

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Konsep Kehamilan

1. Definisi Kehamilan

Kehamilan merupakan fase fisiologis yang bermula dari proses fertilisasi antara sel telur (ovum) dan sel sperma (spermatozoa) di dalam tubuh wanita. Secara klinis, masa gestasi ini berlangsung selama kurang lebih 40 minggu atau 9 bulan, yang dihitung berdasarkan Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) hingga proses persalinan (Prawirohardjo, 2020; Wiknjosastro, 2018).

Menurut standar pelayanan antenatal, periode kehamilan terbagi ke dalam tiga trimester. Setiap tahapan tersebut memiliki karakteristik spesifik yang mencakup perkembangan embrio menjadi janin serta adaptasi fisiologis yang signifikan pada tubuh ibu guna mendukung pertumbuhan hasil konsepsi (Kemenkes, 2020).

2. Etiologi Kehamilan (Mochtar, 2020)

a. Ovum

Ovum merupakan sel reproduksi wanita dengan diameter sekitar 0,1 mm yang memiliki satu inti sel (nukleus) yang berada di dalam sitoplasma atau vitelus. Sel tersebut dikelilingi oleh lapisan pelindung yang disebut zona pellucida serta struktur seluler lainnya seperti korona radiata.

b. Spermatozoa

Spermatozoa merupakan sel gamet jantan yang memiliki morfologi menyerupai kecebong dengan spesialisasi struktural untuk mobilitas. Anatominya terbagi menjadi tiga bagian utama: kepala yang berbentuk oval pipih dan mengandung materi genetik (nukleus), leher sebagai penghubung mekanis ke bagian tengah, serta ekor (flagelum). Ekor ini berperan krusial sebagai apparatus pergerakan yang memungkinkan sperma bermigrasi secara progresif menuju sel telur.

c. Konsepsi

Konsepsi merupakan proses pertemuan dan penyatuan antara sel sperma dengan ovum yang umumnya terjadi di tuba falopi.

1) Nidasi

Nidasi adalah proses masuk dan tertanamnya hasil konsepsi ke dalam lapisan endometrium pada dinding rahim.

2) Plasentasi

Adalah alat yang sangat penting bagi janin yang berguna untuk pertukaran zat antara ibu dan anaknya dan sebaliknya.

d. Pembagian Masa Kehamilan

Plasentasi merupakan proses pembentukan plasenta yang memiliki peranan sangat penting bagi perkembangan janin, terutama dalam proses pertukaran zat, oksigen, serta nutrisi antara ibu dan janin.

3. Perubahan Fisik pada Kehamilan

Menurut Prawiroharjo (2020) terjadi perubahan fisiologi pada saat kehamilan, yaitu :

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

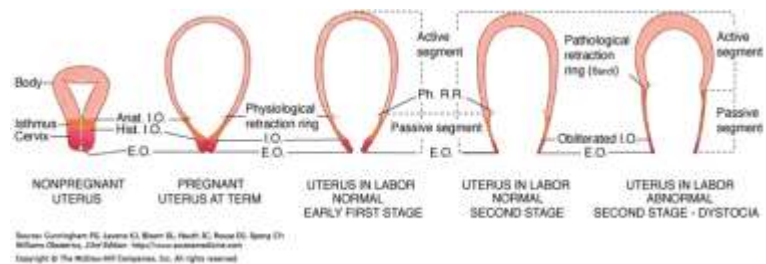
Selama masa gestasi, uterus mengalami hipertrofi dan peregangan yang signifikan untuk mengakomodasi pertumbuhan janin, plasenta, serta akumulasi cairan amnion. Kapasitas organ ini meningkat drastis hingga mencapai volume rata-rata 5 liter dengan berat sekitar 1100 gram pada trimester akhir akibat penebalan miometrium. Secara klinis, perkembangan ini dapat diidentifikasi pada usia kehamilan 12 minggu saat fundus uteri mulai keluar dari rongga pelvis dan teraba di atas simfisis pubis, yang sering kali disertai dengan munculnya tanda ballotement serta kontraksi Braxton Hicks.

Memasuki usia 16 hingga 20 minggu, morfologi uterus menjadi lebih sferis dengan posisi fundus berada sedikit di bawah umbilikus. Pada fase ini, isthmus dan serviks mulai berdiferensiasi membentuk segmen bawah rahim (SBR). Menjelang proses persalinan, bagian atas uterus akan mengalami kontraksi aktif yang menyebabkan segmen bawah meregang, melebar, dan menipis sebagai mekanisme adaptasi fisiologis untuk memfasilitasi jalan lahir.

b) Servix

Sekitar empat minggu setelah terjadinya konsepsi, serviks mulai mengalami perubahan berupa peningkatan kelembutan serta perubahan warna menjadi kebiruan. Kondisi tersebut disebabkan oleh meningkatnya vaskularisasi, edema, serta terjadinya hipertrofi dan hiperplasia pada kelenjar serviks. Selama masa kehamilan, jaringan kolagen pada serviks terus mengalami proses sintesis dan remodeling yang dipengaruhi oleh enzim kolagenase yang dihasilkan oleh sel-sel serviks dan neutrofil. Menjelang kehamilan aterm, kadar kolagen pada serviks akan mengalami penurunan yang cukup signifikan akibat proses dilusi, dispersi, serta perubahan struktur menjadi serabut-serabut yang lebih longgar.

Proses remodelling ini berfungsi agar uterus dapat mempertahankan kehamilan sampai aterm dan kemudian proses destruksi serviks yang membuatnya berdilatasi memfasilitasi persalinan dan proses perbaikan serviks terjadi setelah persalinan.



Gambar 2 1 Perubahan Uterus dalam Kehamilan

c) Vagina dan Perineum

Selama masa gestasi, area perineum dan vulva mengalami peningkatan vaskularisasi serta hiperemia yang signifikan pada jaringan kulit maupun otot. Manifestasi klinis yang paling khas dari fenomena ini adalah perubahan warna mukosa vagina menjadi keunguan, yang dalam terminologi medis disebut sebagai tanda Chadwick. Seiring dengan perkembangan kehamilan, adaptasi fisiologis ini juga disertai dengan penipisan lapisan mukosa, reduksi pada sebagian jaringan ikat, serta terjadinya hipertrofi pada sel-sel otot polos di area tersebut.

Selain itu, selama kehamilan terjadi peningkatan proses deskuamasi sel mukosa vagina bagian superfisial. Sel epitel yang terlepas akan menghasilkan glikogen dalam jumlah lebih banyak yang kemudian diuraikan oleh basil Döderlein. Proses tersebut menghasilkan asam laktat dan hidrogen peroksida sehingga menyebabkan peningkatan jumlah sekret vagina dengan tingkat keasaman sekitar pH 4,5–5,0. Cairan berwarna putih ini dikenal sebagai leukorea.

d) Ovarium

Selama masa kehamilan, siklus ovulasi dan maturasi folikel baru di ovarium terhenti sepenuhnya sebagai respons fisiologis tubuh. Pada periode ini, hanya terdapat satu korpus luteum aktif yang memegang peranan krusial dalam mendukung

kelangsungan kehamilan pada fase awal. Korpus luteum tersebut menjalankan fungsi sekresi hormonal secara optimal selama kurang lebih 6 hingga 7 minggu pertama, sebelum akhirnya kontribusi utamanya dalam memproduksi progesteron mulai berkurang seiring dengan pengambilalihan fungsi oleh plasenta.

2) Sistem Integumen

Perubahan warna kulit menjadi lebih gelap merupakan salah satu perubahan yang umum terjadi pada sekitar 90% wanita selama masa kehamilan. Kondisi ini dipengaruhi oleh peningkatan hormon perangsang melanosit (melanocyte-stimulating hormone/MSH), serta hormon estrogen dan progesteron yang dapat merangsang aktivitas melanosit sehingga meningkatkan proses pigmentasi pada kulit.

Perubahan pada kulit dinding abdomen selama kehamilan sering kali bermanifestasi sebagai garis kemerahan dan kusam yang dapat meluas hingga ke area payudara serta paha, yang secara klinis dikenal sebagai striae gravidarum. Selain itu, pengaruh hormonal memicu hiperpigmentasi pada linea alba, sehingga garis tengah perut tersebut berubah warna menjadi kecokelatan yang disebut linea nigra. Fenomena pigmentasi ini juga dapat terjadi pada area wajah dan leher dalam bentuk bercak dengan ukuran bervariasi, yang diidentifikasi sebagai chloasma atau melasma gravidarum. Pigmentasi berlebih juga dapat terlihat pada daerah areola payudara

dan genitalia. Umumnya, perubahan pigmentasi ini akan berkurang atau menghilang setelah proses persalinan.

3) Sistem Kardiovaskuler

Selama masa kehamilan tunggal, terjadi ekspansi volume darah maternal sebesar 30–50%. Meskipun massa sel darah merah meningkat secara bertahap dengan puncaknya pada minggu ke-20, laju penambahan volume plasma yang lebih cepat menyebabkan pengenceran darah (hemodilusi). Hal ini mengakibatkan penurunan kadar hemoglobin rata-rata dari 13,3 g/dL menjadi sekitar 11 g/dL, dengan titik nadir pada usia gestasi 32 minggu. Selain itu, respons imunologi tubuh ditandai dengan peningkatan jumlah leukosit yang mencapai puncaknya pada minggu ke-30.

Secara fungsional, curah jantung (cardiac output) mengalami eskalasi sebesar 35–50%, meningkat dari 5 liter/menit menjadi 7 liter/menit pada usia 20 minggu, yang didukung oleh kenaikan volume sekuncup sekitar 10%. Fenomena fisiologis ini sering kali memicu munculnya murmur ejeksi sistolik pada lebih dari 90% ibu hamil sejak pertengahan masa gestasi. Dari sisi vaskular dan ekskresi, aliran darah ginjal melonjak hingga 70–80% pada usia 16 minggu untuk mengoptimalkan proses eliminasi sisa metabolisme. Sementara itu, tekanan darah sistemik cenderung mengalami

penurunan, dengan tekanan diastolik mencapai level terendah (10–15 mmHg di bawah batas normal) pada usia gestasi 24 minggu.

4) Sistem Gastrointestinal

Sekitar 80% wanita hamil mengalami keluhan nyeri pada daerah ulu hati. Kondisi ini umumnya disebabkan oleh meningkatnya tekanan intragastrik serta menurunnya tonus sfingter esofagus bagian bawah yang dapat memicu terjadinya refluks asam lambung. Selama masa kehamilan, jaringan gusi juga dapat mengalami perubahan berupa edema sehingga tampak lebih lunak dan menyerupai spons akibat pengaruh hormon estrogen. Perubahan tersebut kadang disertai dengan pembengkakan vaskular lokal yang dikenal sebagai gingivitis. Selain itu, pada beberapa ibu hamil dapat muncul kondisi yang disebut pika, yaitu keinginan untuk mengonsumsi bahan atau zat yang tidak lazim untuk dimakan.

5) Sistem Urinaria

Pada trimester pertama, hipertrofi uterus yang terjadi di dalam rongga panggul memberikan tekanan mekanis langsung pada vesika urinaria (kandung kemih), yang bermanifestasi sebagai peningkatan frekuensi berkemih. Keluhan ini cenderung mereda secara fisiologis saat uterus mulai memasuki rongga abdomen dan menjauhi area pelvis. Namun, pada akhir masa kehamilan, frekuensi berkemih sering kali meningkat kembali akibat desensus

(penurunan) bagian presentasi janin ke dalam Pintu Atas Panggul (PAP) yang kembali menekan kandung kemih.

Selain faktor mekanis, perubahan struktural juga terjadi seiring bertambahnya usia gestasi. Memasuki usia 16 minggu, dasar kandung kemih (trigonum) akan terangkat disertai dengan penebalan pada batas intraureterik. Kondisi ini dipicu oleh kombinasi faktor hiperemia pada organ-organ pelvik serta proses hiperplasia pada jaringan otot dan ikat sebagai bentuk adaptasi sistem perkemihan terhadap pertumbuhan uterus.

6) Sistem Muskuloskeletal

Menjelang fase akhir kehamilan, fluktuasi hormon estrogen dan progesteron menginduksi relaksasi pada struktur otot serta ligamen panggul guna meningkatkan mobilitas pelvis. Secara klinis, fenomena ini sering kali memicu keluhan nyeri punggung akibat peningkatan tegangan pada jaringan ikat pendukung. Seiring dengan pertumbuhan uterus ke arah anterior, pusat gravitasi tubuh mengalami pergeseran yang dikompensasi melalui perubahan postur tubuh. Kondisi ini bermanifestasi sebagai peningkatan kurvatura tulang belakang atau lordosis fisiologis, yang berfungsi menjaga keseimbangan tubuh selama masa kehamilan.

7) Sistem Endokrin

Selama masa kehamilan, kelenjar hipofisis mengalami pembesaran hingga sekitar $\pm 135\%$. Meskipun terjadi peningkatan

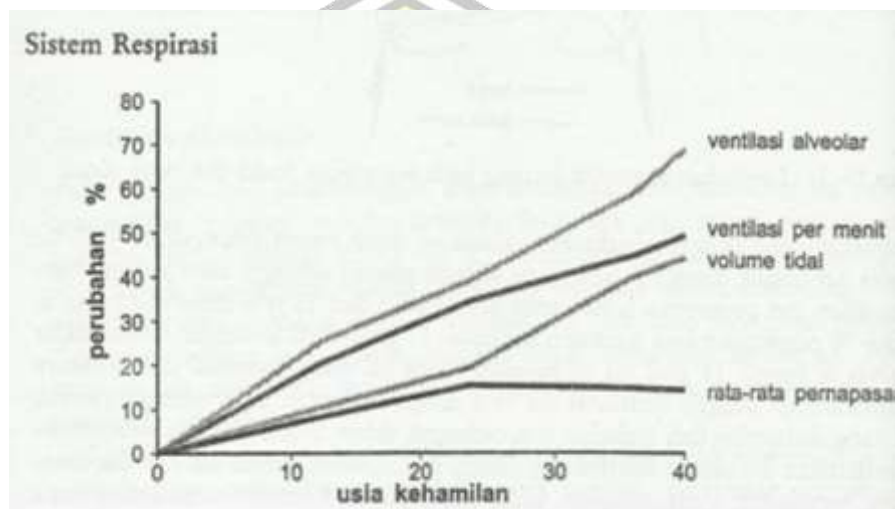
ukuran, perubahan tersebut tidak memiliki peran yang terlalu signifikan terhadap proses kehamilan. Selain itu, kadar hormon prolaktin akan mengalami peningkatan hingga sekitar sepuluh kali lipat pada saat kehamilan mencapai aterm. Setelah proses persalinan berlangsung, konsentrasi hormon prolaktin dalam plasma secara bertahap akan mengalami penurunan.

Selama masa kehamilan hingga menjelang persalinan, kelenjar tiroid mengalami hiperplasia dan peningkatan vaskularisasi yang mengakibatkan pembesaran volume hingga mencapai 15 ml. Sebaliknya, kelenjar adrenal pada kondisi kehamilan normal justru cenderung mengalami reduksi ukuran, meskipun terjadi lonjakan konsentrasi pada beberapa hormon spesifik. Hormon-hormon seperti androstenedion, testosteron, dioksikortikosteron, aldosteron, serta kortisol menunjukkan peningkatan kadar yang signifikan. Di sisi lain, terjadi penurunan pada kadar dehidroepiandrosteron sulfat (DHEA-S) sebagai bagian dari regulasi hormonal selama masa gestasi.

8) Sistem Respirasi

Selama masa kehamilan, terjadi ekspansi lingkaran toraks sebesar ± 6 cm sebagai upaya kompensasi terhadap elevasi diafragma setinggi ± 4 cm akibat pembesaran uterus. Meskipun terjadi ekspansi toraks, hal ini belum sepenuhnya mampu mengimbangi reduksi kapasitas residu fungsional serta volume residu paru-paru. Secara

fisiologis, frekuensi pernapasan tidak menunjukkan fluktuasi yang drastis, namun terjadi peningkatan signifikan pada volume tidal, ventilasi per menit, serta kebutuhan ambilan oksigen, terutama pada fase kehamilan lanjut. Seluruh perubahan sistem respirasi ini bersifat reversibel dan akan berangsur kembali ke kondisi fisiologis prapersalinan dalam kurun waktu sekitar 24 minggu pascapersalinan.



Gambar 2 2 Sistem Respirasi dalam Kehamilan

9) Sistem Imunitas

Respons imun humoral selama kehamilan ditandai dengan fluktuasi kadar serum imunoglobulin. Konsentrasi IgA, IgG, dan IgM mulai menunjukkan tren penurunan secara bertahap sejak usia gestasi 10 minggu. Reduksi ini berlanjut hingga mencapai titik nadir pada usia kehamilan 30 minggu, di mana kadar tersebut cenderung stabil dan menetap hingga mencapai masa aterm (cukup bulan).

10) Perubahan Metabolik

Pada fase gestasi usia 15 minggu, terjadi adaptasi metabolik yang menyebabkan kadar glukosa darah puasa cenderung lebih rendah dibandingkan kondisi prapersalinan. Selama periode ini, metabolisme protein mengalami akselerasi guna mendukung kebutuhan fisiologis ibu serta pertumbuhan janin, yang disertai dengan peningkatan kebutuhan energi sebesar 200 kkal per hari.

Kenaikan berat badan selama kehamilan merupakan akumulasi dari hasil konsepsi (janin, plasenta, dan cairan amnion) serta ekspansi jaringan maternal yang meliputi uterus, payudara, volume darah, cadangan adiposa, dan cairan interstisial. Memasuki trimester akhir, laju penambahan berat badan direkomendasikan berdasarkan status gizi awal ibu: sekitar 0,4 kg/minggu untuk kategori gizi normal, 0,5 kg/minggu bagi ibu dengan gizi kurang, dan 0,3 kg/minggu pada kondisi gizi berlebih.

11) Payudara

Memasuki usia gestasi 16 minggu, sistem duktus payudara mulai memproduksi sekresi awal berupa kolostrum yang dapat keluar melalui puting susu. Selain itu, pengaruh hormonal memicu perluasan area sekitar puting yang disertai dengan hiperpigmentasi lebih lanjut, sehingga membentuk area yang dikenal sebagai areola sekunder.

4. Standar Asuhan pada Kehamilan

1) ANC Terpadu

Antenatal Care (ANC) Terpadu merupakan manifestasi pelayanan kesehatan komprehensif yang ditujukan bagi seluruh ibu hamil guna menjamin luaran kehamilan yang sehat, persalinan aman, serta kelahiran bayi yang optimal. Secara fungsional, program ini dirancang sebagai instrumen pemenuhan hak kesehatan reproduksi sekaligus sarana deteksi dini terhadap berbagai anomali, patologi, maupun gangguan sistemik yang berpotensi muncul selama masa gestasi.

Implementasi ANC Terpadu di fasilitas kesehatan tingkat pertama, seperti Puskesmas, melibatkan kolaborasi interprofesi yang mencakup dokter umum, dokter gigi, psikolog, ahli gizi, serta dukungan pemeriksaan laboratorium. Pelayanan ini mengintegrasikan berbagai intervensi strategis, antara lain eliminasi tetanus maternal dan neonatal (MNTE), manajemen defisiensi nutrisi, pencegahan malaria (PMDK), serta pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak (PMTCT). Selain itu, cakupan program ini juga meliputi Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), penatalaksanaan Infeksi Menular Seksual (IMS) dan Infeksi Saluran Kemih (ISK), eliminasi sifilis kongenital, hingga penanganan Tuberkulosis (TB-ANC) dalam kehamilan.

2) Penggunaan Buku KIA

Tenaga kesehatan beserta pasien diinstruksikan untuk mengoptimalkan penggunaan Buku KIA sebagai instrumen utama dalam sirkulasi pelayanan kesehatan. Buku ini berfungsi sebagai media pemantauan yang komprehensif, mencakup dokumentasi medis mulai dari masa gestasi, proses persalinan, hingga pengawasan tumbuh kembang bayi dan balita secara berkesinambungan.

3) Cakupan K1

Cakupan K1 adalah persentase ibu hamil yang pertama kali mendapatkan pelayanan antenatal dari tenaga kesehatan dalam suatu wilayah kerja pada periode waktu tertentu.

4) Cakupan K4

Ibu hamil dianjurkan mendapatkan pelayanan antenatal minimal empat kali sesuai standar, yaitu satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dan dua kali pada trimester ketiga.

5. Pelayanan Antenatal Terpadu

Berdasarkan Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu (Kemenkes, 2020), terdapat beberapa pilar utama dalam penyelenggaraan asuhan kehamilan yang komprehensif. Pertama, Pemeriksaan Kehamilan Rutin yang mencakup pemantauan tanda vital, antropometri (berat badan), serta evaluasi fisik menyeluruh terhadap ibu dan janin untuk memastikan stabilitas klinis. Kedua,

dilakukan Penilaian Risiko Kehamilan guna mengklasifikasikan kondisi ibu ke dalam kategori risiko rendah atau tinggi, sebagai langkah preventif terhadap komplikasi sistemik seperti preeklamsia, diabetes gestasional, maupun anomali letak janin.

Ketiga, aspek preventif diperkuat melalui Pemberian Suplementasi dan Imunisasi, khususnya pemberian tablet zat besi (Fe) untuk profilaksis anemia serta imunisasi Tetanus Toxoid (TT) demi perlindungan maternal dan neonatal. Keempat, Edukasi Kesehatan memegang peranan vital dalam membekali ibu mengenai pola nutrisi seimbang serta pengenalan dini tanda bahaya kehamilan seperti perdarahan pervaginam, kejang, atau edema patologis.

Kelima, fokus pada Deteksi Dini Komplikasi dan Pemantauan Perkembangan Janin dilakukan secara periodik, termasuk penggunaan teknologi Ultrasonografi (USG) dan auskultasi denyut jantung janin (DJJ) untuk memvalidasi kesejahteraan janin di dalam rahim. Terakhir, pelayanan ini juga mengintegrasikan Kesehatan Mental melalui dukungan psikososial, yang bertujuan memitigasi risiko kecemasan atau depresi gestasional demi menjaga kesejahteraan emosional ibu selama masa kehamilan hingga persalinan.

2.1.2 Anemia Dalam Kehamilan

1. Definisi Anemia dalam kehamilan

Anemia pada kehamilan adalah kondisi ketika kadar hemoglobin, hematokrit, dan eritrosit berada di bawah nilai normal, yang umumnya disebabkan oleh kurangnya asupan zat besi. Kondisi ini dapat membahayakan ibu dan janin, seperti meningkatkan risiko perdarahan postpartum serta persalinan prematur jika terjadi sejak awal kehamilan. Selain itu, anemia juga dapat berdampak negatif pada ibu selama masa kehamilan, persalinan, nifas, hingga periode setelahnya.

Anemia dalam kehamilan didefinisikan sebagai suatu kondisi patologis di mana kadar hemoglobin (Hb) maternal berada di bawah ambang batas normal, yaitu kurang dari 11 g/dL. Fenomena ini terjadi akibat ketidakmampuan jaringan hematopoietik dalam memproduksi sel darah merah secara adekuat untuk mempertahankan konsentrasi hemoglobin yang optimal selama masa gestasi. Secara spesifik, kriteria diagnosis anemia ditetapkan apabila kadar hemoglobin tercatat di bawah 11 g/dL pada trimester I dan III, atau di bawah 10,5 g/dL pada trimester II sebagai akibat dari efek hemodilusi fisiologis.

Populasi	Anemia (g/dL)	Anemia		
		Ringan	Sedang	Berat
Ibu hamil	≥ 11	10.0 – 10.9	7.0 – 9.9	< 7.0

(WHO, 2011)

Tabel 2.2. 1 Klasifikasi Anemia Ibu Hamil

2. Tanda dan Gejala Anemia

Pucat (pallor) merupakan manifestasi klinis yang paling umum dikaitkan dengan kondisi anemia, yang secara patofisiologis disebabkan oleh penurunan volume darah serta defisiensi kadar hemoglobin dalam mengoptimalkan suplai oksigen ke organ-organ vital. Dalam pemeriksaan fisik, penilaian terhadap bantalan kuku (nail beds) dan telapak tangan merupakan indikator yang lebih reliabel dibandingkan warna kulit umum untuk mengidentifikasi adanya pucat. Selain tanda objektif tersebut, anemia juga ditandai dengan sindrom subjektif yang dikenal sebagai 5L, yaitu lesu, lemah, letih, lelah, dan lalai, yang mencerminkan penurunan kapasitas fungsional tubuh akibat hipoksia jaringan.

3. Penyebab Anemia dalam Kehamilan

Faktor risiko utama dalam insidensi anemia pada ibu hamil sangat dipengaruhi oleh variabel usia reproduksi. Secara klinis, rentang usia 20–35 tahun dianggap sebagai periode reproduksi yang ideal. Ibu hamil yang berada di luar rentang tersebut (<20 tahun atau >35 tahun) memiliki risiko anemia yang lebih tinggi akibat kesiapan organ reproduksi yang belum optimal atau penurunan fungsi fisiologis. Selain itu, paritas memegang peranan signifikan; frekuensi persalinan yang tinggi berbanding lurus dengan peningkatan risiko anemia. Kondisi Kekurangan Energi Kronis (KEK) juga menjadi faktor predisposisi utama, di mana defisit nutrisi makro berimplikasi pada gangguan pembentukan sel darah merah.

Faktor lain yang memperberat risiko adalah jarak kehamilan yang terlalu rapat, yang mengakibatkan cadangan zat besi (ferritin) maternal belum pulih

sepenuhnya sebelum memasuki kehamilan berikutnya. Keberadaan penyakit infeksi turut memperburuk kondisi ini dengan cara mengganggu absorpsi zat gizi serta menyebabkan kehilangan cairan tubuh. Sejalan dengan temuan Priyanti dkk. (2020), determinan anemia bersifat multifaktorial, mencakup aspek sosial ekonomi (pendapatan dan tingkat pendidikan), faktor perilaku (pengetahuan, kepatuhan konsumsi tablet Fe, dan keteraturan kunjungan ANC), hingga riwayat kesehatan sistemik ibu.

6. Dampak Anemia dalam Kehamilan

Defisiensi zat besi pada ibu hamil merupakan prekursor utama peningkatan mortalitas maternal serta risiko kelahiran prematur dan BBLR. Secara fisiologis, pertumbuhan janin sangat bergantung pada perfusi darah ibu; kondisi anemia akan memicu retardasi pertumbuhan intrauterin akibat hipoksia jaringan. Selain itu, Suwirnawati dkk. (2021) menekankan bahwa ibu dengan anemia memiliki ambang toleransi yang sangat rendah terhadap perdarahan, baik antepartum maupun postpartum, karena keterbatasan mekanisme kompensasi tubuh terhadap kehilangan volume darah. Oleh karena itu, suplementasi zat besi menjadi intervensi profilaksis yang krusial untuk memitigasi risiko sistemik tersebut.

7. Pencegahan Anemia dalam kehamilan

Pencegahan anemia pada ibu hamil bertumpu pada diversifikasi pangan yang mengutamakan asupan mikronutrien esensial, seperti zat besi dari sumber hewani, kacang-kacangan, serta sayuran hijau. Efektivitas absorpsi feritin dalam tubuh sangat dipengaruhi oleh sinergi nutrisi lain, terutama vitamin C dari buah-

buah, serta kecukupan vitamin A, zinc, protein, dan asam folat. Ketidakhadiran elemen pendukung ini dapat menghambat bioavailabilitas zat besi dalam sistem peredaran darah maternal.

Selain aspek nutrisi, Ayu Rahmawati (2018) menekankan pentingnya dimensi psikososial dan perilaku dalam mitigasi anemia. Hal ini mencakup penguatan pola pikir dan efikasi diri ibu dalam mengambil keputusan klinis, yang bermanifestasi pada kepatuhan konsumsi tablet Fe serta kedisiplinan pemeriksaan antenatal untuk deteksi dini. Terakhir, dukungan dari ekosistem keluarga, khususnya suami, menjadi katalisator motivasi yang krusial dalam memastikan ibu hamil secara konsisten menerapkan perilaku preventif sepanjang masa gestasi.

8. Dagnosa Anemia

- a) Manifestasi Subjektif: Ibu hamil umumnya melaporkan sindrom kelelahan kronis, vertigo (pusing melayang), serta episode dispnea (sesak napas) saat beraktivitas. Gejala ini mencerminkan kegagalan perfusi oksigen sistemik.
- b) Parameter Objektif: Secara klinis, sering terdeteksi respons kompensasi jantung berupa takikardia (nadi cepat) dan palpitasi, yang disertai dengan hipotensi relatif. Indikator fisik yang krusial adalah anemis pada konjungtiva sebagai tanda nyata hipoksia jaringan, yang kemudian divalidasi melalui hasil laboratorium kadar hemoglobin (Hb).

2.1.3 Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses keluarnya hasil konsepsi berupa janin dan plasenta yang telah dapat hidup dari dalam rahim melalui vagina ke dunia luar. Persalinan normal menurut WHO merupakan persalinan yang berlangsung secara spontan, berisiko rendah sejak awal hingga proses persalinan, dengan bayi lahir secara spontan dalam presentasi belakang kepala pada usia kehamilan 37–42 minggu.

2. Tanda-tanda Persalinan

1) Adanya Kontraksi Rahim(His)

Tanda fundamental dimulainya proses persalinan ditandai dengan munculnya kontraksi uterus yang ritmis. Secara klinis, ibu akan merasakan sensasi nyeri yang menjalar dari area lumbal (pinggang) menuju simfisis dan paha. Fenomena ini dipicu oleh aktivitas hormon oksitosin yang secara fisiologis berfungsi menginduksi kontraksi otot rahim guna memfasilitasi ekspulsi janin. Aktivitas miometrium ini bertujuan untuk memicu dilatasi serviks (pembukaan jalan lahir) sekaligus mengoptimalkan perfusi darah pada unit fetoplasental.

2) Pembukaan serviks

Pada umumnya, pembukaan serviks pada ibu primigravida terjadi lebih dari 1,8 cm, sedangkan pada ibu multigravida pembukaan dapat mencapai lebih dari 2,2 cm. Pada kehamilan pertama, proses pembukaan serviks biasanya disertai dengan keluhan nyeri pada bagian perut. Sementara itu, pada kehamilan kedua dan seterusnya, pembukaan serviks sering kali berlangsung tanpa disertai rasa nyeri yang jelas.

Untuk memastikan adanya pembukaan serviks, tenaga kesehatan umumnya melakukan pemeriksaan dalam yang dikenal sebagai vaginal toucher (pemeriksaan vaginal).

3) Pecahnya Ketuban dan Keluarnya lendir bercampur darah

Pada awalnya, leher rahim tertutup oleh sumbatan lendir yang cukup tebal. Menjelang persalinan, sumbatan lendir tersebut akan terlepas dari kanalis servikalis sehingga menyebabkan keluarnya lendir yang bercampur dengan sedikit darah dan tampak berwarna kemerahan. Pengeluaran lendir ini terjadi akibat adanya kontraksi uterus yang menyebabkan serviks menjadi lunak dan mulai membuka. Lendir bercampur darah tersebut dikenal sebagai bloody show.

Ruptur membran atau pecah ketuban menandakan hilangnya barier protektif janin terhadap lingkungan eksternal, yang secara medis meningkatkan risiko ascending infection (invasi bakteri). Berdasarkan protokol klinis, terminasi kehamilan harus diupayakan dalam kurun waktu kurang dari 24 jam untuk memitigasi komplikasi infeksi; jika persalinan pervaginam tidak menunjukkan progres, intervensi bedah sesar (Sectio Caesarea) menjadi pertimbangan utama. Yulizawati dkk. (2019) menegaskan bahwa secara fisiologis, cairan amnion yang normal harus memiliki karakteristik jernih, transparan, serta tidak mengeluarkan aroma yang menyengat.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

1) Passage (Jalan Lahir)

Passage (Jalan Lahir) adalah jalur yang dilalui bayi saat persalinan, yang terdiri dari bagian keras berupa tulang panggul dan bagian lunak seperti otot, jaringan, serta ligamen. Meskipun jaringan lunak membantu proses kelahiran, ukuran dan bentuk panggul memiliki peran lebih penting sehingga perlu diperhatikan sebelum persalinan.(Yulizawati et al.,2019)

2) Power (His)

His merupakan kontraksi rahim yang berfungsi membuka serviks dan mendorong janin turun ke arah panggul. Pada presentasi kepala, kontraksi yang cukup kuat akan membantu kepala janin masuk ke rongga panggul. Dalam proses ini, ibu melakukan kontraksi secara tidak sadar (involunter) dan juga dengan usaha sadar (volunter).

3) Passenger

Elemen passenger dalam mekanisme persalinan mencakup janin dan plasenta. Variabel janin yang menentukan keberhasilan proses ini meliputi dimensi kranial (ukuran kepala), presentasi, letak, sikap, serta posisi janin dalam rahim. Mengingat plasenta juga harus melewati kanal lahir pasca-ekspulsi janin, organ ini secara klinis diklasifikasikan sebagai bagian dari komponen penumpang yang turut memengaruhi dinamika persalinan.

4) Position

Posisi ibu selama persalinan memengaruhi kondisi anatomi dan fisiologis proses persalinan. Posisi tegak seperti berdiri, berjalan, duduk,

atau jongkok dapat memberikan keuntungan karena membantu mengurangi kelelahan, meningkatkan kenyamanan, dan memperlancar sirkulasi darah.

5) Psychologic Respons

Proses persalinan dapat menimbulkan rasa tegang, takut, dan cemas pada ibu serta keluarganya, yang dapat memperlambat jalannya persalinan. Oleh karena itu, dukungan dari keluarga atau suami sangat penting untuk membantu ibu merasa lebih tenang sehingga proses persalinan dapat berlangsung lebih optimal. (Yulizawati et al, 2019)

4. Kebutuhan Dasar Ibu Masa Persalinan

1) Dukungan fisik dan psikologis

Sistem dukungan persalinan idealnya melibatkan figur terdekat seperti suami, keluarga, serta tenaga kesehatan (bidan, dokter, perawat) yang telah mendampingi pasien sejak fase antenatal. Pendamping berperan krusial dalam memantau dinamika kemajuan persalinan secara kontinu dan memberikan laporan perkembangan yang akurat. Dalam konteks asuhan kebidanan, bidan wajib menghadirkan dukungan emosional yang intensif melalui teknik mendengarkan aktif, observasi komprehensif, serta penguatan afirmasi guna membangun kepercayaan diri dan stabilitas psikologis pasien selama proses persalinan.

2) Kebutuhan Makanan dan cairan

Selama persalinan aktif, makanan padat tidak dianjurkan karena dicerna lebih lama di lambung sehingga dapat memperlambat proses

pencernaan. Untuk mencegah dehidrasi, ibu dapat diberikan minuman seperti jus buah atau sup. Jika ibu mengalami mual atau muntah, cairan dapat diberikan melalui infus seperti Ringer Laktat (RL).

3) Kebutuhan Eliminasi

Selama persalinan, kandung kemih sebaiknya dikosongkan setiap 2 jam. Jika ibu tidak dapat berkemih sendiri, dapat dilakukan kateterisasi karena kandung kemih yang penuh dapat menghambat penurunan bagian terbawah janin serta menambah rasa tidak nyaman selama kontraksi.

4) Positioning dan aktifitas

Dalam upaya menjaga stabilitas emosional dan relaksasi pasien, tenaga penolong persalinan dilarang memaksakan posisi tertentu. Peran bidan berfokus pada fasilitasi otonomi ibu, di mana bidan memberikan dukungan penuh terhadap posisi yang dianggap paling nyaman oleh pasien. Intervensi atau saran alternatif hanya diberikan secara selektif apabila posisi yang dipilih dinilai tidak efektif secara klinis atau berisiko menimbulkan komplikasi bagi keselamatan ibu maupun janin.

5) Pengurangan rasa nyeri

Pengurangan rasa nyeri selama persalinan dapat dilakukan dengan berbagai metode nonfarmakologis, seperti dukungan dari pendamping persalinan, pengaturan posisi yang nyaman, relaksasi dan teknik pernapasan, serta istirahat dan menjaga privasi. Selain itu, nyeri juga dapat dikurangi melalui sentuhan atau pijatan, pijatan ganda pada

pinggul, kompres hangat atau dingin, berendam, serta mendengarkan musik.

5. Asuhan Persalinan Normal Dalam Memberikan Pertolongan Persalinan Kepada Pasien. (APN 60 langkah terlampir)

Definisi

Asuhan Persalinan Normal (APN) merupakan kebijakan pemerintah yang mewajibkan tenaga kesehatan mengikuti standar dalam menolong persalinan normal. APN menekankan persalinan yang bersih, aman, serta pencegahan komplikasi selama dan setelah persalinan. Tujuannya adalah menjaga keselamatan ibu dan bayi serta meningkatkan derajat kesehatan keduanya melalui pelayanan yang terpadu dengan intervensi seminimal mungkin tanpa mengabaikan keamanan dan kualitas pelayanan.

1) Asuhan Persalinan Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks telah lengkap dan berakhir dengan lahirnya bayi. Tanda-tanda yang muncul antara lain dorongan untuk meneran saat kontraksi, peningkatan tekanan pada rektum dan vagina, perineum tampak menonjol, pembukaan vulva dan sfingter ani, serta keluarnya lendir bercampur darah. Pada tahap ini kontraksi rahim berlangsung kuat, teratur, dan terjadi sekitar setiap 2–3 menit (Juliana et al., 2019). Lama kala II berbeda pada setiap ibu, yaitu sekitar 1,5–2 jam pada primipara dan 0,5–1 jam pada multipara (Siwi Elizabeth & Endang, 2019).

2) Asuhan Persalinan Kala III (Kala Uri)

Kala III merupakan tahapan pelepasan serta ekspulsi plasenta atau uri. Pasca-persalinan janin, aktivitas miometrium akan mengalami jeda sejenak dengan kondisi uterus yang teraba keras dan fundus uteri setinggi umbilikus. Pada fase ini, plasenta mengalami penebalan hingga dua kali lipat sebelum akhirnya muncul kontraksi susulan (his pengeluaran).

Dalam estimasi waktu 1–5 menit, plasenta akan terlepas dan terdorong menuju vagina, kemudian lahir secara spontan atau melalui bantuan dorongan ringan. Secara klinis, proses ini umumnya berlangsung antara 5 hingga 30 menit setelah kelahiran bayi, dengan volume perdarahan fisiologis yang berkisar antara 100–200 cc.

3) Asuhan Persalinan Kala IV (Tahap Pemantauan)

Kala IV persalinan merupakan tahap pemantauan ibu setelah bayi lahir untuk mencegah dan mendeteksi perdarahan. Pada fase ini ibu masih mengeluarkan darah dari vagina yang berasal dari bekas perlekatan plasenta, kemudian akan berlanjut menjadi lokhea yang berasal dari sisa jaringan dalam rahim. Oleh karena itu, pemantauan ketat selama sekitar 2 jam setelah persalinan sangat penting untuk mendeteksi perdarahan sedini mungkin (Siwi Elizabeth & Endang, 2019).

Pemantauan dilakukan dengan memeriksa fundus uteri setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 20–30 menit pada jam kedua. Jika kontraksi uterus lemah, perlu dilakukan masase hingga uterus terasa keras. Tekanan darah, nadi, kandung kemih, dan jumlah perdarahan juga diperiksa secara berkala. Perdarahan normal berkisar tidak lebih dari

400–500 cc. Sebagian besar kasus kesakitan dan kematian ibu terjadi akibat perdarahan postpartum dalam 4 jam pertama setelah kelahiran, sehingga pemantauan intensif sangat diperlukan. Semua tindakan dan hasil pemeriksaan harus didokumentasikan pada partograf. Selain itu, ibu dianjurkan untuk minum guna mencegah dehidrasi, menjaga kebersihan, beristirahat, serta melakukan kontak dengan bayi dan menyusui dini karena dapat membantu kontraksi uterus (Juliana et al., 2019).

2.1.4 Konsep Bayi Baru Lahir

1. Definisi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37–42 minggu dengan berat badan antara 2500–4000 gram (Rochmah dkk., 2020). Bayi yang sehat umumnya ditandai dengan berat badan 2500–4000 gram, usia kehamilan 37–40 minggu, segera menangis setelah lahir, bergerak aktif, kulit berwarna kemerahan, mampu menyusu dengan baik, serta tidak memiliki kelainan bawaan (Kemenkes RI, 2023). Asuhan bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut selama jam pertama selama setelah melahirkan (Saifuddin. 2011).

a. Klasifikasi

Klasifikasi BBL dibedakan menjadi dua macam yaitu klasifikasi menurut berat lahir dan klasifikasi menurut masa gestasi atau umur kehamilan.

1. Berdasarkan berat lahir

- Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR): berat lahir < 2500 gram tanpa mempertimbangkan usia kehamilan.
- Bayi Berat Lahir Normal: berat lahir 2500–4000 gram.
- Bayi Berat Lahir Lebih: berat lahir > 4000 gram.

2. Berdasarkan masa gestasi

- Bayi Kurang Bulan (BKB): lahir pada usia kehamilan < 37 minggu.
- Bayi Cukup Bulan (BCB): lahir pada usia kehamilan 37–42 minggu.
- Bayi Lebih Bulan (BLB): lahir pada usia kehamilan > 42 minggu.

b. Perawatan

Perawatan bayi baru lahir dilakukan sejak usia 0 hingga 28 hari kehidupan. Meskipun demikian, perhatian utama difokuskan pada 0–6 jam pertama setelah bayi dilahirkan melalui pemberian pelayanan neonatal esensial. Perawatan segera pada bayi baru lahir tersebut umumnya dilaksanakan dalam tiga tahapan utama.

- 1) Perawatan bayi baru lahir 0-30 detik Fokus perawatan bayi pada masa ini adalah evaluasi kebutuhan resusitasi.
- 2) Jaga kehangatan bayi dengan menerima bayi menggunakan kain kering.
- 3) Lakukan penilaian awal bayi baru lahir:
 - Apakah kehamilan cukup bulan?

- Apakah bayi menangis?
- Apakah tonus otot/bayi bergerak aktif?
- Apakah air ketuban jernih?

Jika pada salah satu penilaian awal terdapat jawaban “tidak”, maka bayi harus segera mendapatkan tindakan resusitasi awal dan penatalaksanaan asfiksia. Namun, jika semua penilaian menunjukkan jawaban “ya”, perawatan bayi baru lahir dapat dilanjutkan pada periode 30 detik hingga 90 menit pertama setelah kelahiran.

Perawatan bayi baru lahir meliputi:

1) Usia 30 detik–90 menit

- Menjaga bayi tetap hangat.
- Menjepit dan memotong tali pusat serta melakukan perawatan tali pusat.
- Melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD).
- Memberikan identitas pada bayi.
- Memberikan salep mata tetrasiklin 1% sebagai profilaksis.
- Memberikan injeksi vitamin K1 dosis 1 mg.

2) Usia 90 menit–6 jam

- Melakukan pemeriksaan fisik dan pengukuran antropometri.
- Memberikan imunisasi Hepatitis B dosis 0 (HB-0).
- Memantau adanya tanda bahaya pada bayi.

2. Kewenangan Bidan

Berdasarkan UU Kebidanan No. 4 Tahun 2019, bidan memegang tanggung jawab komprehensif yang mencakup siklus kesehatan reproduksi perempuan, layanan maternal, pediatri, serta program keluarga berencana. Selain fungsi pelayanan primer, bidan memiliki legalitas untuk mengeksekusi tugas delegatif dari tenaga medis lain atau melakukan intervensi dalam situasi darurat tertentu sesuai regulasi yang berlaku. Secara fungsional, profesi ini bertransformasi menjadi berbagai peran strategis: dari penyedia asuhan klinis, manajer layanan, edukator, konselor, pembimbing klinis, hingga agen pemberdayaan masyarakat dan peneliti.

Dalam ranah pelayanan ibu, bidan berwenang penuh memimpin persalinan fisiologis serta melakukan tindakan klinis seperti episiotomi, penjahitan laserasi jalan lahir derajat I dan II, serta manajemen aktif kala III melalui pemberian uterotonika. Peran krusial lainnya meliputi stabilisasi awal pada kasus kegawatdaruratan sebelum rujukan, fasilitasi Inisiasi Menyusu Dini (IMD), dan pemenuhan aspek administratif melalui penerbitan surat keterangan kelahiran.

Pada asuhan neonatal esensial, intervensi bidan berfokus pada pemeliharaan stabilitas bayi baru lahir, mencakup perawatan tali pusat, profilaksis vitamin K1, imunisasi Hepatitis B (HB-0), serta pemeriksaan fisik menyeluruh untuk deteksi dini tanda bahaya. Apabila ditemukan patologi di luar kompetensi klinisnya, bidan wajib melakukan rujukan sistemik ke fasilitas kesehatan sekunder. Seluruh rangkaian asuhan ini

senantiasa dibarengi dengan pemberian konseling edukatif bagi keluarga untuk menjamin keberlanjutan perawatan di rumah.

3. Pemantauan tanda bahaya pada bayi

Dalam Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dijelaskan bahwa terdapat beberapa tanda bahaya pada bayi yang menunjukkan kemungkinan adanya penyakit serius sehingga memerlukan penanganan segera. Tanda-tanda tersebut meliputi bayi tidak dapat menyusui dengan baik, tampak sangat lemah atau mengantuk, napas cepat lebih dari 60 kali per menit, merintih saat bernapas, serta adanya tarikan dinding dada saat bernapas. Selain itu, tanda bahaya lainnya yaitu warna kebiruan pada bibir atau ujung jari, kejang, tubuh bayi tampak kuning, tangan dan kaki terasa dingin, demam, tali pusat kemerahan atau bernanah hingga ke dinding perut, serta mata mengeluarkan cairan bernanah.

4. Kunjungan Neonatal

Pelayanan neonatal wajib dilakukan minimal tiga kali dalam 28 hari pertama melalui skema:

- a) KN1: Usia 6–48 jam.
- b) KN2: Hari ke-3 sampai ke-7.
- c) KN3: Hari ke-8 sampai ke-28.

Asuhan ini dapat dilaksanakan oleh tenaga kesehatan (dokter, bidan, perawat) di fasilitas klinis maupun melalui home visit dengan mengacu pada protokol Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM). Fokus intervensi meliputi pemeliharaan ASI Eksklusif, profilaksis infeksi (asuhan tali pusat

dan mata), injeksi Vitamin K1, serta imunisasi HB-0 yang tetap dapat diberikan hingga hari ke-7 jika terjadi keterlambatan pasca-lahir.

2.1.4 Konsep Nifas

1) Pengertian

Nifas adalah periode pemulihan tubuh seorang ibu setelah melahirkan, yang dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika organ-organ reproduksi kembali ke keadaan normal. Proses ini melibatkan penghentian perdarahan, pengecilan rahim, dan penyesuaian hormonal (Widoyoko,2013).

Puerperium atau masa nifas merupakan fase transisi yang dimulai segera pasca-ekspulsi plasenta hingga kembalinya organ reproduksi ke kondisi fisiologis sebelum kehamilan. Merujuk pada Cunningham dkk. (2010) dan Sulistyawati (2009), periode ini secara klinis berlangsung selama kurang lebih enam minggu. Selama rentang waktu tersebut, tubuh mengalami proses involusi uteri serta pemulihan sistemik untuk mencapai status non-gravida (keadaan sebelum hamil).

2) Pembagian masa postpartum

Sesuai dengan klasifikasi Heryani (2012), masa nifas dikelompokkan ke dalam tiga tahapan pemulihan yang sistematis. Dimulai dengan puerperium dini, yaitu fase krusial di mana ibu mulai melakukan mobilisasi fisik secara mandiri. Tahap berikutnya adalah puerperium intermedial, yang mencakup proses involusi anatomi reproduksi selama kurang lebih enam minggu. Periode ini diakhiri dengan remote

puerperium, sebuah fase pemulihan jangka panjang yang bertujuan mengembalikan stabilitas kesehatan ibu secara holistik, terutama bagi individu yang melewati kehamilan atau proses persalinan dengan risiko komplikasi medis.

3) Adaptasi Fisiologi

a. Uterus

Setelah plasenta lahir, fundus uteri pada uterus yang berkontraksi berada sekitar pertengahan antara umbilikus dan simfisis atau sedikit lebih tinggi. Melalui proses involusi, ukuran dan berat uterus berangsur kembali seperti sebelum hamil dalam waktu kurang dari 4 minggu. Berat uterus setelah persalinan sekitar 1 kg, kemudian menurun menjadi sekitar 500 gram pada minggu pertama, 300 gram pada akhir minggu kedua, dan sekitar 100 gram atau kurang setelahnya.

Tabel 2.1 Ukuran Uterus Pasca Melahirkan

Involusi	TFU	Berat
Bayi lahir	Setinggi pusat, 2 jari di bawah pusat	1.000 gr
1 minggu	Pertengahan pusat simpisis	750 gr
2 minggu	Tidak teraba	500 gr
6 minggu	Normal	50 gr
8 minggu	Normal	30 gr

b. Lochea

Lokhea didefinisikan sebagai ekskresi sisa jaringan gestasional dari uterus yang dikeluarkan melalui vagina selama fase puerperium.

Secara spesifik, lokhea rubra merupakan sekresi awal yang berlangsung selama 1–3 hari pascapersalinan. Karakteristik visualnya didominasi oleh warna merah pekat yang merepresentasikan kandungan darah segar serta sisa-sisa material intrauterin, mencakup jaringan desidua, fragmen selaput ketuban, verniks kaseosa, lanugo, hingga mekonium. Lokhea sanguinolenta terjadi pada hari ke-3 hingga ke-7 postpartum dengan warna merah kekuningan yang mengandung darah dan lendir. Selanjutnya lokhea serosa muncul sekitar hari ke-7 sampai ke-14 dengan warna merah muda hingga kekuningan yang terdiri dari serum, leukosit, eritrosit, dan jaringan desidua. Tahap terakhir adalah lokhea alba, yaitu cairan berwarna putih krem yang didominasi leukosit dan sel desidua, biasanya muncul mulai hari ke-14 dan berangsur menghilang dalam 1–2 minggu berikutnya.

c. Serviks

Setelah persalinan, serviks tampak terbuka seperti corong dengan warna merah kehitaman. Segera setelah bayi lahir, tangan masih dapat masuk ke dalam rongga uterus. Dalam waktu sekitar dua jam postpartum, serviks hanya dapat dilalui oleh 2–3 jari, dan setelah tujuh hari biasanya hanya dapat dimasuki satu jari. Selain itu, perineum menjadi lebih kendur akibat peregangan yang terjadi selama proses persalinan saat kepala bayi melewati jalan lahir. Robekan pada perineum diklasifikasikan menjadi empat derajat, yaitu:

1. Derajat I, robekan terbatas pada mukosa vagina atau kulit perineum.
2. Derajat II, robekan melibatkan mukosa vagina, perineum, dan otot perineum tanpa mengenai sfingter ani.
3. Derajat III, robekan meluas hingga mengenai sfingter ani.
4. Derajat IV, robekan paling berat yang meliputi mukosa vagina, perineum, otot perineum, sfingter ani, hingga mukosa rektum.

d. Rasa Sakit

Setelah persalinan, ibu sering mengalami rasa mulas akibat kontraksi uterus yang berlangsung selama 2–3 hari pertama masa nifas. Keluhan ini biasanya lebih terasa saat ibu menyusui karena rangsangan hormon yang meningkatkan kontraksi rahim. Nyeri juga dapat muncul apabila masih terdapat sisa selaput ketuban, jaringan plasenta, atau bekuan darah di dalam kavum uteri.

e. Sistem Pencernaan

Gangguan defekasi atau konstipasi merupakan komplikasi umum pada fase puerperium yang dipicu oleh berbagai faktor klinis. Penyebab utamanya meliputi pengosongan kolon akibat tekanan intra-abdomen saat persalinan, dehidrasi sistemik, defisit asupan nutrisi, serta hambatan psikologis akibat nyeri hemoroid atau trauma laserasi pada jalan lahir. Untuk memulihkan pola eliminasi fungsional, ibu disarankan mengonsumsi diet tinggi serat dan mengoptimalkan hidrasi. Intervensi farmakologis berupa pemberian laksatif baru

dipertimbangkan apabila retensi feses menetap hingga 2–3 hari pascapersalinan.

f. Sistem Urinaria

Pada awal masa postpartum, kandung kemih dapat mengalami edema, kongesti, dan penurunan tonus (hipotonik). Kondisi ini terjadi akibat peregangan berlebih selama kala II persalinan serta retensi urin selama proses persalinan. Dalam waktu 12–36 jam setelah melahirkan, produksi urin biasanya meningkat dalam jumlah besar. Setelah plasenta lahir, kadar hormon estrogen yang sebelumnya berperan dalam retensi cairan menurun secara signifikan sehingga memicu terjadinya diuresis. Apabila ibu tidak dapat berkemih dalam waktu 4 jam setelah persalinan, kondisi tersebut perlu diwaspadai dan dapat dilakukan pemasangan kateter selama ± 24 jam.

g. Sistem Muskuloskeletal

Setelah persalinan, ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang sebelumnya mengalami peregangan akan berangsur-angsur kembali mengecil dan pulih. Kondisi ini dapat menyebabkan uterus sementara waktu berada pada posisi retrofleksi akibat kelonggaran ligamen rotundum. Proses stabilisasi umumnya terjadi dalam waktu sekitar 6–8 minggu postpartum. Selain itu, dinding abdomen juga masih terasa lunak dan kendur untuk sementara waktu akibat peregangan kulit serta putusanya serat elastik selama kehamilan karena pembesaran uterus.

h. Sistem Endokrin

Setelah persalinan, hormon yang dihasilkan plasenta menurun dengan cepat. Kadar hCG turun hingga sekitar 10% dalam beberapa hari pertama dan berkaitan dengan pembengkakan payudara pada sekitar hari ke-3 postpartum. Hormon prolaktin meningkat untuk merangsang produksi ASI, namun pada ibu yang tidak menyusui kadarnya akan menurun dalam sekitar dua minggu. Hormon FSH dan LH mulai meningkat sekitar minggu ke-3 postpartum, meskipun LH tetap rendah hingga terjadi ovulasi.

Kembalinya siklus menstruasi dipengaruhi oleh aktivitas aksis hipotalamus–hipofisis–ovarium dan proses menyusui. Menstruasi pertama setelah persalinan sering bersifat anovulasi karena kadar estrogen dan progesteron masih rendah. Penurunan estrogen bersama peningkatan prolaktin juga berperan dalam merangsang produksi ASI.

i. Sistem Kardiovaskuler

Setelah persalinan, terjadi diuresis akibat penurunan estrogen sehingga volume darah kembali seperti kondisi sebelum hamil. Jumlah sel darah merah dan hemoglobin umumnya kembali normal sekitar hari ke-5. Selama masa nifas, kadar estrogen menurun tetapi masih lebih tinggi dibandingkan kondisi normal. Pada periode ini juga terjadi peningkatan daya koagulasi darah, sementara tonus vena membaik, volume dan viskositas darah menurun, serta curah jantung dan tekanan darah kembali ke tingkat sebelum kehamilan.

j. Perubahan Sistem Hematologi

Menjelang akhir kehamilan, kadar fibrinogen, plasma, dan faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama postpartum kadarnya sedikit menurun, namun viskositas darah meningkat sehingga kemampuan pembekuan darah tetap tinggi. Jumlah leukosit juga meningkat selama persalinan hingga sekitar 15.000 dan dapat mencapai 25.000–30.000 pada beberapa hari pertama postpartum, terutama setelah persalinan lama, tanpa menunjukkan kondisi patologis.

Kadar hemoglobin, hematokrit, dan eritrosit pada awal masa postpartum bervariasi karena perubahan volume darah, pelepasan plasenta, serta status gizi dan hidrasi ibu. Kehilangan darah saat persalinan dan masa postpartum umumnya sekitar 200–500 ml. Nilai hematokrit dan hemoglobin biasanya meningkat pada hari ke-3 hingga ke-7 postpartum dan kembali normal dalam waktu sekitar 4–5 minggu.

4) Adaptasi Psikologi

Perubahan psikologis pada ibu sebenarnya sudah dimulai sejak masa kehamilan. Menjelang persalinan, ibu sering merasakan perasaan senang sekaligus cemas. Rasa senang muncul karena akan menjadi ibu dan segera bertemu dengan bayinya, sedangkan kecemasan timbul karena kekhawatiran terhadap kondisi bayi yang akan dilahirkan. Kondisi ini dipengaruhi oleh lingkungan, pola asuh keluarga, budaya, pendidikan, serta pengalaman ibu. Pada ibu primipara, perubahan peran menjadi orang tua dapat menimbulkan stres sehingga memerlukan proses adaptasi.

Pada masa nifas, terdapat tiga fase psikologis, yaitu:

- Fase Taking In (hari 1–2 postpartum): ibu masih bergantung pada orang lain dan lebih fokus pada dirinya sendiri. Pada tahap ini ibu membutuhkan istirahat, nutrisi yang cukup, serta dukungan emosional.
- Fase Taking Hold (hari 3–10 postpartum): ibu mulai merasa khawatir terhadap kemampuannya merawat bayi dan lebih sensitif secara emosional. Pada fase ini ibu memerlukan bimbingan mengenai perawatan bayi, menyusui, perawatan luka, mobilisasi, nutrisi, dan kebersihan diri.
- Fase Letting Go (\pm setelah hari ke-10 postpartum): ibu mulai menerima peran barunya dan mampu menyesuaikan diri dengan kebutuhan bayi serta tanggung jawab sebagai seorang ibu.

5) Asuhan Masa Nifas

Asuhan pascapersalinan merupakan intervensi krusial mengingat fase ini adalah periode kritis yang menentukan kelangsungan hidup ibu dan neonatus. Data epidemiologi menunjukkan bahwa 60% mortalitas maternal dipicu oleh perdarahan pascapersalinan, dengan 50% kematian nifas terkonsentrasi pada 24 jam pertama. Fokus utama asuhan ini adalah memelihara stabilitas fisiologis dan psikologis melalui pemenuhan nutrisi, dukungan keluarga, serta pendampingan emosional. Secara klinis, bidan melakukan skrining komprehensif dengan mengintegrasikan data subjektif, objektif, dan pemeriksaan penunjang guna mendeteksi risiko secara dini dan sistematis.

Data yang diperoleh kemudian dianalisis untuk mendeteksi secara dini masalah yang mungkin terjadi pada ibu maupun bayi. Jika ditemukan komplikasi, bidan dapat segera memberikan penanganan atau melakukan rujukan yang sesuai.

6) Kebijakan Masa Nifas/ Program Nasional

Tabel 2 2 Kebijakan Nasional Asuhan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
I	6-8 jam setelah persalinan	<p>a. Upaya yang dilakukan pada masa nifas meliputi pencegahan perdarahan akibat atonia uteri, mendeteksi serta menangani penyebab perdarahan lain dan melakukan rujukan jika perdarahan berlanjut. Selain itu, ibu dan keluarga diberikan konseling mengenai cara mencegah perdarahan pada masa nifas.</p> <p>b. Perawatan juga mencakup pemberian ASI dini, membangun ikatan antara ibu dan bayi, serta menjaga bayi tetap hangat untuk mencegah hipotermia. Petugas kesehatan juga dianjurkan memantau kondisi ibu dan bayi</p>

		<p>setidaknya selama dua jam pertama setelah persalinan hingga keduanya stabil.</p>
II	<p>6 hari setelah persalinan</p>	<p>a. Asuhan pada masa nifas bertujuan memastikan involusi uterus berlangsung normal, ditandai dengan kontraksi uterus yang baik, fundus berada di bawah umbilikus, serta tidak ada perdarahan atau bau abnormal. Selain itu, perlu dilakukan pemantauan terhadap tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan.</p> <p>b. Ibu juga harus dipastikan mendapatkan asupan makanan, cairan, dan istirahat yang cukup, mampu menyusui dengan baik tanpa komplikasi, serta memperoleh konseling mengenai perawatan bayi, menjaga kehangatan bayi, dan perawatan sehari-hari.</p>
III	<p>2 minggu setelah persalinan</p>	<p>a. Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum</p>

IV	6 minggu setelah persalinan	a. Menanyakan pada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang ia atau bayinya alami. b. Memberikan konseling KB secara dini
----	-----------------------------------	--

7) Kebutuhan Dasar Masa Nifas

Intervensi nutrisi pascapersalinan berfokus pada penambahan asupan energi sebesar 500 kkal per hari dengan komposisi gizi seimbang. Pemenuhan makronutrien (karbohidrat, lemak, protein) serta mikronutrien esensial (seperti kalsium, asam folat, dan seng) menjadi prioritas untuk mempercepat pemulihan fisiologis ibu sekaligus mengoptimalkan volume dan kualitas ASI. Hidrasi dan sinergi zat gizi tersebut merupakan pilar utama dalam menjamin kesehatan maternal selama fase laktasi.

Selain itu, ibu perlu minum minimal 3 liter cairan per hari untuk membantu proses metabolisme tubuh, terutama setelah menyusui. Konsumsi tablet zat besi juga dianjurkan selama sekitar 40 hari setelah persalinan, serta pemberian vitamin A dosis 200.000 IU untuk mendukung kesehatan ibu selama masa nifas.

a. Ambulasi Dini

Ambulasi dini sangat disarankan bagi ibu pascapersalinan untuk menstimulasi sirkulasi darah serta meminimalkan risiko tromboflebitis. Proses ini diterapkan secara bertahap: diawali dengan latihan respirasi dalam dan aktivitas tungkai ringan, diikuti dengan posisi duduk di tepi tempat tidur. Jika stabilitas hemodinamik terjaga (tidak pusing), ibu

dapat melanjutkan ke tahap berjalan secara mandiri guna mempercepat pemulihan fungsional.

b. Eliminasi

Ibu setelah persalinan dianjurkan berkemih dalam 6–8 jam pertama dengan jumlah minimal sekitar 200 cc. Jika ibu mengalami kesulitan berkemih, dapat dianjurkan memperbanyak minum, melakukan ambulasi, atau menggunakan sitz bath maupun kompres hangat/dingin untuk mengurangi edema dan membantu relaksasi. Jika terjadi retensi urin atau ibu tidak dapat berkemih secara spontan, maka dapat dilakukan kateterisasi menggunakan Dower Cateter (DC).

c. Kebersihan Diri

Pemeliharaan kebersihan diri sangat krusial untuk mencegah infeksi pascapersalinan melalui langkah-langkah berikut:

- 1) Higiene Tangan: Mencuci tangan menggunakan sabun sebelum dan setelah melakukan perawatan area genitalia.
- 2) Perawatan Vulva: Membersihkan area kelamin dengan sabun dan air mengalir pasca-eliminasi, menggunakan teknik usapan dari arah anterior ke posterior (depan ke belakang).
- 3) Manajemen Lokhea: Mengganti pembalut secara rutin minimal dua kali sehari atau saat terasa lembap.
- 4) Integritas Luka: Menjaga sterilitas dengan tidak menyentuh area luka episiotomi atau laserasi secara langsung.

d. Istirahat

Ibu postpartum memerlukan istirahat yang cukup untuk memulihkan kondisinya. Ibu menyusui dianjurkan mendapatkan istirahat minimal sekitar 8 jam per hari, baik pada malam maupun siang hari. Dukungan keluarga sangat penting agar ibu memiliki waktu istirahat yang cukup sehingga memiliki energi untuk merawat dan menyusui bayinya.

e. Seksual

Secara fisik, hubungan seksual dapat dilakukan kembali setelah perdarahan berhenti dan ibu tidak merasakan nyeri saat memasukkan satu atau dua jari ke dalam vagina. Kondisi ini menandakan bahwa ibu sudah cukup pulih untuk melakukan hubungan seksual.

f. Ketidaknyamanan Masa Nifas

1) Puting lecet

Luka atau lecet pada puting merupakan indikator awal yang dapat berkembang menjadi komplikasi serius seperti mastitis jika tidak ditangani secara adekuat. Secara klinis, kondisi ini umumnya dipicu oleh kesalahan pada posisi serta teknik pelekatan bayi saat menyusui. Intervensi dini terhadap trauma puting sangat krusial untuk mencegah terjadinya kegawatdaruratan laktasi yang lebih kompleks. Kondisi ini ditandai dengan luka terbuka pada puting yang menimbulkan rasa perih saat menyusui. Pencegahan dapat dilakukan dengan menerapkan teknik dan posisi menyusui yang benar. Jika puting sudah lecet, dapat

diatasi dengan mengoleskan ASI pada area yang luka, tetap melanjutkan menyusui, serta melakukan perawatan payudara secara rutin.

g. Tanda Bahaya

Tanda bahaya masa nifas merupakan kondisi abnormal yang menunjukkan adanya komplikasi pada ibu setelah persalinan. Jika tidak dikenali atau tidak segera ditangani, kondisi ini dapat meningkatkan risiko kematian ibu. Oleh karena itu, konseling mengenai tanda bahaya masa nifas sangat penting agar ibu dapat mengenalinya sejak dini. Infeksi pada masa nifas dapat terjadi akibat masuknya kuman dari luar tubuh (eksogen), dari bagian tubuh lain (autogen), maupun dari jalan lahir ibu sendiri (endogen).

Asuhan pascapersalinan merupakan intervensi vital selama periode kritis guna menjamin keselamatan ibu dan neonatus. Tenaga kesehatan diwajibkan melakukan minimal empat kali kunjungan nifas dengan orientasi klinis pada pemantauan status kesehatan, skrining komprehensif, serta deteksi dini penyulit. Melalui pengawasan terstruktur ini, risiko komplikasi mayor seperti perdarahan dan infeksi dapat dicegah, diobati, atau dirujuk secara tepat waktu guna menekan angka morbiditas maternal dan neonatal.

a. Perdarahan

Perdarahan postpartum secara klinis dibedakan menjadi dua kategori berdasarkan onset kejadiannya. Perdarahan primer bermanifestasi

dalam 24 jam pertama pasca-lahir, yang umumnya dipicu oleh gangguan kontraktilitas (atonia uteri), persistensi jaringan plasenta, atau laserasi pada saluran reproduksi. Sebaliknya, perdarahan sekunder muncul setelah periode 24 jam pertama, dengan etiologi utama berupa subinvolusi uteri, infeksi, atau sisa fragmen plasenta yang tertinggal. Selain faktor fungsional tersebut, trauma mekanis akibat robekan pada area perineum, serviks, hingga rahim merupakan kondisi kritis yang memerlukan intervensi segera guna mencegah hemoragi masif yang mengancam jiwa.

b. Infeksi

Infeksi postpartum (puerperalis) adalah infeksi pada organ genital setelah persalinan yang ditandai dengan peningkatan suhu tubuh $\geq 38^{\circ}\text{C}$ selama dua hari dalam sepuluh hari pertama setelah persalinan (kecuali 24 jam pertama). Infeksi ini dapat terjadi akibat masuknya bakteri ke dalam alat genital saat persalinan atau masa nifas, yang dapat dipicu oleh penggunaan alat yang tidak steril, luka pada jalan lahir, perdarahan, preeklamsia, atau kebersihan perineum yang kurang terjaga.

2.1.5 Konsep Keluarga Berencana

1. Pengertian Keluarga Berencana (KB)

Keluarga Berencana (KB) merupakan upaya untuk meningkatkan kesadaran dan partisipasi masyarakat dalam mengatur kelahiran, menunda usia perkawinan, serta meningkatkan kesejahteraan dan ketahanan keluarga, dengan tujuan mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera (Sugeng & Abdul Masniah, 2019).

2. Tujuan Keluarga Berencana

Tujuan program Keluarga Berencana (KB) di Indonesia adalah untuk menunda kehamilan, mengatur jarak antar kehamilan, serta menghentikan atau membatasi jumlah kelahiran (Mastiningsih, 2019).

3. KB SUNTIK 3 BULAN

Menurut Sugeng dan Abdul Masniah (2019), kontrasepsi suntik merupakan salah satu metode hormonal yang diaplikasikan melalui teknik intramuskular. Secara klinis, prosedur ini tersedia dalam dua variasi durasi efektivitas, yaitu sediaan bulanan dan sediaan tiga bulan atau Depot Medroxyprogesterone Acetate (DMPA). Intervensi ini bertujuan untuk memberikan perlindungan kontraseptif secara sistemik sesuai dengan interval jadwal pemberian yang dipilih.

a. Kelebihan:

Kontrasepsi ini efektif dalam mencegah kehamilan dan dapat digunakan sebagai metode kontrasepsi jangka panjang. Penggunaannya tidak memengaruhi produksi ASI maupun aktivitas seksual, serta tidak memerlukan penyimpanan obat oleh akseptor. Selain itu, metode ini juga dapat menurunkan risiko terjadinya penyakit payudara jinak dan beberapa jenis infeksi atau radang panggul.

b. Kekurangan :

Pada sebagian pengguna, metode ini dapat menimbulkan efek samping seperti gangguan siklus menstruasi dan perubahan berat

badan. Setelah penghentian penggunaan, kembalinya kesuburan dapat berlangsung lebih lambat. Selain itu, pengguna bergantung pada tenaga kesehatan karena penyuntikan tidak dapat dilakukan secara mandiri. Metode ini juga tidak memberikan perlindungan terhadap infeksi menular seksual (IMS), hepatitis B, maupun HIV (Sugeng & Abdul Masniah, 2019).

c. Kontraindikasi :

Kontrasepsi ini tidak dianjurkan bagi wanita yang sedang hamil atau dicurigai hamil, memiliki penyakit hati atau riwayat penyakit kuning, serta penderita kelainan jantung, hipertensi, atau diabetes melitus (Sugeng & Abdul Masniah, 2019).

4. Cara Melakukan Injeksi KB suntik 3 bulan.

a. Persiapan alat

Alat yang perlu disiapkan meliputi alat pelindung diri (APD), tensimeter, stetoskop, timbangan, termometer, obat kontrasepsi suntik (DMPA atau Cyclofem), spuit 3 cc, serta kapas alkohol.

b. Prosedur tindakan

Sebelum tindakan, bidan melakukan anamnesis dan pemeriksaan tanda-tanda vital seperti tekanan darah, suhu, nadi, frekuensi napas, serta mengukur berat dan tinggi badan. Selanjutnya bidan memberikan edukasi mengenai program KB, termasuk tujuan, prosedur, dan kemungkinan efek samping hingga klien memahaminya.

Setelah itu bidan mencuci tangan dan menyiapkan obat dengan mengocok vial DMPA atau Cyclofem agar tercampur merata, kemudian menyedot obat menggunakan spuit. Klien diminta mengambil posisi nyaman dan membuka area bokong yang akan disuntik. Penyuntikan dilakukan pada otot gluteal setelah area dibersihkan dengan kapas alkohol. Obat kemudian disuntikkan secara intramuskular (IM) secara perlahan, lalu bekas suntikan dibersihkan. Setelah tindakan, bidan memberikan informasi mengenai jadwal kunjungan ulang (misalnya setiap 3 bulan untuk DMPA) serta melakukan dokumentasi terhadap tindakan yang telah dilakukan.

