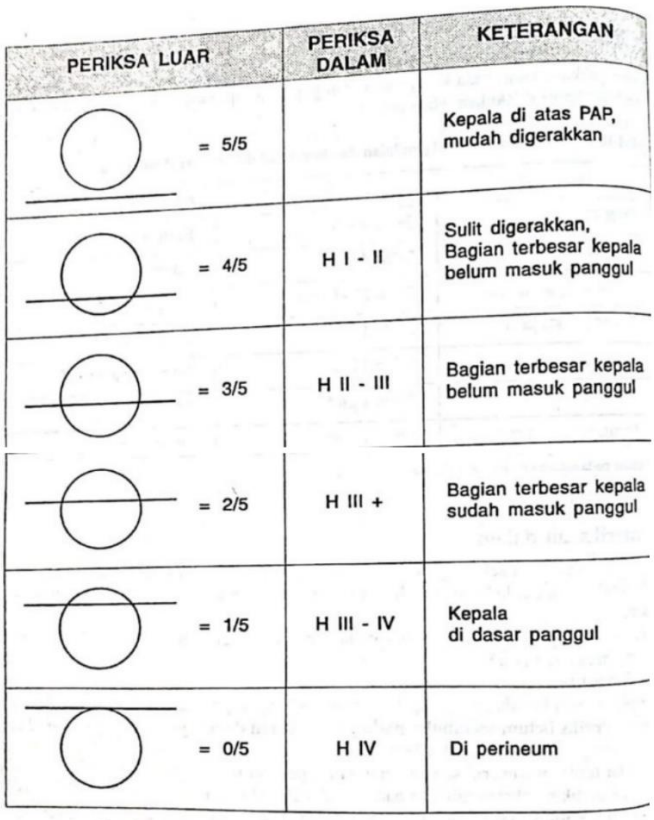
Periksa bagian terendah janin apakah kepala atau bokong. Jika kepala dapat di palpasi maka raba fontanela dan sutura sagitalis untuk menilai penyusupan tulang kepala/moulase. Telusuri ubun – ubun kecil (UUK)/fontanela minor dan tentukan posisinya.

Gambar 2. 2 Posisi ubun-ubun kecil depan



f. Penurunan bagian terendah janin

Menentukan bagian terbawah janin dengan pemeriksaan bidang hodge.



Gambar 10.2: Penurunan kepala janin menurut sistem perlimaan

Gambar 2. 3 Penurunan kepala janun menurut system perlimaan

g. Penyusuan kepala janin/moulase

Moulase adalah perubahan bentuk kepala janin dalam usaha menyesuaikan diri dengan bentuk panggul ialah dengan bergesernya tulang tengkorak yang satu dibawah tulang tengkorak yang lain. Dengan moulase ini ukuran yang melalui jalan lahir menjadi kecil sedangkan ukuran yang tegak lurus padanya menjadi lebih panjang. Moulase ini penting pada persalinan dengan panggul sempit. Kemampuan moulase dapat menentukan apakah persalinan dapat berlangsung dengan spontan atau tidak. Walaupun begitu moulase yang terlalu kuat berbahaya karena dapat menimbulkan perdarahan dalam tengkorak.

2.2.1.6 Persiapan Persalinan

Menurut (Harumawati, 2017) menyatakan bahwa dalam persalinan ada empat hal yang perlu dipersiapkan, yaitu :

a. Persiapan fisik

Persiapan fisik menjelang persalinan mencakup pemeliharaan kesehatan ibu, pemenuhan kebutuhan nutrisi, aktivitas fisik, istirahat, serta kesiapan menghadapi tanda persalinan dan kemungkinan

komplikasi. Ibu dianjurkan mengonsumsi makanan bergizi, mencukupi kebutuhan cairan, tetap melakukan aktivitas ringan seperti berjalan pagi, dan memperoleh istirahat yang cukup. Penguasaan teknik pernapasan dan mengejan yang tepat juga dapat membantu proses persalinan berlangsung lebih nyaman dan terkontrol.

b. Persiapan psikologis

Persiapan psikologis dilakukan dengan menjaga ketenangan dan mengurangi rasa takut menjelang persalinan. Dukungan dari suami dan keluarga melalui perhatian, kasih sayang, dorongan moral, serta respons terhadap keluhan ibu dapat meningkatkan rasa percaya diri dan kesiapan menghadapi persalinan.

c. Persiapan finansial

Persiapan finansial diperlukan untuk memenuhi kebutuhan selama kehamilan hingga persalinan, termasuk biaya pelayanan kesehatan, perlengkapan ibu dan bayi, seperti popok dan pakaian. Kesiapan calon pendonor darah juga perlu dipertimbangkan sebagai antisipasi apabila ibu membutuhkan transfusi setelah persalinan.

d. Perisapan kultural

Ibu harus mengetahui adat istiadat, kebiasaan, dan tradisi yang kurang baik terhadap kehamilan agar persiapan yang berhubungan dengan kebiasaan tidak baik selama kehamilan dapat dihindari. Kepercayaan dan budaya akan perilaku yang pantas selama masa kehamilan akan mempengaruhi respon suami maupun petugas kesehatan terhadap kebutuhan ibu (Japira, 2021).

2.2.1.7 Perubaha Fisiologis pada Persalinan

Perubahan fisiologis selama persalinan terjadi secara bertahap pada setiap kala persalinan (Suparyanto dan Rosad, 2020) :

a. Perubahan *fisiologis* pada kala I

1) Tekanan Darah

Tekanan darah cenderung meningkat saat kontraksi, dengan kenaikan sistolik sekitar 10–20 mmHg dan diastolik 5–10 mmHg.

Di antara kontraksi, tekanan darah umumnya kembali seperti sebelum persalinan.

2) Metabolisme

Metabolisme aerob dan anaerob meningkat secara bertahap akibat aktivitas otot dan kecemasan. Kondisi ini dapat meningkatkan suhu tubuh, denyut nadi, curah jantung, frekuensi pernapasan, serta kehilangan cairan.

3) Suhu Tubuh

Peningkatan metabolisme menyebabkan suhu tubuh sedikit meningkat selama persalinan. Kenaikan suhu perlu dipantau agar tidak melebihi 0,5-1°C.

4) Detak Jantung

Frekuensi denyut jantung meningkat selama kontraksi seiring meningkatnya aktivitas metabolisme.

5) Pernapasan

Laju pernapasan dapat meningkat sebagai respons terhadap peningkatan metabolisme. Hiperventilasi yang berlangsung lama tidak normal dan berisiko menyebabkan *alkalosis*.

6) Ginjal

Poliuria dapat terjadi selama persalinan akibat peningkatan curah jantung, filtrasi glomerulus, dan aliran plasma ginjal. Proteinuria ringan masih dapat ditemukan selama persalinan.

7) *Gastrointestinal*

Motilitas lambung dan penyerapan makanan padat menurun selama persalinan. Penurunan sekresi lambung juga menyebabkan proses pengosongan lambung menjadi lebih lambat.

8) *Hematologi*

Kadar hemoglobin dapat meningkat sekitar 1,2 g/100 ml selama persalinan dan umumnya kembali ke kondisi sebelum persalinan dalam waktu sekitar satu hari postpartum, kecuali terjadi perdarahan.

b. Perubahan *fisiologis* pada kala II

1) Kontraksi dorongan otot – otot persalinan

His merupakan kontraksi involunter otot uterus yang menyebabkan uterus menjadi lebih tebal dan pendek sehingga rongga uterus mengecil serta mendorong janin menuju segmen bawah rahim dan serviks. Kontraksi bersifat intermiten, terkoordinasi, simetris, dan menimbulkan nyeri. Pusat koordinasi kontraksi (*pacemaker*) berada di daerah sudut tuba dan gelombangnya menyebar ke seluruh uterus. Kekuatan kontraksi paling besar berada di fundus sehingga menyebabkan serviks mengalami penipisan (*effacement*) dan dilatasi.

2) Pergeseran organ dasar panggul

Selama persalinan, segmen atas uterus berkontraksi dan menebal untuk mendorong janin keluar. Sebaliknya, segmen bawah dan serviks mengalami relaksasi, penipisan, serta dilatasi sehingga membentuk saluran yang dapat dilalui bayi.

c. Perubahan *fisiologis* pada kala III

Setelah bayi lahir, kontraksi uterus menyebabkan rongga uterus menyusut secara cepat. Tempat implantasi plasenta ikut mengecil, sedangkan ukuran plasenta tetap, sehingga plasenta mengalami penebalan dan pelipatan hingga akhirnya terlepas dari dinding uterus.

d. Perubahan *fisiologisi* pada kala IV

Sekitar 10–45 menit setelah bayi lahir, uterus berkontraksi dan mengecil sehingga membantu pelepasan plasenta dari tempat implantasinya. Pelepasan plasenta menyebabkan terbukanya sinus-sinus plasenta dan menimbulkan perdarahan. Kontraksi uterus kemudian menekan pembuluh darah pada tempat implantasi melalui

susunan serabut otot polos berbentuk seperti angka delapan, sehingga membantu membatasi kehilangan darah sekitar 350 ml.

2.2.1.8 Perubahan Psikologi pada Persalinan

Beberapa keadaan dapat terjadi pada ibu dalam persalinan, terutama pada ibu yang pertama kali melahirkan (Agustini & Arifin, 2020) :

a. Perasaan tidak enak dan cemas.
b. Takut dan ragu akan persalinan yang akan dihadapi.
c. Sering memikirkan antara lain, apakah persalinan berjalan normal, apakah penolong persalinan dapat sabar dalam menolongnya, apakah bayinya normal atau tidak, apakah ia sanggup merawat bayinya.
d. Menganggap persalinan sebagai percobaan.

2.2.1.9 Perubahan Dasar Ibu dalam Masa Persalinan

a. Dukungan fisik dan psikologis

   Setiap ibu yang mendekati persalinan dapat mengalami rasa takut, cemas, dan khawatir, terutama pada primipara karena menghadapi pengalaman persalinan untuk pertama kali.

b. Kebutuhan nutrisi dan cairan

   Selama fase aktif persalinan, pemberian makanan padat sebaiknya dihindari karena makanan tersebut lebih lama berada di lambung dan proses pencernaan menjadi lebih lambat. Pemenuhan cairan tetap perlu diperhatikan sesuai kondisi ibu.

c. Kebutuhan eliminasi

   Kandung kemih perlu dikosongkan secara berkala, sekitar setiap 2 jam selama persalinan. Jika ibu tidak mampu berkemih secara spontan, kateterisasi dapat dilakukan sesuai indikasi. Kandung kemih yang penuh dapat menghambat penurunan bagian terbawah janin serta meningkatkan ketidaknyamanan selama kontraksi (Japira, 2021).

d. Posisi dan ambulasi

   Persalinan merupakan proses fisiologis yang berlangsung secara alami. Selama proses tersebut, ibu dapat melakukan perubahan posisi

dan mobilisasi sesuai kondisi serta kenyamanan untuk mendukung kemajuan persalinan.

Saat bidan memberikan dukungan fisik dan emosional dalam persalinan, atau membantu keluarga untuk memberikan dukungan persalinan, bidan harus melakukan semuanya dengan bersifat sayang ibu, meliputi :

1) Aman, sesuai evidence based, dan memberi sumbangan pada keselamatan jiwa ibu.
2) Memungkinkan ibu merasa nyaman, aman, secara emosional serta merasa didukung dan didengarkan.
3) Menghormati praktek-praktek budaya, keyakinan agama, dan ibu/keluarganya sebagai pengambil keputusan.
4) Memastikan bahwa informasi yang diberikan adekuat serta dapat dipahami ibu.

Adapun posisi persalinan dapat dilakukan dengan :

1) Duduk atau setengah duduk

   Memudahkan bagi bidan untuk membimbing kelahiran kepala bayi dan mengamati/mensupport perineum.

2) Posisi merangkak

   Baik untuk persalinan dengan punggung yang sakit, membantu bayi melakukan rotasi, peregangan minimal pada perineum.

3) Berjongkok atau berdiri

   Membantu penurunan kepala bayi, memperbesar ukuran panggul yaitu menambah 28% ruang outletnya, memperbesar dorongan untuk meneran (bisa memberi kontribusi pada laserasi perineum).

4) Berbaring miring ke kiri

   Memberi rasa santai bagi ibu yang letih, memberi oksigenasi yang baik bagi bayi, membantu mencegah terjadinya laserasi.

e. Pengurangan rasa nyeri

Cara-cara untuk mengurangi rasa nyeri ialah, mengurangi rasa sakit langsung dari sumbernya, memberikan rangsangan alternatif yang kuat,

mengurangi reaksi mental yang negatif, emosional, dan reaksi fisik ibu terhadap rasa sakit (Japira, 2021). Adapun pendekatan-pendekatan untuk mengurangi rasa sakit, menurut Varney's Midwifery adalah :

1) Adanya seseorang yang dapat mendukung dalam persalinan.
2) Pengaturan posisi.
3) Relaksasi dan latihan pernafasan.
4) Sentuhan masase.
5) Pijatan ganda pada panggul.
6) Kompres hangat dan kompres dingin.
7) Berendam.

2.2.1.10 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

a. Passenger

Passenger bila diartikan menjadi penumpang, dalam hal ini yang dimaksud penumpang yaitu bayi dan plasenta, Pergerakan bayi dan plasenta ini yang mempengaruhi kelancaran proses persalinan. Hasil dari sebuah studi penelitian menyatakan bahwa terdapat hubungan antara penumpang (passenger) dengan lama persalinan. Presentasi kejadian persalinan lama pada saat persalinan memiliki penumpang kurang baik lebih tinggi daripada ibu dengan penumpang baik pada saat persalinan.

Pergerakan bayi dan plasenta ini juga dipengaruhi oleh interaksi beberapa faktor seperti berikut:

1) Ukuran kepala janin

Ukuran kepala janin ini sangat berpengaruh terhadap proses persalinan karena ukuran dan sifatnya yang relatif kaku. Dalam proses persalinan, ketika ketuban sudah pecah maka dilakukan pemeriksaan untuk menentukan bagian presentasi, posisi, dan sikap janin. Pemeriksaan tersebut sangat penting untuk keselamatan dan kesejahteraan bayi baru lahir.

2) Presentasi

Dalam hal ini yang dimaksud dengan presentasi yaitu gambaran dari bagian janin yang pertama kali memasuki pintu atas panggul pada saat kehamilan sudah cukup bulan dan kemudian akan melalui jalan lahir. Presentasi bagian janin ini dibagi menjadi tiga yaitu presentasi kepala (kepala yang memasuki pintu atas panggul lebih dahulu), presentasi bokong yang biasa disebut dengan sungsang, dan presentasi bahu. Presentasi bagian janin ini dipengaruh oleh beberapa faktor diantaranya yaitu letak janin, sikap janin, dan fleksi ataupun ekstensi kepala janin.

3) Letak janin

Letak janin ini dilihat dari hubungan antara sumbu panjang punggung janin terhadap sumbu panjang ibu. Letak janin dibagi menjadi dua macam yaitu letak memanjang (vertikal) dan letak melintang (horizontal). Letak janin memanjang apabila sumbu panjang janin sejajar dengan sumbu panjang ibu. Letak memanjang berupa presentasi bokong atau presentasi kepala. Sedangkan letak janin melintang apabila sumbu panjang janin membentuk sudut terhadap sumbu panjang ibu.

4) Sikap janin

Janin memiliki sikap yang khas saat masih di dalam rahim ibu. Sikap janin pada kondisi normal punggung janin cenderung sangat menekuk (fleksi), kepala membungkuk ke arah dada, dan paha menekuk ke arah sendi lutut. Sedangkan sikap tangan biasanya disilangkan di depan dada dan tali pusat terletak di antara tungkai dan lengan.

5) Posisi janin

Posisi janin yang dimaksud ialah hubungan antara bagian presentasi janin (puncak kepala, dagu, sakrum, dan ubun-ubun yang cenderung menengadah) terhadap empat kuadran panggul ibu.

b. Passage

Biasa disebut sebagai jalan lahir, yang merupakan salah satu faktor penting dalam proses persalinan untuk mencapai lahirnya bayi. Menentukan apakah bayi dapat lahir melalui persalinan spontan atau harus melalui operasi sectio *cesaria*. Persalinan spontan dipengaruhi berat badan dan jalan lahir dengan ukuran panggul normal. Ukuran panggul yang terlalu kecil dari ukuran normal, cenderung akan mengalami kesukaran dalam proses persalinan secara spontan (pervagina). Otot- otot dan ligamen memiliki peran yang sangat penting dalam proses persalinan yaitu sebagai penyokong alat-alat urogenital (Dewi et al., 2018).

c. Power

Keberhasilan proses persalinan sangat dipengaruhi oleh kekuatan yang mendorong janin untuk mencapai kelahiran. Kekuatan ibu meneran dengan baik akan menekan resiko persalinan lama. Sebuah studi penelitian mengartikan bahwa ibu yang memiliki kekuatan meneran kurang baik akan mengalami persalinan lama 8,1 kali lebih besar.

Kekuatan yang mendorong janin diantaranya yaitu adanya kontraksi uterus (his), kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan ligament. Jenis kekuatan dalam proses persalinan ada dua jenis:

1) Kontraksi uterus (his)

Kontraksi uterus merupakan kontraksi ritmis otot polos dinding uterus yang dimulai dari fundus uteri. Kontraksi berlangsung efektif karena sifat otot uterus yang simetris, dominan pada fundus, dan mampu mengalami relaksasi. Saat kontraksi terjadi, otot uterus berkontraksi sehingga menjadi lebih tebal dan memendek, yang membantu mendorong janin menuju jalan lahir. Kontraksi uterus bersifat terjadi secara tidak sadar, terjadi berselang, akan menimbulkan rasa sakit, terkoordinasi, dan terkadang dipengaruhi oleh fisik, kimia, serta psikis.

Frekuensi his juga mempengaruhi lama waktu kala II. Semakin tinggi frekuensi his, maka waktu yang ditempuh pada kala II akan semakin berkurang, dan juga sebaliknya (Herma, 2019).

2) Kekuatan ibu meneran

Keinginan rasa meneran pada ibu akan muncul setelah bagian presentasi janin sampai pada dasar panggul yang kemudian sifat kontraksi uterus akan berubah sehingga semakin mendorong janin keluar dan pada saat itulah ibu akan berusaha meneran untuk mendorong ke bawah. Proses meneran ibu merupakan kendali penting yang paling menentukan proses kelahiran. Oleh sebab itu, ibu harus meneran dengan benar dan baik dari segi kekuatan maupun kestabilan saat meneran (Zaini Miftach, 2021).

d. Position

Posisi ibu selama persalinan dapat memengaruhi adaptasi fisiologis dan anatomi. Posisi tegak dapat meningkatkan kenyamanan, mengurangi rasa lelah, serta membantu memperlancar sirkulasi darah. Posisi ini meliputi berdiri, berjalan, duduk, dan jongkok.

e. Psychologic respons

Proses persalinan adalah saat yang menegangkan dan mencemaskan bagi wanita dan keluarganya. Rasa takut, tegang dan cemas mungkin mengakibatkan proses kelahiran berlangsung lambat. Pada kebanyakan wanita, persalinan dimulai saat terjadi kontraksi uterus pertama dan dilanjutkan dengan kerja keras selama jam- jam dilatasi dan melahirkan kemudian berakhir ketika wanita dan keluarganya memulai proses ikatan dengan bayi (Jahriani, 2022).

2.2.2 Asuhan Kebidanan Persalinan

Asuhan persalinan yang diberikan mengacu pada Asuhan Persalinan Normal (APN) sesuai standar 60 langkah (Prawirohardjo, 2018):

A. Persiapan dan Penilaian Kala II

1) Identifikasi tanda dimulainya kala II, yaitu adanya dorongan meneran, tekanan pada rektum atau vagina, perineum menonjol, serta vulva, vagina, dan sfingter anus mulai membuka.
2) Siapkan seluruh alat, bahan, dan obat yang diperlukan. Pastikan oksitosin 10 unit dan spuit steril tersedia dalam partus set.
3) Gunakan celemek atau pelindung tubuh yang bersih.
4) Lepaskan perhiasan pada tangan, kemudian cuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir serta keringkan dengan handuk bersih.
5) Gunakan sarung tangan DTT atau steril saat melakukan pemeriksaan dalam.
6) Siapkan oksitosin 10 unit ke dalam spuit dengan tetap menjaga prinsip aseptik.
7) Pastikan pembukaan serviks lengkap dan kondisi janin baik. Bersihkan vulva serta perineum dari arah depan ke belakang dan buang bahan terkontaminasi pada tempatnya.
8) Lakukan pemeriksaan dalam secara aseptik untuk memastikan pembukaan lengkap. Jika ketuban masih utuh dan pembukaan telah lengkap, dilakukan amniotomi sesuai prosedur.
9) Lepaskan dan dekontaminasi sarung tangan menggunakan larutan klorin 0,5%, kemudian cuci tangan.
10) Periksa DJJ setelah kontraksi berakhir. DJJ dinilai dalam batas normal 100–180 kali/menit. Jika terdapat kelainan, lakukan tindakan yang sesuai dan dokumentasikan hasil pemeriksaan pada partograf.

B. Persiapan Meneran

11) Informasikan kepada ibu bahwa pembukaan telah lengkap dan kondisi janin baik. Bantu ibu memilih posisi yang nyaman untuk meneran.
12) Tunggu hingga muncul dorongan meneran sambil tetap memantau kondisi ibu dan janin.
13) Libatkan keluarga untuk memberikan dukungan dan motivasi kepada ibu selama proses meneran.

14) Bantu ibu mengambil posisi setengah duduk atau posisi lain yang aman dan nyaman saat kontraksi.
15) Bimbing ibu meneran ketika terdapat dorongan kuat, berikan dukungan, anjurkan posisi yang nyaman, dan berikan kesempatan beristirahat di antara kontraksi.
16) Anjurkan ibu memenuhi kebutuhan cairan secara oral dan pantau DJJ setiap 5 menit.
17) Apabila bayi belum lahir dalam batas waktu yang ditentukan, lakukan rujukan sesuai kondisi ibu, yaitu setelah 120 menit meneran pada primipara atau 60 menit pada multipara.
18) Jika ibu belum memiliki dorongan meneran, anjurkan mobilisasi seperti berjalan atau jongkok dengan posisi yang aman serta lakukan pemantauan.

C. Persiapan Kelahiran Bayi

19) Saat kepala bayi mulai membuka vulva sekitar 5–6 cm, letakkan handuk bersih di atas abdomen ibu untuk mengeringkan bayi.
20) Tempatkan kain bersih yang dilipat sepertiga bagian di bawah bokong ibu.
21) Buka partus set dan gunakan sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
22) Saat kepala bayi lahir, lindungi perineum dengan satu tangan dan kendalikan keluarnya kepala menggunakan tangan lainnya secara perlahan. Anjurkan ibu meneran perlahan atau bernapas cepat ketika kepala lahir.
23) Bersihkan wajah, mulut, dan hidung bayi menggunakan kain atau kasa bersih.
24) Periksa kemungkinan lilitan tali pusat. Jika longgar, lepaskan melalui kepala bayi; jika ketat, lakukan pengkleman pada dua tempat kemudian potong tali pusat.
25) Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
26) Bantu kelahiran bahu dengan memegang kedua sisi kepala atau wajah bayi, kemudian lakukan tarikan lembut ke arah bawah dan luar untuk

melahirkan bahu anterior, dilanjutkan ke arah atas dan luar untuk bahu posterior.

27) Setelah bahu lahir, lahirkan badan, lengan, dan kaki bayi dengan tetap menyangga serta mengendalikan gerakan bayi secara hati-hati.

D. Penanganan Bayi Baru Lahir dan Manajemen Aktif Kala III

28) Segera lakukan penilaian kondisi bayi dalam waktu sekitar 30 detik. Letakkan bayi di atas abdomen ibu dengan posisi kepala sedikit lebih rendah dan lakukan resusitasi bila terdapat asfiksia.
29) Keringkan dan selimuti bayi, pertahankan kontak kulit dengan ibu, serta berikan oksitosin sesuai prosedur.
30) Pasang klem pertama sekitar 3 cm dari umbilikus, lakukan pengurutan tali pusat ke arah ibu, kemudian pasang klem kedua sekitar 2 cm dari klem pertama.
31) Potong tali pusat di antara kedua klem dengan tetap melindungi bayi dari gunting.
32) Keringkan bayi, ganti kain yang basah, dan selimuti menggunakan kain kering serta bersih. Kepala bayi tetap ditutup dan tali pusat dibiarkan terbuka.
33) Berikan bayi kepada ibu untuk dipeluk dan mulai menyusu sesuai kondisi ibu.
34) Lakukan palpasi abdomen untuk memastikan tidak terdapat janin kedua.
35) Informasikan kepada ibu sebelum pemberian oksitosin, kemudian berikan oksitosin 10 unit IM dalam waktu 2 menit setelah bayi lahir sesuai prosedur.

E. Penegangan Tali Pusat Terkendali dan Pelepasan Plasenta

36) Pindahkan posisi klem pada tali pusat dan lakukan penegangan tali pusat terkendali setelah uterus berkontraksi.
37) Stabilkan uterus dengan satu tangan di atas tulang pubis, sementara tangan lainnya memegang tali pusat dan klem.

38) Setelah uterus berkontraksi, lakukan tarikan tali pusat secara lembut ke arah bawah disertai tekanan berlawanan pada uterus ke arah dorsokranial untuk mencegah inversio uteri. Jika plasenta belum lahir setelah 30–40 detik, hentikan tarikan dan tunggu kontraksi berikutnya.
39) Setelah plasenta terlepas, minta ibu meneran dan bantu kelahiran plasenta mengikuti arah kurva jalan lahir.
40) Jika tali pusat memanjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5–10 cm dari vulva.
41) Apabila plasenta belum lahir setelah 15 menit, ulangi oksitosin 10 unit IM, evaluasi kandung kemih, lakukan kateterisasi bila diperlukan, siapkan rujukan, dan lanjutkan penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.
42) Jika plasenta telah tampak di introitus vagina, keluarkan dengan kedua tangan secara perlahan sambil memutar plasenta agar selaput ketuban terpilin dan dapat lahir secara utuh.
43) Bila selaput ketuban robek dan terdapat bagian yang tertinggal, lakukan pemeriksaan vagina dan serviks serta keluarkan sisa selaput menggunakan alat DTT bila diperlukan.

F. Pemantauan Pascapersalinan

44) Setelah plasenta lahir, segera lakukan masase fundus dengan gerakan melingkar hingga uterus berkontraksi dan terasa keras.
45) Evaluasi perdarahan serta periksa kelengkapan plasenta dan selaput ketuban.
46) Jika uterus tidak berkontraksi setelah masase selama 15 detik, segera lakukan penatalaksanaan yang sesuai.
47) Periksa adanya laserasi pada vagina dan perineum. Laserasi yang mengalami perdarahan aktif segera ditangani dengan penjahitan.
48) Evaluasi kembali kontraksi dan kondisi uterus setelah persalinan.
49) Lakukan dekontaminasi sarung tangan menggunakan klorin 0,5%, bilas dengan air DTT, kemudian keringkan.
50) Pasang klem atau ikat tali pusat menggunakan bahan DTT/steril sekitar 1 cm dari umbilikus dan buat ikatan kedua pada sisi berlawanan.

51) Lepaskan klem dan masukkan ke dalam larutan klorin 0,5%.
52) Pastikan bayi tetap hangat dengan menyelimuti tubuh dan kepalanya menggunakan kain bersih dan kering.
53) Anjurkan ibu untuk melanjutkan pemberian ASI.
54) Pantau kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam secara berkala, yaitu 2–3 kali dalam 15 menit pertama, setiap 15 menit pada satu jam pertama, dan setiap 20–30 menit pada jam kedua postpartum.
55) Apabila uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan penatalaksanaan atonia uteri. Jika terdapat laserasi yang membutuhkan penjahitan, lakukan dengan anestesi lokal dan teknik yang sesuai.
56) Ajarkan ibu atau keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksinya.
57) Evaluasi jumlah kehilangan darah serta pantau tekanan darah, nadi, dan kandung kemih setiap 15 menit pada satu jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua postpartum. Suhu dipantau setiap jam selama dua jam pertama.
58) Lakukan dekontaminasi alat dan bahan dengan larutan klorin 0,5%, buang bahan terkontaminasi pada tempat yang sesuai, kemudian bersihkan dan bantu ibu mengenakan pakaian bersih serta kering.
59) Pastikan ibu merasa nyaman dan bantu melanjutkan pemberian ASI. Bersihkan area persalinan menggunakan larutan klorin 0,5% dan air bersih.
60) Dekontaminasi sarung tangan, cuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir, kemudian lengkapi dokumentasi pada partograf.

2.3 Nifas

2.3.1 Konsep Dasar Masa Nifas

2.3.1.1 Pengertian Nifas

Masa nifas (*puerperium*) merupakan periode setelah kelahiran plasenta hingga organ reproduksi kembali mendekati kondisi sebelum kehamilan. Berlangsung sekitar 42 hari atau 6 minggu (Mariatalia 2021).

2.3.1.2 Tahapan pada Masa Nifas

Menurut Kasmiati (2023), masa nifas dibagi menjadi tiga tahap:

a. Puerperium dini (*immediate puerperium*), Berlangsung segera setelah plasenta lahir hingga 24 jam. Pada tahap ini ibu sudah dapat mulai berdiri dan berjalan secara bertahap.
b. Puerperium intermedial (*early puerperium*), Merupakan periode pemulihan organ reproduksi yang berlangsung kurang lebih 6 minggu setelah persalinan.
c. Remote puerperium (*later puerperium*), Merupakan masa pemulihan hingga kondisi ibu kembali sehat, terutama pada ibu yang mengalami komplikasi selama kehamilan atau persalinan. Periode ini berlangsung sekitar 1–5 minggu.

2.3.1.3 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1) *Involusi Uterus*

Tabel 2. 4 Tinggi Fundus Uterus dan Berat Uterus

Involusi	TFU (Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
1 minggu	Pertengahan pusat – simfisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba diatas simfisi	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Involusi merupakan proses mengecilnya uterus setelah persalinan hingga kembali mendekati ukuran sebelum hamil. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir dan dipengaruhi oleh kontraksi otot uterus.

2) *Lochea*

Lochea merupakan cairan yang keluar dari uterus selama masa nifas dan terdiri atas darah serta sisa jaringan desidua. Perubahan warna, jumlah, dan bau lochea perlu diperhatikan karena bau yang busuk dapat mengindikasikan infeksi. Total pengeluaran lochea selama masa nifas sekitar 240 – 270 ml. *Lochea* terbagi 4 tahapan:

a) *Lochea rubra* (*cruenta*), Berwarna merah darah segar serta sisa jaringan. Keluar pada hari ke-1 sampai ke-3 postpartum.

b) *Lochea sanguinolenta*, Berwarna merah kecokelatan dan berlendir, berlangsung pada hari ke-4 sampai ke-7 postpartum.

c) *Lochea serosa*, Berwarna kuning kecokelatan karena mengandung serum dan leukosit. Muncul pada hari ke-8 sampai ke-14 postpartum.

d) *Lochea alba/putih*, Berwarna putih dan mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, lendir serviks, serta jaringan yang mengalami degenerasi. Berlangsung sekitar 2–6 minggu.

Jenis lochea yang tidak normal meliputi:

1) *Locheastasis*, pengeluaran tidak lancar keluarnya.
2) *Lochea purulenta*, keluar cairan bernanah, berbau, infeksi.

3) V*ulva* dan *vagina*

Vulva dan vagina mengalami peregangan selama persalinan sehingga setelah melahirkan kondisinya masih kendur. Dalam sekitar 3 minggu, kedua organ berangsur kembali seperti keadaan sebelum hamil dan rugae vagina mulai terbentuk kembali.

4) S*erviks*

Setelah persalinan, serviks mengalami involusi bersama uterus. Ostium serviks masih dapat dimasuki sekitar 2–3 jari dan secara bertahap menutup hingga sekitar 6 minggu postpartum.

5) *Perineum*

Perineum menjadi lebih kendur setelah persalinan akibat peregangan selama keluarnya kepala bayi. Sekitar hari ke-5 postpartum, tonus perineum mulai kembali meskipun belum sepenuhnya seperti sebelum persalinan.

6) Sistem pencernaan

Fungsi usus membutuhkan sekitar 3–4 hari untuk kembali normal. Penurunan asupan makanan, berkurangnya aktivitas, kondisi usus yang kosong, serta nyeri perineum dapat menghambat defekasi dan menyebabkan konstipasi.

7) Sistem perkemihan

Kesulitan BAK dapat terjadi dalam 24 jam pertama akibat spasme sfingter dan edema pada leher kandung kemih setelah mengalami tekanan selama persalinan. Produksi urine meningkat pada 12–36 jam postpartum akibat penurunan estrogen setelah plasenta lahir. Ureter yang mengalami dilatasi umumnya kembali normal dalam sekitar 6 minggu.

8) Sistem *musculoskeletal*

Ambulasi umumnya mulai dilakukan sekitar 4–8 jam postpartum. Mobilisasi dini dapat membantu mencegah komplikasi dan mendukung proses involusi.

9) Sistem *endokrin*

Kadar estrogen mengalami penurunan sekitar 10% dalam 3 jam postpartum. Progesteron menurun pada hari ke-3, sedangkan kadar prolaktin dalam darah secara bertahap mengalami perubahan setelah persalinan.

10) Sistem *kardiovaskuler*

Diuresis akibat penurunan estrogen membantu mengembalikan volume darah menuju kondisi sebelum kehamilan. Jumlah eritrosit dan hemoglobin umumnya kembali normal sekitar hari ke-5 postpartum.

11) Sistem *hematologi*

Pada akhir kehamilan terjadi peningkatan fibrinogen, plasma, dan faktor pembekuan. Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma sedikit menurun sehingga darah menjadi lebih pekat. Perubahan hematokrit dan hemoglobin dapat terlihat pada hari ke-3–7 dan umumnya kembali normal dalam 4–5 minggu masa nifas.

2.3.1.4 Adaptasi Psikologi Masa Nifas

Menurut Mariatalia (2021), adaptasi psikologis ibu setelah persalinan berlangsung melalui tiga fase berikut:

a. *Taking in*

Fase ini berlangsung selama 1–2 hari postpartum. Ibu cenderung pasif, lebih berfokus pada pengalaman persalinan dengan

menceritakannya kembali, serta mengalami peningkatan kebutuhan tidur dan nafsu makan.

b. *Taking hold*

Berlangsung sekitar hari ke-3 sampai ke-10 postpartum. Ibu mulai menjalankan peran dalam merawat bayi, tetapi masih membutuhkan bantuan orang lain. Perhatian ibu mulai terarah pada kemampuan dan tanggung jawab dalam merawat bayinya.

c. *Letting go*

Fase ini umumnya muncul ketika ibu telah kembali ke rumah. Ibu mulai menerima dan menyesuaikan diri dengan peran barunya, serta menunjukkan peningkatan kemandirian dalam merawat diri dan bayinya.

2.3.1.5 Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

Menurut Azizah (2022), kebutuhan dasar ibu selama masa nifas:

a. Nutrisi dan cairan

Ibu nifas membutuhkan tambahan sekitar 500 kalori per hari, konsumsi air minimal 3 liter per hari, serta tablet zat besi sekurang-kurangnya selama 40 hari postpartum.

b. Pemberian kapsul vitamin A 200.000 IU

Vitamin A diberikan sebanyak 2 kali, yaitu segera setelah persalinan dan dosis kedua 24 jam setelah pemberian pertama.

c. *Ambulasi*

Ambulasi dini dilakukan dengan membimbing ibu untuk bangun dan berjalan secara bertahap. Ibu umumnya dapat mulai bangun dari tempat tidur dalam 24–48 jam postpartum.

d. *Eliminas*

Ibu dianjurkan BAK dalam 6 jam postpartum. Jika dalam 8 jam belum berkemih atau volume urine belum mencapai 100 cc, dapat dilakukan kateterisasi. BAB diharapkan terjadi dalam 2 hari postpartum. Jika hingga hari ketiga belum BAB, dapat diberikan laksatif oral atau rektal sesuai kebutuhan.

e. *Personal hygiene*

Kebersihan tubuh, terutama area perineum, perlu dijaga. Pembalut dianjurkan diganti secara teratur dan tangan harus dicuci menggunakan sabun sebelum serta setelah membersihkan area genital.

f. Istirahat dan tidur

Ibu membutuhkan istirahat yang cukup dan dianjurkan memanfaatkan waktu ketika bayi sedang tidur untuk beristirahat.

g. Seksual

Aktivitas seksual dapat dilakukan ketika ibu sudah merasa siap, kondisi fisik memungkinkan, dan tidak terdapat rasa nyeri.

h. Latihan atau senam nifas

Senam nifas merupakan latihan setelah persalinan yang dilakukan secara bertahap untuk membantu pemulihan kondisi fisik dan psikologis ibu.

2.3.1.6 Komplikasi pada Masa Nifas

Adapun komplikasi yang dapat terjadi pada masa nifas, yaitu (Kasmiati, 2023):

a. Perdarahan pasca melahirkan

Perdarahan ini ditandai dengan keluarnya darah lebih dari 500 ml atau Jumlah perdarahan melebihi normal setelah melahirkan bayi. Hal ini akan memengaruhi tanda-tanda vital, kesadaran menurun, pasien lemah, menggigil, berkeringat dingin, hiperkapnia, dan Hb <8g%.

b. Infeksi pada masa nifas

Infeksi pada masa nifas ditandai dengan meningkatnya suhu tubuh ibu sampai 38oC atau lebih. Hal ini disebabkan oleh infeksi bakteri pada traktus genitalia pada saat proses persalinan

c. Keadaan abnormal pada payudara

Payudara yang abnormal ditandai seperti puting susu lecet, payudara bengkak, dan puting susu datar atau tertanam.

d. Eklampsia dan preeklampsia

Eklampsia merupakan serangan kejang secara tiba-tiba pada wanita hamil, bersalin, atau nifas yang sebelumnya sudah menunjukkan gejala preeklampsia. Eklampsia postpartum adalah serangan kejang secara tiba-tiba pada ibu postpartum. Preeklampsia berat ditandai dengan tekanan darah >160 mmHg, proteinuria ≥2+, dan adanya edema pada ekstremitas.

e. Disfungsi simfisis pubis

Disfungsi simfisis pubis adalah kelainan dasar panggul dari simfisis ossis pubis hingga os coccygeus. Hal ini disebabkan oleh persalinan yang membuat otot dasar panggul lemah dan menurunkan fungsi otot dasar panggul.

f. Nyeri perineum

Ibu yang memiliki luka perineum saat proses persalinan akan merasakan nyeri perineum. Nyeri yang dirasakan ini akan menyebabkan ibu takut untuk bergerak pasca melahirkan. Hal ini akan menyebabkan subinvolusi uteri,pengeluaran lokhea menjadi tidak lancar, dan perdarahan postpartum.

g. Inkontinensia urine

Inkontinensia urine adalah pengeluaran urine yang tidak dapat dikendalikan. Hal ini akan menyebabkan rasa tidak nyaman.

h. Nyeri punggung

Nyeri punggung pasca melahirkan adalah gejala postpartum jangka panjang yang disebabkan karena tegangnya postural pada sistem muskuloskeletal akibat persalinan.

i. Koksidinia

Koksidinia adalah nyeri kronis pada tulang ekor atau ujung tulang punggung yang berdekatan dengan anus. Nyeri ini bisa dirasakan Ketika adanya tekanan secara langsung pada tulang tersebut seperti saat duduk.

2.3.1.7 Perdarahan Postpartum

Perdarahan postpartum merupakan kehilangan darah berlebihan setelah persalinan, baik sebelum, selama, maupun setelah plasenta lahir. Secara konvensional, kehilangan darah >500 ml dalam 24 jam pertama setelah persalinan dikategorikan sebagai perdarahan postpartum. Batas tersebut berlaku pada persalinan pervaginam, sedangkan pada persalinan abdominal jumlah perdarahan >1.000 ml dikategorikan sebagai perdarahan postpartum (Mustika, D. N., Nurjanah, S., & Ulvie, 2021).

Secara fisiologis, kehilangan darah hingga sekitar 500 ml masih dapat ditoleransi tanpa mengganggu homeostasis. Perkiraan jumlah darah dapat dilakukan menggunakan bengkok besar, dengan 1 bengkok sekitar 500 cc. Apabila perdarahan mencapai sekitar 1.000 ml, kondisi tersebut memerlukan penanganan segera dan serius. Berdasarkan waktu terjadinya, perdarahan postpartum dibedakan menjadi:

a. Perdarahan postpartum awal (early postpartum hemorrhage) yaitu perdarahan yang terjadi sampai 24 jam setelah persalinan.
b. Perdarahan postpartum lambat (late postpartum hemorrhage) yaitu perdarahan yang terjadi sampai 28 jam setelah persalinan.

Tabel 2. 5 Gambaran Klinis Perdarahan Obstetrik

Volume Darah yang Hilang	**Tekanan Darah (Sistolik)**	**Tanda Gejala**	**Derajat Syok**
500 – 1000 ml (<15 – 20%)	Normal	Tidak ditemukan	Tidak ditemukan
1000 – 1500 ml (20 – 25%)	80 – 100 mmHg	1. Nadi <100x/i 2. Berkeringat 3. Lemah	Ringan
1500 – 2000 ml (25 – 35%)	70 – 80 mmHg	1. Takikardi (100 – 120x/i)	Sedang

		2. Oliguria 3. Gelisah	
2000 – 3000 ml (35 – 50%)	50 – 70 mmHg	1. Takikardi (>120x/i) 2. Anuria	Berat

Sumber : Nurhayati (2019)

2.3.2 Asuhan Kebidanan Masa Nifas

Kunjungan masa nifas dilakukan minimal 4 kali dengan tujuan sebagai berikut (Azizah, 2022)

a. Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi.
b. Mencegah gangguan kesehatan ibu nifas dan bayi.
c. Mendeteksi secara dini komplikasi atau masalah kesehatan.

Tabel 2. 6 Kunjungan dalam Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6 – 8 jam setelah persalinan	a. Mencegah perdarahan postpartum. b. Mendeteksi komplikasi dan melakukan rujukan bila diperlukan. c. Mendukung pemberian ASI dini. d. Meningkatkan bonding ibu dan bayi. e. Mencegah hipotermia bayi.
2	6 hari setelah persalinan	a. Menilai involusi dan kontraksi uterus. b. Memantau perdarahan, demam, dan infeksi. c. Memastikan kebutuhan nutrisi, cairan, dan istirahat. d. Menilai keberhasilan menyusui. e. Memberikan edukasi perawatan bayi dan tali pusat
3	2 minggu setelah persalinan	a. Memantau kondisi ibu dan bayi. b. Menilai involusi uterus dan menyusui. c. Mendeteksi komplikasi postpartum.

4	6 minggu setelah persalinan	a. Menilai kondisi dan komplikasi ibu serta bayi. b. Memberikan konseling awal tentang KB.

2.4 Bayi Baru Lahir

2.4.1 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

2.4.1.1 Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal merupakan bayi yang lahir pada usia kehamilan 37–41 minggu melalui vagina tanpa alat. Neonatus merupakan bayi yang mengalami proses adaptasi dari kehidupan intrauterin ke ekstrauteri (Octaviani Chairunnisa & Widya Juliarti, 2022). Ciri-ciri bayi baru lahir normal:

a. Berat badan 2.500-4.000 gram.
b. Panjang badan 48 – 52 cm.
c. Lingkar dada 30 – 38 cm.
d. Lingkar kepala 33 – 35 cm.
e. Lila normal 10 – 12 cm
f. Frekuensi jantung 120 – 160 kali/menit.
g. Pernapasan kurang lebih 40 – 60 kali/menit.
h. Kulit kemerahan dan licin dengan jaringan subkutan cukup.
i. Lanugo sedikit/tidak terlihat dan rambut kepala berkembang baik.
j. Kuku agak panjang dan lemas.
k. Genitalia berkembang sesuai jenis kelamin.
l. Refleks mengisap, menelan, Moro, dan menggenggam baik.
m. Mekonium keluar dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecokelatan.

2.4.1.2 Adaptasi fisiologis Bayi Baru Lahir

a. Sistem Pernafasan

Dua faktor yang berperan pada rangsangan nafas pertama bayi :

1) *Hipoksia* menjelang akhir persalinan dan rangsangan lingkungan memicu napas pertama.
2) Kompresi dada saat persalinan membantu masuknya udara ke paru-paru.

b. Sistem Peredaran Darah

Setelah lahir, darah bayi harus melewati paru untuk mengambil O2 dan mengantarkannya ke jaringan. Untuk membuat sirkulasi yang baik guna mendukung kehidupan luar rahim harus terjadi 2 perubahan besar. Dua peristiwa yang mengubah tekanan dalam sistem pembuluh darah :

1) Pemotongan tali pusat menurunkan aliran dan tekanan atrium kanan.
2) Napas pertama menurunkan resistensi pembuluh darah paru dan membantu penutupan *foramen ovale.*

c. Sistem Pengaturan Tubuh

1) Pengaturan Suhu

Bayi kehilangan panas akibat lingkungan luar yang lebih dingin. Panas tubuh dipertahankan melalui pembakaran lemak tanpa menggigil.

2) Mekanisme Kehilangan Panas
    a) *Evaporsi*, yaitu penguapan cairan ketuban permukaan tubuh bayi sendiri karena setelah lahir tidak segera dikeringkan dan diselimuti.
    b) *Konduksi*, yaitu melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin.
    c) *Konveksi*, yaitu saat bayi terpapar udara yang lebih dingin (misalnya: kipas angin, hembusan udara, pendingin ruangan).
    d) *Radiasi*, yaitu ketika bayi ditempatkan di dekat benda yang suhunya lebih rendah dari suhu bayi (tidak bersentuhan langsung).
3) *Metabolisme* Glukosa

Glukosa darah bayi dapat menurun cepat dalam 1–2 jam setelah lahir. Kebutuhan energi dipenuhi melalui pemecahan glikogen hati (Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya, 2019).

4) Perubahan Sistem *Gastrointestinal*

Refleks mengisap, menelan, gumoh, dan batuk telah terbentuk. Fungsi pencernaan masih terbatas dan hubungan esofagus dengan lambung belum sempurna sehingga bayi mudah gumoh.

5) Perubahan Sistem Kekebalan Tubuh

Imunitas neonatus belum matang sehingga rentan terhadap infeksi. Perlindungan alami berasal dari membran mukosa, saluran napas, kulit dan usus, asam lambung, serta sel darah.

2.4.2 Asuhan Kebidanan Bayi Baru lahir

2.4.2.1 Tujuan Asuhan Bayi Baru Lahir

Tujuan asuhan bayi baru lahir adalah mendeteksi sedini mungkin adanya kelainan pada bayi, mengurangi risiko kematian yang paling tinggi terjadi dalam 24 jam pertama kehidupan, serta menilai apakah aktivitas bayi berlangsung normal atau tidak. Asuhan ini juga bertujuan mengidentifikasi masalah kesehatan pada bayi baru lahir yang memerlukan perhatian dari keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut oleh tenaga kesehatan. Asuhan segera bayi baru lahir merupakan asuhan yang diberikan kepada bayi selama satu jam pertama setelah kelahiran (Octaviani Chairunnisa dan Widya Juliarti 2022).

a. Penilaian

APGAR SCORE merupakan alat untuk mengkaji kondisi bayi sesaat setelah lahir. Penilaian dapat dilakukan lebih sering jika ada nilai yang rendah dan perlu tindakan resusitasi. Setiap variabel dinilai: 0,1 dan 2. Nilai tertinggi adalah 10. Nilai 7 – 10 menunjukkan bahwa bayi dalam keadaan baik. Nilai 4 – 6 menunjukkan bayi mengalami depresi sedang dan membutuhkan tindakan resusitasi. Nilai 0 – 3 menunjukkan bayi

mengalami depresi serius dan membutuhkan resusitasi segera sampai ventilasi.

Tabel 2. 7 Penilaian Bayi dengan Metode APGAR SCORE

Tanda	**0**	**1**	**2**
Appearanc/ warna kulit	Seluruh tubuh bayi berwarna kebiruan	Warna kulit tubuh normal, tetapi tangan dan kaki berwarna kebiruan	Warna kulit seluruh tubuh normal
Pulse/ denyut nadi	Denyut nadi tidak ada	Denyut nadi <100x/i	Denyut nadi >100 kali permenit
Grimace/ respon refleks	Tidak ada respon terhada stimulasi	Wajah meringis saat di stimulan	Meringis, menarik batuk, atau bersin saat distimulan
Activity/ tonus otot	Lemah, tidak ada gerakan	Lengan dan kaki posisi fleksi sedikit gerakan	Bergerak aktif dan spontan
Respiratory / pernafasan	Tidak bernafas, pernafasan lambat dan tidak teratur	Menangis lemah, terdengar seperti merintih	Menangis kuat, pernafasan baik dan teratur

Sumber: (Naomy, 2019)

b. Perlindungan *termal* (*termoregulasi*)

Bayi harus dijaga agar tetap hangat dengan melakukan kontak kulit antara bayi dan ibu. Kain atau handuk yang basah segera diganti, kemudian bayi dibungkus menggunakan selimut dan kepalanya ditutup untuk mencegah kehilangan panas tubuh.

c. Pemeliharaan pernapasan

Jalan napas bayi harus dipertahankan agar tetap terbuka. Alat pengisap lendir dapat disediakan di tempat tidur bayi untuk membersihkan lendir atau sisa ASI dari mulut secara cepat sehingga jalan napas tetap bersih.

d. Pemotongan tali pusat

Pemotongan dan pengikatan tali pusat dilakukan sebagai bagian dari perawatan bayi setelah lahir. Pada bayi normal, pemotongan dapat dilakukan setelah denyut tali pusat berhenti. Tali pusat kemudian dijepit menggunakan kocher atau klem pada jarak sekitar 3 cm dan 1,5 cm dari pusat.

e. Perawatan mata

Pencegahan infeksi mata dapat dilakukan dengan pemberian eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1% pada satu jam pertama setelah persalinan, terutama untuk mencegah infeksi mata akibat klamidia.

f. Pemeriksaan fisik bayi

Pemeriksaan fisik dilakukan secara menyeluruh untuk menilai kondisi bayi dan mendeteksi kelainan sejak dini. Pemeriksaan meliputi kepala untuk menilai ukuran, bentuk, sutura, caput succedaneum, dan cephal hematoma; mata untuk melihat perdarahan, subkonjungtiva, dan tanda infeksi; serta hidung dan mulut untuk menilai refleks isap dan adanya labioskizis atau labiopalatoskizis. Telinga diperiksa untuk mengetahui kelainan bentuk atau daun telinga, sedangkan leher dinilai terhadap adanya hematom, kelainan *sternocleidomastoideus*, dan *hygroma colli.*

Pemeriksaan dada meliputi bentuk dada, pembesaran buah dada, pernapasan, dan bunyi paru. Pemeriksaan jantung mencakup pulsasi, frekuensi, serta adanya kelainan bunyi jantung. Abdomen diperiksa untuk mengetahui pembesaran hati, limpa, atau adanya tumor. Tali pusat dinilai terhadap kemungkinan perdarahan, jumlah darah, warna, dan ukurannya. Pemeriksaan alat kelamin meliputi posisi testis dan lubang penis pada bayi laki-laki serta keadaan vagina dan labia pada

bayi perempuan. Selain itu, mekonium diharapkan keluar dalam 24 jam pertama; apabila tidak terjadi, perlu diwaspadai kemungkinan atresia ani atau obstruksi usus.

g. Perawatan lain – lain

1) Perawatan tali pusat dilakukan dengan menjaga sisa tali pusat tetap terbuka agar terkena udara dan menutupnya secara longgar menggunakan kain bersih.
2) Sebelum ibu dan bayi dipulangkan, imunisasi BCG, polio, dan hepatitis B diberikan sesuai ketentuan. Bayi baru lahir juga diberikan vitamin K1 (Phytomenadion) 1 mg secara intramuskular di paha kiri untuk mencegah perdarahan akibat defisiensi vitamin K. Imunisasi hepatitis B diberikan 1–2 jam setelah vitamin K1 pada paha kanan untuk mencegah penularan hepatitis B dari ibu ke bayi.

Tabel 2. 8 Pemberian Imunisasi pada Bayi Baru Lahir

Usia	**Jenis Imunisasi**	**Pemberian**
Saat lahir	Hepatitis B (HB-0)	Diberikan segera setelah lahir, idealnya <24 jam
1 bulan	BCG + Polio 1	Perlindungan terhadap tuberkulosis dan polio
2 bulan	DPT-HB-Hib 1 + Polio 2	Imunisasi dasar
3 bulan	DPT-HB-Hib 2 + Polio 3	Imunisasi dasar
4 bulan	DPT-HB-Hib 3 + Polio 4 + IPV 1	Imunisasi dasar
9 bulan	Campak-Rubela (MR) 1	Perlindungan terhadap campak dan rubela
18 bulan	DPT-HB-Hib lanjutan + MR lanjutan	Imunisasi lanjutan

Sumber : Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12/2017

3) Orang tua diajarkan tanda-tanda bahaya bayi dan mereka diberitahu agar merujuk bayi dengan segera. Jika ditemui hal-hal berikut :

a) Pernapasan : sulit atau lebih dari 60 kali/menit.
b) Warna : kuning (terutama pada 24 jam pertama) biru atau pucat.
c) Tali pusat : merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah.
d) Infeksi :suhu meningkat, bengkak, bau busuk, pernapasan sulit.
e) Feses/kemih: tidak berkemih dalam 24 jam, feses lembek, sering kejang.

4) Orang tua diajarkan cara merawat bayi dan melakukan perawatan harian untuk bayi baru lahir, meliputi :
a) Pemberian ASI sesuai kebutuhan setiap 2 – 3 jam, mulai hari pertama.
b) Menjaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering.
c) Menjaga keamanan bayi terhadap trauma dan infeksi.
d) Menjaga tali pusat tetap bersih dan kering.

Menurut Rukiyah (2019) terdapat beberapa kunjungan pada bayi baru lahir, yaitu :

1) Asuhan pada kunjungan pertama (KN1)

KN1 dilakukan pada usia bayi 6–48 jam. Asuhan meliputi menjaga suhu tubuh bayi tetap hangat, melakukan perawatan mata pada satu jam pertama, memberikan identitas bayi, serta memberikan suntikan vitamin K.

2) Asuhan pada kunjungan kedua (KN2)

KN2 dilakukan pada usia bayi 3–7 hari. Asuhan meliputi pemberian konseling mengenai menjaga kehangatan bayi, pemberian ASI, perawatan tali pusat, serta pemantauan tanda-tanda bahaya pada bayi.

3) Asuhan pada kunjungan ketiga (KN3)

KN3 dilakukan pada usia bayi 8–28 hari atau sekitar 4 minggu. Kunjungan ini umumnya dapat dilakukan pada minggu keenam

bersamaan dengan kunjungan nifas ibu. Pada periode enam minggu pertama, ibu dan bayi mengalami proses adaptasi dan belajar memahami kebutuhan satu sama lain..

Proses "*give & take*" yang terjadi antara ibu dan bayi akan menciptakan ikatan yang kuat. Hubungannya dengan ibu akan menjadi landasan bagi bayi untuk berhubungan dengan yang lainnya.

2.4.2.2 *Evidence Based* dalam Asuhan Bayi Baru Lahir 0 – 2 jam

a. ASI Eksklusif mencegah stunting

Menurut Suradi Efendi (2021), ASI Eksklusif merujuk pada praktik pemberian hanya ASI kepada bayi tanpa adanya cairan atau makanan tambahan seperti susu formula, jus, madu, teh, air putih, dan makanan padat seperti buahbuahan, sereal, biskuit, atau nasi. WHO juga mendefinisikan ASI eksklusif sebagai pemberian ASI kepada bayi hingga usia 6 bulan tanpa tambahan cairan atau makanan lainnya, sementara ASI tetap dianjurkan hingga usia bayi mencapai 2 tahun.

ASI memiliki manfaat yang signifikan untuk bayi sejak saat lahir. Praktik pemberian ASI eksklusif dapat memenuhi kebutuhan nutrisi bayi dan mendukung pertumbuhan serta perkembangan yang optimal. Pemberian ASI sebaiknya diteruskan hingga bayi mencapai usia 2 tahun. Dalam konteks usia bayi, ASI masih dapat memberikan sekitar 70% dari kebutuhan kalorinya untuk bayi usia 6- 8 bulan, sekitar 55% untuk bayi usia 9-11 bulan, dan sekitar 40% untuk bayi usia 12 – 23 bulan. Berikut adalah kebutuhan ASI untuk bayi baru lahir :

1) Bayi baru lahir sampai 1 minggu pertama membutuhkan sekita 30 – 60 m (2 – 4 sdm) ASI setiap kali menyusu dalam 2 – 3 jam sekali. Penting bagi bayi untuk mendapatkan kolostrum.
2) Pada minggu kedua, bayi bisa minum lebih banyak ASI sekitar 80 – 150 ml (5,5 – 10 sdm) setiap kali menyusu.
3) Memasuki usia 3 – 5 minggu bayi dapat mengkonsumsi 90 – 120 ml ASI setiap 3 – 4 jam menyusu.

4) Bayi usia 5 – 6 bulan dapat diberikan maksimal 240 ml ASI setiap 4 – 5 jam menyusui.

Dengan menjalani praktik ASI eksklusif, hal ini dapat membantu mengurangi insiden masalah gizi dan pertumbuhan yang terhenti yang sering terjadi pada usia tersebut. ASI juga mengandung antibodi yang komprehensif, mengurangi risiko penyakit dan mortalitas bayi (Analia Kunang & Apri Sulistianingsih, 2023).

b. Penundaan pemotongan tali pusat

Menurut (Analia Kunang & Apri Sulistianingsih, 2023) penundaan pemotongan tali pusat hingga bayi menangis dengan keras atau hingga tali pusat tidak berdenyut lagi pada bayi yang lahir dengan kondisi normal dapat meningkatkan volume darah bayi sekitar 50 cc. Sebaliknya, pengklem tali pusat secara cepat (sekitar 10 – 15 detik setelah kelahiran) dapat menghalangi sebagian besar jumlah zat besi yang masuk ke dalam tubuh bayi. Prevalensi anemia pada bayi di lebih dari 50% negara berkembang umumnya terjadi pada tahun pertama kehidupan mereka. Tingginya prevalensi anemia ini dapat berhubungan dengan tidak cukupnya penyimpanan zat besi dalam tubuh bayi, yang dapat mengganggu pertumbuhan dan perkembangan mereka selama enam bulan pertama.

Pengklem tali pusat secara cepat juga dapat mengambil sekitar 54 – 160 cc darah bayi, yang setara dengan lebih dari setengah volume total darah bayi. Tindakan ini dapat mengurangi suplai darah ke paru-paru bayi, mengakibatkan hipovolemia. Pengklem tali pusat yang cepat juga meningkatkan risiko bayi mengalami anemia.

Penundaan pemotongan tali pusat memiliki manfaat kesehatan yang signifikan bagi bayi. Salah satunya adalah melindungi bayi dari berbagai penyakit, termasuk anemia, penyakit pernafasan, serta masalah paru-paru dan otak. Penundaan ini juga dapat meningkatkan volume darah bayi sekitar 20 ml per kilogram berat badan dan meningkatkan kadar besi sekitar 30 – 50 mg per kilogram berat badan.

Hal ini bermanfaat untuk mencegah anemia pada bayi yang baru lahir. Penundaan pemotongan tali pusat selama beberapa menit atau hingga tali pusat berhenti berdenyut juga telah diterapkan pada bayi prematur, dengan hasil yang menguntungkan. Ini karena beberapa bayi prematur memiliki risiko tinggi mengalami anemia, sehingga penundaan pemotongan tali pusat dapat membantu meningkatkan kadar hemoglobin dan volume sel darah merah dalam tubuh mereka.

Manfaat lain dari penundaan pemotongan tali pusat, seperti yang dijelaskan oleh (Muharis dan Triani, 2024), meliputi :

1) Memudahkan pernafasan bayi : Penundaan ini memberikan kesempatan tambahan bagi bayi untuk mendapatkan oksigen yang diperlukan untuk pernafasannya setelah lahir, mengingat tali pusat berperan dalam mengangkut oksigen dari ibu ke bayi selama kehamilan.
2) Mencegah anemia pada bayi : Penundaan pemotongan tali pusat memungkinkan pasokan darah segar yang mengandung zat besi dari plasenta ke bayi lebih banyak. Hal ini dapat mengurangi risiko bayi mengalami anemia defisiensi besi.
3) Meningkatkan kemampuan motorik bayi : Bayi yang lahir pada usia penuh dan tali pusatnya tidak segera dipotong dalam tiga menit pertama setelah kelahiran cenderung memiliki kontrol gerak motorik dan keterampilan sosial yang lebih baik ketika mencapai usia pra-sekolah.

Sedangkan keuntungan penundaan pemotongan tali pusat antara lain:

1) Berlanjutnya bolus/aliran darah teroksigenasi selama nifas pertama yang tidak teratur.
2) Volume yang besar meningkatkan perfusi kapiler-kapiler paru-paru.
3) Pencapaian oksigenasi adekuat yang lebih cepat membuat penutupan struktur janin seperti duktus arteriosus.

4) Penundaan penjepitan tali pusat berpengaruh terhadap kadar Hb bayi dan tidak berpengaruh terhadap lama pelepasan tali pusat

2.4.2.3 Skrinning Hipotiroid Kongenital (SHK)

Kementerian Kesehatan meluncurkan ulang program Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) bayi baru lahir di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia. Wakil Menteri Kesehatan RI, Dante Saksono Harbuwono menyebutkan bahwa dengan pencanangan tersebut, kedepan pemeriksaan SHK atau pemeriksaan kekurangan hormon tiroid bawaan wajib dilakukan kepada semua bayi baru lahir. Transformasi layanan primer menitikberatkan pada upaya promotif dan preventif karena sebagian besar kasus Hipotiroid Kongenital (HK) tidak menunjukkan gejala yang jelas sehingga sering tidak diketahui oleh orang tua. Gejala khas umumnya baru tampak ketika anak bertambah usia (Muharis, 2024).

Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) merupakan pemeriksaan pada bayi baru lahir untuk mengidentifikasi bayi yang berisiko mengalami Hipotiroid Kongenital dan membedakannya dari bayi yang tidak mengalami kondisi tersebut (Muharis dan Triani, 2024)

Pelaksanaan SHK dilakukan dengan mengambil 2–3 tetes darah dari tumit bayi pada usia minimal 48–72 jam hingga maksimal 2 minggu. Sampel kemudian diperiksa di laboratorium oleh tenaga kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak, baik FKTP maupun FKRTL.

Apabila hasil skrining menunjukkan hasil positif, bayi perlu mendapatkan penanganan segera sebelum usia 1 bulan untuk mencegah terjadinya kecacatan serta gangguan pertumbuhan, perkembangan, fungsi mental, dan kognitif (Muharis dan Triani, 2024)



Gambar 2. 4 Lokasi Penyuntikan Pengambilan Darah untuk SHK

2.5 Keluarga Berencana

2.5.1 Konsep Dasar Keluarga Berencana

2.5.1.1 Pengertian Keluarga Berencana

Menurut WHO (*World Health Organization*), keluarga berencana merupakan upaya yang membantu pasangan suami istri dalam mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, merencanakan kehamilan, mengatur jarak antar kehamilan, menentukan waktu kelahiran sesuai usia pasangan, serta mengatur jumlah anak dalam keluarga (Yanti & Lamaindi, 2021).

2.5.1.2 Pengklasifikasi Metode Kontrasepsi

Metode kontrasepsi yang digunakan dalam program pemerintah adalah berdasarkan masa perlindungan yaitu Metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) dan non Metode Kontrasepsi jangka panjang (non-MKJP) (Budi Rahayu et al., 2020).

2.5.1.3 Penggunaan Kontrasepsi

Menurut (Abd et al., 2018) Metode kontrasepsi yang tidak efektif dapat menyebabkan kehamilan yang tidak diinginkan dan bagi pengguna metode yang tidak aman dapat menimbulkan akibat medis yang tidak menguntungkan. Oleh karena itu, memilih dan menggunakan metode

kontrasepsi merupakan keputusan yang penting bagi pribadi seseorang itu sendiri dengan tetap mempertimbangkan perasaan serta sikap dari pasangan, sehingga dapat digunakan dengan benar dan konsisten. Adapun akseptor KB menurut sasarannya, meliputi :

a. Fase menunda kehamilan

   Masa menunda kehamilan pertama sebaiknya dilakukan oleh pasangan yang istrinya belum mencapai usia 20 tahun, karena usia di bawah 20 tahun merupakan usia yang sebaiknya menunda untuk mempunyai anak dengan berbagai alasan. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu kontrasepsi dengan pulihnya kesuburan yang tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjamin 100%. Hal ini penting karena pada masa ini pasangan belum mempunyai anak, serta efektifitas yang tinggi. Kontrasepsi yang cocok da disarankan seperti pil KB, AKDR (Tri Budi Rahayu, 2020).

b. Fase mengatur/menjarangkan kehamilan

   Periode usia istri antara 20-30 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan, dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kelahiran adalah 2–4 tahun. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu efektifitas tinggi, reversibilitas tinggi, karena pasangan masih mengharapkan memiliki anak kembali. Kontrasepsi dapat dipakai 3-4 tahun sesuai jarak kelahiran yang direncanakan.

c. Fase mengakhiri kesuburan

   Sebaiknya keluarga setelah mempunyai 2 anak dan umur istri lebih dari 30 tahun tidak hamil. Kondisi keluarga seperti ini dapat menggunakan kontrasepsi yang mempunyai efektifitas tinggi, karena bila terjadi kegagalan hal ini dapat menyebabkan terjadinya kehamilan dengan resiko tinggi bagi ibu dan anak. Di samping itu, bila pasangan akseptor tidak mengharapkan untuk mempunyai anak kembali, kontrasepsi yang cocok dan disarankan yaitu metode kontap, AKDR, implan, suntik KB dan pil KB (Tri Budi Rahayu, 2020)

2.5.1.4 Metode Kontrasepsi MAL

a. Pengertian

Metode Amenorea Laktasi (MAL) merupakan metode kontrasepsi alami yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif untuk menekan ovulasi. Peningkatan hormon prolaktin selama menyusui menghambat hormon gonadotropin sehingga kadar estrogen menurun dan ovulasi terhambat (Tri Budi Rahayu, 2020). MAL dapat digunakan apabila ibu menyusui secara penuh, belum mengalami menstruasi, dan bayi berusia kurang dari 6 bulan. MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila :

1) Menyusui secara penuh (full breast fedding) : lebih efektif bila pemberian kurang lebih 8x sehari.
2) Belum haid.
3) Umur bayi kurang dari 6 bulan.

Efektivitas metode ini berlangsung hingga 6 bulan dan setelah itu perlu dilanjutkan dengan metode kontrasepsi lainnya.

b. Keuntungan kontrasepsi

1) Efektivitas tinggi (Keberhasilan 98% pada enam bulan pasca persalinan).
2) Segera efektif.
3) Tidak mengganggu senggama.
4) Tidak ada efek samping sistemik.
5) Tidak perlu pengawasan medis.
6) Tidak perlu obat atau alat.
7) Tanpa biaya.

c. Keuntungan nonkontrasepsi

1) Bagi bayi: ASI memberikan antibodi sebagai perlindungan pasif, memenuhi kebutuhan gizi untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan, serta mengurangi risiko paparan kontaminasi dari air, susu formula, maupun alat pemberian minum.

2) Bagi ibu: Menyusui dapat membantu mengurangi perdarahan postpartum, menurunkan risiko anemia, serta memperkuat hubungan psikologis antara ibu dan bayi.

Keterbatasan :

MAL memerlukan persiapan sejak masa kehamilan agar ibu dapat segera menyusui setelah persalinan. Penerapannya juga dapat dipengaruhi oleh kondisi sosial ibu. Efektivitasnya hanya berlangsung sampai menstruasi kembali atau bayi berusia 6 bulan. Selain itu, MAL tidak memberikan perlindungan terhadap infeksi menular seksual, termasuk hepatitis B dan HIV/AIDS (Tri Budi Rahayu, 2020).

d. Ibu yang Dapat Menggunakan MAL

MAL dapat digunakan oleh ibu yang menyusui secara eksklusif, belum mengalami menstruasi setelah persalinan, dan memiliki bayi berusia kurang dari 6 bulan (Saifudin, Abdul Bari,dkk 2020)

Tabel 2. 9 Keadaan yang Memerlukan Perhatian

Keadaan	Anjuran
Mulai memberikan makanan pendamping ASI secara teratur	Anjurkan memilih metode kontrasepsi lain dan tetap melanjutkan ASI.
Menstruasi sudah kembali	Anjurkan menggunakan metode kontrasepsi lain dan tetap menyusui.
Bayi menyusu kurang dari 8 kali sehari	Anjurkan memilih metode kontrasepsi lain dan tetap melanjutkan ASI.
Bayi berusia 6 bulan atau lebih	Anjurkan beralih ke metode kontrasepsi lain dan tetap melanjutkan ASI.

Ibu yang Tidak Dianjurkan Menggunakan MAL:

MAL tidak dianjurkan bagi ibu yang sudah mengalami menstruasi setelah persalinan, tidak memberikan ASI secara eksklusif, memiliki bayi berusia lebih dari 6 bulan, atau bekerja dan terpisah dari bayi lebih dari 6 jam (Saifudin, Abdul Bari,dkk 2020)

Intruksi Kepada Klien (Hal yang harus Disampaikan Kepada Klien):

1) Seberapa Ibu dianjurkan menyusui bayi secara *on demand* sesuai kebutuhan, membiarkan bayi menyelesaikan hisapan pada satu payudara sebelum berpindah ke payudara lainnya, serta tetap menyusui pada malam hari. Jarak antara pengosongan payudara sebaiknya tidak lebih dari 4 jam dan bayi dibiarkan menyusu hingga melepaskan sendiri hisapannya. Pemberian ASI tetap dilanjutkan meskipun ibu atau bayi sedang sakit.
2) ASI dapat disimpan dengan baik, sedangkan makanan pendamping mulai diberikan setelah bayi berusia 6 bulan. Selama pertumbuhan dan kenaikan berat badan bayi sesuai, ASI dapat diberikan secara eksklusif hingga usia 6 bulan. Pemberian makanan atau minuman tambahan dapat mengurangi frekuensi menyusu sehingga efektivitas MAL sebagai kontrasepsi menurun.
3) Kembalinya menstruasi menunjukkan bahwa kesuburan ibu mulai kembali sehingga perlu segera menggunakan metode kontrasepsi lain. Apabila ibu berhenti menyusui atau tidak memberikan ASI secara eksklusif, ibu dianjurkan berkonsultasi ke pelayanan KB untuk menentukan metode kontrasepsi selanjutnya. (Saifudin, Abdul Bari,dkk 2020)

Beberapa catatan dari konsesus Bellagio dalam Saifudin, dkk(2020) syarat efektivitas MAL :

1) Ibu efektivitas MAL hingga 98% dapat dicapai apabila ibu menyusui secara penuh atau hampir penuh, bayi menyusu langsung pada payudara, menyusui dimulai sekitar 30–60 menit setelah kelahiran, kolostrum diberikan, pola menyusui dilakukan secara on demand pada kedua payudara, termasuk pada malam hari, serta jarak antarwaktu menyusui tidak lebih dari 4 jam.
2) Perdarahan sebelum 56 hari postpartum tidak dianggap sebagai menstruasi (Saifudin,Abdul Bari,dkk.,2020).

Setelah bayi berumur 6 bulan, Efek infertilitas akibat menyusui dipengaruhi oleh cara menyusui, frekuensi menyusui, lama menyusui setiap kali, jarak antarwaktu menyusui, serta konsistensi ibu dalam memberikan ASI (Saifudin, Abdul Bari,dkk 2020)

2.5.2 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

Asuhan keluarga berencana (KB) dilakukan melalui konseling dengan prinsip *informed choice*, yaitu memberikan informasi yang benar melalui komunikasi dua arah sehingga klien dapat memahami berbagai pilihan kontrasepsi. Melalui konseling, klien dibantu menentukan metode yang sesuai dengan kondisi dan kebutuhannya. Konseling yang efektif juga membantu klien menggunakan kontrasepsi dengan tepat, meluruskan informasi yang keliru, memahami cara kerja serta efek samping, dan meningkatkan keberlanjutan penggunaan kontrasepsi (Matahari, R., Utami, F. S., & Sugiharti, 2019)

Informed consent merupakan persetujuan klien atau keluarga setelah memperoleh informasi dan penjelasan yang memadai mengenai tindakan medis yang akan dilakukan. Untuk tindakan medis yang memiliki risiko, persetujuan diberikan secara tertulis dan ditandatangani oleh klien atau pihak yang berhak dalam keadaan sadar dan sehat (Matahari, R., Utami, F. S., & Sugiharti, 2019)

2.5.2.1 Konseling

Konseling KB hal yang diartikan sebagai upaya Petugas KB dalan menjaga dan memelihara kelangsungan/keberadaan peserta KB dan institusi masyarakat sebagai peserta pengelola KB di daerahnya (Arum, D. N. S., 2021). Konseling merupakan teknik bimbingan yang memadukan pengetahuan dan keterampilan klinis untuk membantu seseorang memahami kondisi yang dihadapi, mengidentifikasi masalah, serta menentukan solusi atau langkah yang tepat dalam mengatasinya. (Marmi, 2019). Konseling yang baik akan membantu klien :

a. Memilih metode yang membuat mereka nyaman dan senang.

b. Mengetahui tentang efek samping.
c. Mengetahui dengan baik tentang bagaimana penggunaan metode yang dipilihnya.
d. Mengetahui kapan harus datang kembali.
e. Mendapat bantuan dan dukungan dalam ber KB.
f. Mengetahui bagaimana jika menghadapi masalah dalam penggunaan sebuah metode KB.
g. Mengetahui bahwa mereka bisa ganti metode jika menginginkan.

2.5.2.2 Langkah – Langkah Konseling KB

Dalam memberikan konseling, khususnya kepada calon akseptor KB baru, dapat digunakan enam langkah **SATU TUJU** sebagai pedoman konseling (Sugeng Jitowiyono dkk, 2019) :

SA: Sapa dan Salam

Menyambut klien dengan sopan dan terbuka, memberikan perhatian penuh, menjaga privasi, membangun kepercayaan, serta menjelaskan pelayanan KB yang tersedia.

T: Tanyakan

Menggali informasi mengenai pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kebutuhan, harapan, kondisi kesehatan, kehidupan keluarga, serta metode kontrasepsi yang diinginkan klien.

U: Uraikan

Menjelaskan berbagai pilihan kontrasepsi yang sesuai dengan kondisi klien, termasuk cara kerja, manfaat, risiko, efek samping, risiko IMS/HIV, serta pilihan metode ganda.

TU: Bantu

Membantu klien menentukan metode kontrasepsi berdasarkan kebutuhan, kondisi, dan keinginannya. Klien diberikan kesempatan bertanya dan mempertimbangkan dukungan pasangan sebelum mengambil keputusan.

J: Jelaskan

Menjelaskan secara lengkap cara penggunaan metode kontrasepsi yang dipilih, termasuk manfaat, kemungkinan efek samping, dan hal yang perlu diperhatikan. Pemahaman klien kemudian dikonfirmasi kembali.

U: Kunjungan Ulang

Menentukan jadwal kunjungan berikutnya untuk pemeriksaan atau pelayanan kontrasepsi serta mengingatkan klien untuk kembali apabila mengalami masalah selama penggunaan.