

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Teori

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

A. Pengertian

Kehamilan adalah proses fisiologis yang dimulai dari fertilisasi ovum oleh spermatozoa, dilanjutkan dengan implantasi zigot pada endometrium, dan berakhir dengan persalinan. Secara umum, kehamilan berlangsung selama 280 hari atau 40 minggu dihitung dari Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), yang terbagi menjadi tiga trimester. Proses ini melibatkan serangkaian perubahan anatomis, fisiologis, dan hormonal pada tubuh ibu sebagai respons terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin (Kemenkes RI, 2023).

Kehamilan dibagi menjadi tiga trimester: trimester pertama (minggu ke-1 hingga ke-13), trimester kedua (minggu ke-14 hingga ke-27), dan trimester ketiga (minggu ke-28 hingga ke-40). Setiap trimester memiliki karakteristik perkembangan janin dan adaptasi maternal yang khas. Pemahaman yang baik tentang fisiologi kehamilan merupakan dasar kompetensi esensial bagi bidan dalam memberikan asuhan antenatal yang berkualitas (WHO, 2022).

B. Jadwal Kunjungan ANC

Antenatal Care (ANC) adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu hamil untuk memantau perkembangan kehamilan, mendeteksi komplikasi sejak dini, dan mempersiapkan persalinan yang aman. Berdasarkan

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2021 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, kunjungan ANC dilaksanakan minimal enam kali, terdiri atas dua kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dan tiga kali pada trimester ketiga (Kemenkes RI, 2021).

Setiap kunjungan ANC dilaksanakan sesuai standar 10T, meliputi: timbang berat badan dan ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, nilai status gizi melalui pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA), ukur tinggi fundus uteri, tentukan presentasi janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ), skrining status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan, beri tablet tambah darah (TTD), periksa laboratorium (hemoglobin, protein urin, gula darah, malaria, HIV, sifilis), tatalaksana kasus, serta temu wicara atau konseling (Kemenkes RI, 2023).

Kunjungan ANC yang adekuat terbukti signifikan menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Penelitian Sanjaya dkk. (2025) menyatakan bahwa pendekatan asuhan berkesinambungan yang dimulai dari ANC memungkinkan deteksi dini faktor risiko, meningkatkan kepatuhan ibu terhadap pemeriksaan, dan memperkuat kesiapan fisik serta psikologis ibu menghadapi persalinan.

C. Pemeriksaan Leopold

Pemeriksaan Leopold merupakan teknik palpasi abdomen yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan letak, posisi, presentasi, dan penurunan bagian terendah janin. Pemeriksaan ini dilakukan mulai trimester ketiga dan merupakan bagian standar dari pemeriksaan fisik obstetri pada

setiap kunjungan ANC. Pemeriksaan Leopold yang tepat memberikan informasi krusial dalam perencanaan asuhan persalinan (Kemenkes RI, 2023).

Pemeriksaan Leopold terdiri dari empat manuver berurutan. Leopold I bertujuan menentukan bagian janin yang berada di fundus uteri, bokong teraba lunak, tidak melenting, dan kurang bulat, sedangkan kepala teraba keras, bulat, dan melenting. Leopold II bertujuan menentukan letak punggung janin, punggung teraba sebagai bidang rata, keras, dan memanjang di salah satu sisi abdomen. Leopold III bertujuan menentukan bagian terendah janin dan mobilitasnya, kepala teraba keras, bulat, dan dapat digerakkan jika belum masuk panggul. Leopold IV dilakukan dengan pemeriksa menghadap kaki ibu, bertujuan menentukan seberapa jauh bagian terendah janin masuk ke dalam rongga panggul, serta menentukan konvergensi atau divergensi kedua tangan pemeriksa (Prawirohardjo, 2022).

Bersamaan dengan pemeriksaan Leopold, dilakukan pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU) untuk memperkirakan usia kehamilan dan Taksiran Berat Janin (TBJ) menggunakan rumus Johnson-Toshach: $TBJ = (TFU \text{ dalam cm} - n) \times 155 \text{ gram}$, di mana $n = 13$ jika kepala belum melewati PAP dan $n = 12$ jika kepala sudah melewati PAP. Pemantauan TFU secara serial pada setiap kunjungan ANC penting untuk mendeteksi pertumbuhan janin yang tidak sesuai usia kehamilan (Kemenkes RI, 2021).

D. Perubahan Fisiologi Ibu Hamil Trimester III

Trimester ketiga kehamilan (minggu ke-28 hingga ke-40) ditandai oleh perubahan fisiologis yang lebih nyata dibandingkan trimester sebelumnya,

seiring dengan pertumbuhan janin yang semakin pesat. Pada sistem kardiovaskular, volume darah mencapai puncaknya sekitar 40–50% di atas nilai pra-kehamilan, curah jantung meningkat 30–50%, dan tekanan darah cenderung sedikit meningkat kembali setelah mengalami penurunan pada trimester kedua. Kompresi vena kava inferior oleh uterus yang membesar dapat menyebabkan supine hypotensive syndrome, sehingga posisi miring kiri dianjurkan untuk ibu hamil saat beristirahat (Prawirohardjo, 2022).

Pada sistem muskuloskeletal, uterus yang membesar menggeser titik gravitasi ke depan sehingga menyebabkan lordosis lumbal yang meningkat, sering disertai nyeri punggung bawah. Ligamen panggul mengalami relaksasi akibat hormon relaxin dan progesteron. Pada sistem pernapasan, diafragma terdorong ke atas sekitar 4 cm oleh uterus yang membesar, kapasitas residu fungsional menurun, namun volume tidal meningkat sehingga ventilasi per menit meningkat dan terjadi alkalosis respiratorik kompensasi. Pada sistem perkemihan, glomerular filtration rate (GFR) meningkat 50% dan kepala janin yang mulai turun menekan kandung kemih sehingga ibu sering mengalami sering berkemih (Kemenkes RI, 2023).

Pada sistem gastrointestinal, motilitas usus menurun akibat progesteron sehingga konstipasi sering terjadi, dan tonus sfingter esofagus bawah menurun menyebabkan heartburn. Kulit ibu dapat mengalami striae gravidarum, hiperpigmentasi linea nigra, dan chloasma gravidarum akibat peningkatan melanocyte-stimulating hormone (MSH). Edema fisiologis pada tungkai bawah umum terjadi akibat peningkatan tekanan hidrostatik kapiler dan

penurunan tekanan onkotik plasma. Bidan perlu mampu membedakan edema fisiologis dari edema patologis yang merupakan tanda preeklampsia (WHO, 2022).

E. Perubahan Psikologi Ibu Hamil Trimester III

Trimester ketiga merupakan periode yang penuh tantangan psikologis bagi ibu hamil. Kecemasan menghadapi persalinan, kekhawatiran tentang kondisi janin, dan persiapan menjadi orang tua merupakan sumber stres yang umum dialami. Penelitian Oktarina dkk. (2024) menunjukkan bahwa ibu hamil trimester ketiga memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan trimester sebelumnya, dan edukasi melalui kelas ibu hamil terbukti efektif meningkatkan pengetahuan dan menurunkan kecemasan ibu.

Perubahan gambaran tubuh (body image) yang signifikan pada trimester ketiga dapat memengaruhi harga diri dan kepercayaan diri ibu. Beberapa ibu mengalami mood swings, sensitivitas emosional yang meningkat, atau perasaan ambivalen terkait peran baru yang akan dijalani. Kelelahan fisik yang meningkat, gangguan tidur akibat gerakan janin dan sering berkemih, serta ketidaknyamanan fisik turut berkontribusi pada perubahan mood ibu (Prawirohardjo, 2022).

Dukungan psikologis dari tenaga kesehatan, suami, dan keluarga sangat penting pada trimester ketiga. Bidan berperan dalam memberikan konseling yang empatik, menyediakan informasi yang akurat tentang proses persalinan, dan memfasilitasi persiapan mental ibu. Penggunaan instrumen Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) yang telah divalidasi untuk penggunaan

antenatal direkomendasikan sebagai alat skrining kecemasan dan depresi antenatal pada kunjungan trimester ketiga (WHO, 2022).

F. Kebutuhan Fisik Ibu Hamil

Pemenuhan kebutuhan nutrisi yang adekuat merupakan prioritas utama pada ibu hamil. Selama trimester ketiga, kebutuhan energi meningkat sekitar 300 kkal per hari di atas kebutuhan dasar. Asupan protein, zat besi, asam folat, kalsium, vitamin D, dan omega-3 sangat penting untuk mendukung pertumbuhan janin dan mencegah komplikasi. Ibu hamil dianjurkan mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) minimal 90 tablet selama kehamilan untuk mencegah anemia, yang merupakan salah satu faktor risiko perdarahan postpartum (Kemenkes RI, 2023).

Kebutuhan istirahat meningkat selama kehamilan. Ibu hamil membutuhkan tidur malam 7–9 jam dan istirahat siang 1–2 jam. Posisi tidur miring ke kiri (left lateral decubitus) dianjurkan pada trimester ketiga untuk mengoptimalkan aliran darah ke plasenta dan janin. Aktivitas fisik ringan hingga sedang seperti berjalan kaki 30 menit per hari tetap dianjurkan selama tidak ada kontraindikasi medis, karena terbukti mengurangi keluhan fisik, memperbaiki mood, dan mempersiapkan fisik menghadapi persalinan (WHO, 2022).

Personal hygiene yang baik meliputi menjaga kebersihan kulit, perawatan payudara sejak trimester ketiga untuk mempersiapkan menyusui, serta menjaga kebersihan genitalia untuk mencegah infeksi. Ibu hamil juga perlu menghindari paparan zat berbahaya seperti rokok, alkohol, dan obat-

obatan tanpa resep dokter. Penggunaan sabuk pengaman saat berkendara, menghindari pekerjaan berat, dan memperhatikan postur tubuh yang ergonomis juga merupakan bagian dari kebutuhan fisik yang perlu diperhatikan (Kemenkes RI, 2021).

G. Kebutuhan Psikologi Ibu Hamil

Kebutuhan psikologis ibu hamil mencakup kebutuhan akan rasa aman, penerimaan, informasi, dan dukungan emosional. Rasa aman diperoleh melalui keyakinan bahwa kehamilan berjalan normal dan adanya tenaga kesehatan yang kompeten yang siap membantu. Penerimaan dari pasangan dan keluarga terhadap kehamilan memberikan fondasi psikologis yang kuat bagi ibu (Prawirohardjo, 2022).

Kebutuhan informasi meliputi pengetahuan tentang proses kehamilan, tanda-tanda bahaya yang harus diwaspadai, persiapan persalinan, dan perawatan bayi baru lahir. Informasi yang akurat dan disampaikan dengan bahasa yang dapat dipahami membantu ibu merasa lebih percaya diri dan berkurang kecemasannya. Bidan berperan sebagai edukator yang harus mampu menyampaikan informasi secara efektif pada setiap kunjungan ANC (Kemenkes RI, 2023).

Dukungan sosial dari suami, keluarga, dan komunitas merupakan prediktor kuat kesehatan mental ibu selama kehamilan dan pascapersalinan. Penelitian menunjukkan bahwa ibu dengan dukungan sosial yang kuat memiliki risiko lebih rendah mengalami depresi antenatal dan komplikasi persalinan. Bidan perlu melibatkan suami dan keluarga dalam setiap kunjungan

ANC serta memberikan edukasi tentang cara memberikan dukungan yang tepat kepada ibu hamil (Sanjaya dkk., 2025).

H. Ketidaknyamanan Selama Kehamilan dan Penanganannya

Ketidaknyamanan selama kehamilan merupakan keluhan fisiologis yang umum dialami ibu hamil akibat perubahan hormonal dan fisiologis tubuh. Mual dan muntah (morning sickness) pada trimester pertama dapat ditangani dengan makan dalam porsi kecil namun sering, menghindari makanan berbau menyengat, mengonsumsi jahe, dan istirahat cukup. Nyeri punggung bawah yang umum pada trimester kedua dan ketiga dapat dikurangi dengan senam hamil, kompres hangat, dan memperbaiki postur tubuh (Prawirohardjo, 2022).

Heartburn atau rasa terbakar di dada terjadi akibat relaksasi sfingter esofagus bawah dan tekanan uterus pada lambung. Penanganannya meliputi makan dengan posisi tegak, menghindari makanan pedas dan berlemak, tidak berbaring segera setelah makan, dan meninggikan kepala saat tidur. Konstipasi ditangani dengan meningkatkan asupan serat, minum air putih minimal 8 gelas per hari, dan aktivitas fisik ringan secara teratur. Kram kaki yang sering terjadi pada malam hari dapat dikurangi dengan peregangan betis sebelum tidur dan memastikan asupan kalsium yang adekuat (Kemenkes RI, 2023).

Varises pada kaki dan vulva terjadi akibat peningkatan tekanan vena oleh uterus yang membesar dan pengaruh hormon progesteron. Penggunaan stoking kompresi, menghindari berdiri lama, dan elevasi tungkai saat istirahat dapat membantu. Sering berkemih pada trimester pertama dan ketiga merupakan hal fisiologis. Edema tungkai fisiologis ditangani dengan elevasi

kaki, mengurangi konsumsi garam berlebihan, dan cukup bergerak. Bidan perlu membedakan ketidaknyamanan fisiologis dari tanda bahaya yang memerlukan penanganan medis segera (Kemenkes RI, 2021).

I. Skrining Menggunakan Skor Poedji Rochyati

Skor Poedji Rochyati (SPR) merupakan instrumen skrining risiko kehamilan yang dikembangkan di Indonesia dan telah divalidasi untuk digunakan dalam konteks pelayanan kebidanan primer. SPR mengklasifikasikan ibu hamil ke dalam tiga kelompok risiko: Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan skor 2, Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan skor 6–10, dan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor ≥ 12 . Klasifikasi ini memandu pengambilan keputusan terkait tempat persalinan dan tingkat fasilitas kesehatan yang sesuai (Kemenkes RI, 2023).

Faktor risiko dalam SPR dibagi menjadi tiga kelompok. Kelompok I (Ada Potensi Gawat Obstetri/APGO) mencakup faktor seperti primigravida muda, grande multipara, jarak persalinan terlalu dekat, riwayat obstetri buruk, dan tinggi badan kurang dari 145 cm. Kelompok II (Ada Gawat Obstetri/AGO) mencakup penyakit ibu seperti anemia berat, penyakit jantung, diabetes, preeklampsia ringan, dan kehamilan ganda. Kelompok III (Ada Gawat Darurat Obstetri/AGDO) mencakup kondisi akut seperti perdarahan antepartum, preeklampsia berat, dan eklampsia (Prawirohardjo, 2022).

Skrining SPR dilakukan pada kunjungan ANC pertama dan diperbarui setiap kunjungan berikutnya seiring munculnya faktor risiko baru. Hasil skrining digunakan untuk menentukan rencana asuhan, termasuk frekuensi

kunjungan ANC, konsultasi dengan dokter spesialis kandungan, dan perencanaan tempat persalinan. Ibu dengan KRT dan KRST dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi untuk mendapatkan asuhan yang lebih komprehensif (Kemenkes RI, 2021).

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

A. Pengertian

Persalinan adalah proses fisiologis pengeluaran hasil konsepsi yang meliputi janin, plasenta, dan selaput ketuban dari dalam uterus melalui jalan lahir dengan atau tanpa bantuan kekuatan ibu sendiri (Prawirohardjo, 2022). Persalinan dikatakan normal apabila terjadi pada usia kehamilan aterm (37–42 minggu), presentasi kepala, berlangsung spontan, selesai dalam 24 jam, dan tidak disertai komplikasi pada ibu maupun janin. Persalinan merupakan puncak dari proses kehamilan dan sekaligus periode dengan risiko morbiditas dan mortalitas maternal tertinggi.

Mekanisme persalinan terjadi akibat interaksi kompleks antara kekuatan kontraksi uterus (power), jalan lahir (passage), dan janin beserta plasenta (passenger). Ditambah dengan faktor psikologis ibu (psyche) dan kompetensi penolong persalinan, kelima faktor ini dikenal sebagai 5P dalam obstetri. Keseimbangan optimal antara kelima faktor tersebut menentukan kemajuan dan keberhasilan persalinan pervaginam (Kemenkes RI, 2023).

B. Jenis Persalinan

Berdasarkan cara terjadinya, persalinan diklasifikasikan menjadi tiga jenis. Pertama, persalinan spontan yaitu persalinan yang terjadi seluruhnya

dengan kekuatan ibu sendiri tanpa bantuan alat maupun intervensi bedah, merupakan jenis persalinan yang paling diinginkan karena memiliki risiko komplikasi terendah. Kedua, persalinan dengan bantuan (assisted delivery) yaitu persalinan yang membutuhkan alat seperti forceps atau vakum ekstraksi untuk membantu pengeluaran kepala janin, dilakukan atas indikasi medis tertentu. Ketiga, persalinan seksio sesarea (sectio caesarea) yaitu persalinan melalui insisi pada dinding abdomen dan uterus, dilakukan bila persalinan pervaginam tidak memungkinkan atau berisiko tinggi (Prawirohardjo, 2022).

Berdasarkan usia kehamilan saat persalinan terjadi, dibedakan menjadi: persalinan preterm (< 37 minggu), persalinan aterm ($37-41$ minggu 6 hari) yang merupakan kondisi ideal, dan persalinan postterm atau serotinus (≥ 42 minggu) yang memerlukan pemantauan ketat karena risiko insufisiensi plasenta dan oligohidramnion. Berdasarkan onset, persalinan dapat terjadi secara spontan atau diinduksi (induksi persalinan) menggunakan metode mekanik seperti balon kateter atau metode farmakologis seperti oksitosin dan misoprostol atas indikasi medis (Kemenkes RI, 2023).

C. Penyebab Persalinan

Hingga saat ini, mekanisme pasti pemicu persalinan masih menjadi subjek penelitian. Beberapa teori yang diterima secara luas menjelaskan penyebab persalinan. Teori penurunan progesteron menyatakan bahwa menjelang aterm, kadar progesteron yang selama kehamilan mempertahankan relaksasi miometrium mengalami penurunan relatif, meningkatkan sensitivitas reseptor oksitosin di miometrium. Teori oksitosin menjelaskan bahwa

peningkatan sekresi oksitosin dari hipofisis posterior dan peningkatan jumlah reseptor oksitosin pada miometrium memicu kontraksi uterus yang terkoordinasi (Prawirohardjo, 2022).

Teori peregangan uterus menyatakan bahwa peregangan miometrium yang progresif seiring pertumbuhan janin merangsang pelepasan prostaglandin lokal yang memicu kontraksi. Teori prostaglandin menjelaskan bahwa peningkatan prostaglandin E2 dan F2 α yang diproduksi oleh desidua, membran korioamniotic, dan serviks berperan dalam pematangan serviks (cervical ripening) dan induksi kontraksi miometrium. Teori plasenta menua mengemukakan bahwa penuaan plasenta menyebabkan penurunan produksi estrogen dan progesteron serta peningkatan prostaglandin (Kemenkes RI, 2023).

Teori terbaru menekankan peran sinyal dari janin itu sendiri sebagai pemicu persalinan. Janin yang telah matur memproduksi kortisol adrenal yang merangsang produksi prostaglandin di plasenta dan mendorong perubahan rasio estrogen/progesteron. Selain itu, peran inflamasi fisiologis pada membran amnion dan desidua menjelang aterm turut berperan dalam aktivasi jalur persalinan. Pemahaman tentang mekanisme persalinan penting bagi bidan untuk memahami rasional induksi persalinan dan intervensi obstetri lainnya (WHO, 2022).

D. Tanda-Tanda Persalinan

Tanda-tanda persalinan dibedakan menjadi tanda kemungkinan persalinan (tanda-tanda awal) dan tanda pasti persalinan. Tanda kemungkinan

persalinan meliputi: lightening atau turunnya bagian terendah janin ke dalam rongga panggul yang menyebabkan perut ibu terlihat lebih rendah dan terjadi 2–4 minggu sebelum persalinan pada primigravida, perubahan serviks yang ditandai dengan pelunakan, penipisan (effacement), dan pembukaan awal serviks, serta munculnya kontraksi Braxton Hicks yang lebih sering dan terasa lebih kuat namun belum teratur (Prawirohardjo, 2022).

Tanda lain yang mengindikasikan persalinan akan segera dimulai adalah pengeluaran bloody show, yaitu lendir bercampur sedikit darah dari kanalis servikalis akibat pecahnya kapiler serviks saat serviks mulai membuka dan menipis. Bloody show biasanya muncul 24–48 jam sebelum persalinan aktif dimulai. Keluarnya cairan ketuban (ruptur membran) dapat terjadi sebelum kontraksi aktif dimulai (Ketuban Pecah Dini/KPD) atau selama persalinan berlangsung (Kemenkes RI, 2023).

Tanda pasti persalinan adalah adanya kontraksi uterus yang teratur, semakin sering, semakin kuat, dan semakin lama dengan disertai kemajuan pembukaan dan penipisan serviks yang dapat dibuktikan melalui pemeriksaan dalam. Kontraksi persalinan sejati memiliki karakteristik: frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit, durasi 40 detik atau lebih, intensitas yang cukup kuat sehingga dinding uterus sulit ditekan, serta tidak mereda meski ibu berganti posisi atau berjalan. Perbedaan antara kontraksi palsu (Braxton Hicks) dan kontraksi persalinan sejati penting dikuasai oleh bidan untuk menentukan saat yang tepat ibu datang ke fasilitas kesehatan (Kemenkes RI, 2021).

E. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Faktor Power atau kekuatan mencakup his (kontraksi uterus) dan tenaga meneran ibu. His yang efektif memiliki frekuensi ≥ 3 kali per 10 menit, durasi ≥ 40 detik, dan intensitas yang kuat. His menghasilkan kemajuan pembukaan serviks dan penurunan bagian terendah janin. Tenaga meneran ibu yang efektif pada kala II, dikombinasikan dengan his yang adekuat, merupakan kunci keberhasilan persalinan pervaginam. Faktor yang memengaruhi kekuatan his antara lain paritas, status nutrisi ibu, keseimbangan elektrolit, dan kondisi psikologis ibu (Prawirohardjo, 2022).

Faktor Passage atau jalan lahir meliputi jalan lahir keras (panggul tulang) dan jalan lahir lunak (serviks, vagina, dan perineum). Ukuran dan bentuk panggul, terutama diameter conjugata vera (>10 cm), diameter transversa (>13 cm), dan diameter interspinarum (>10 cm), menentukan kesesuaian kepala janin dengan panggul (cephalopelvic relationship). Jenis panggul ginekoid merupakan yang paling menguntungkan untuk persalinan. Faktor Passenger mencakup ukuran kepala janin, moldabilitas tulang tengkorak, presentasi, posisi, sikap, dan penurunan janin (Kemenkes RI, 2023).

Faktor Psyche atau kondisi psikologis ibu secara signifikan memengaruhi jalannya persalinan. Kecemasan dan rasa takut yang berlebihan meningkatkan kadar katekolamin yang menyebabkan vasokonstriksi uterina dan melemahkan kontraksi. Dukungan emosional yang konsisten dari bidan dan pendamping persalinan (suami atau keluarga) terbukti menurunkan durasi persalinan, mengurangi kebutuhan analgesik, dan meningkatkan kepuasan ibu

terhadap pengalaman melahirkan (WHO, 2022). Faktor Penolong mencakup kompetensi klinis bidan dalam memantau kemajuan persalinan, mengambil keputusan tepat waktu, melakukan tindakan kegawatdaruratan, dan melaksanakan rujukan bila diperlukan (Kemenkes RI, 2021).

F. Tahapan Persalinan Normal

Persalinan dibagi menjadi empat kala. Kala I atau kala pembukaan dimulai dari his persalinan pertama yang teratur hingga pembukaan serviks lengkap (10 cm). Kala I dibagi menjadi fase laten (pembukaan 0–3 cm, berlangsung maksimal 8 jam pada primigravida dan 6 jam pada multigravida) dan fase aktif (pembukaan 4–10 cm, kemajuan minimal 1 cm/jam). Pemantauan kemajuan persalinan menggunakan partograf WHO direkomendasikan untuk mendeteksi partus macet sejak dini (Kemenkes RI, 2023).

Kala II atau kala pengeluaran dimulai dari pembukaan lengkap hingga lahirnya bayi. Pada primigravida berlangsung maksimal 2 jam (3 jam dengan analgesia epidural), pada multigravida maksimal 1 jam (2 jam dengan epidural). Bidan memimpin ibu meneran secara efektif saat ada his, memantau DJJ setiap 5 menit atau setelah setiap kontraksi, dan melaksanakan Asuhan Persalinan Normal (APN) termasuk tindakan pencegahan laserasi dan manajemen bahu. Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dilakukan segera setelah bayi lahir sebelum penanganan kala III (Prawirohardjo, 2022).

Kala III atau kala uri dimulai dari lahirnya bayi hingga lahirnya plasenta. Manajemen Aktif Kala III (MAK III) yang terdiri dari pemberian

oksitosin 10 IU intramuskular dalam 1 menit setelah lahirnya bayi, Peregang Tali Pusat Terkendali (PTT), dan masase fundus uteri setelah plasenta lahir, wajib dilaksanakan untuk mencegah perdarahan postpartum. Kala III normalnya selesai dalam 30 menit. Kala IV adalah periode 2 jam pertama pascapersalinan, merupakan periode pemantauan ketat terhadap kontraksi uterus, perdarahan, tekanan darah, nadi, dan kondisi umum ibu setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua (Kemenkes RI, 2021).

G. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

Pemenuhan kebutuhan fisik ibu selama persalinan mencakup nutrisi dan hidrasi yang adekuat, terutama pada fase laten kala I. Ibu dianjurkan mengonsumsi makanan ringan dan cairan untuk mempertahankan energi selama proses persalinan. Kebutuhan eliminasi perlu diperhatikan, kandung kemih yang penuh dapat menghambat penurunan kepala janin dan melemahkan his, sehingga ibu dianjurkan berkemih setiap 2 jam. Posisi yang nyaman dan kebebasan bergerak selama kala I terbukti meningkatkan efektivitas his dan mengurangi persepsi nyeri (WHO, 2022).

Penanganan nyeri persalinan merupakan hak ibu yang harus dihormati. Metode non-farmakologis meliputi teknik relaksasi dan pernapasan, hidroterapi (mandi air hangat), masase punggung, kompres hangat atau dingin, perubahan posisi, dan pendampingan terus-menerus oleh bidan atau doula. Metode farmakologis seperti analgesia epidural tersedia di fasilitas kesehatan rujukan. Bidan harus mampu memberikan informasi tentang pilihan penanganan nyeri dan menghormati keputusan ibu (Prawirohardjo, 2022).

Kebutuhan psikologis ibu bersalin meliputi rasa aman, kehadiran yang penuh perhatian dari bidan, penjelasan tentang setiap prosedur yang akan dilakukan, kebebasan mengambil keputusan, dan pendampingan oleh orang yang dipercaya. WHO (2018) dalam pedoman intrapartum care merekomendasikan pendampingan terus-menerus selama persalinan sebagai intervensi yang terbukti meningkatkan luaran persalinan, menurunkan penggunaan analgesik, mengurangi seksio sesarea, dan meningkatkan kepuasan ibu. Bidan perlu menciptakan lingkungan persalinan yang mendukung, penuh hormat, dan berpusat pada ibu (Kemenkes RI, 2023).

2.1.3 Konsep Dasar Masa Nifas

A. Pengertian

Masa nifas atau puerperium adalah periode pascapersalinan yang dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali mendekati keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama 6 minggu (42 hari). Selama periode ini terjadi proses involusi organ reproduksi, pemulihan fisik pascapersalinan, dan adaptasi psikologis terhadap peran baru sebagai ibu (Prawirohardjo, 2022).

Masa nifas merupakan periode kritis yang membutuhkan pemantauan ketat karena sebagian besar kematian ibu terjadi dalam 24–48 jam pertama pascapersalinan, terutama akibat perdarahan postpartum. Berdasarkan data Kemenkes RI (2023), perdarahan postpartum berkontribusi pada sekitar 30% kematian ibu di Indonesia. Asuhan nifas yang berkualitas, yang dimulai dari

pemantauan kala IV hingga kunjungan nifas keempat (KF4), merupakan komponen esensial dalam upaya penurunan Angka Kematian Ibu (AKI).

B. Tahapan Masa Nifas

Masa nifas dibagi menjadi tiga tahapan berdasarkan perubahan fisiologis yang terjadi. Puerperium dini (immediate puerperium) berlangsung dari saat plasenta lahir hingga 24 jam pertama pascapersalinan. Pada tahap ini risiko perdarahan postpartum tertinggi, sehingga pemantauan setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua (kala IV) wajib dilaksanakan. Ibu mulai diperbolehkan mobilisasi dini, memulai IMD, dan memenuhi kebutuhan dasar secara bertahap (Kemenkes RI, 2023).

Puerperium intermedial (early puerperium) berlangsung dari hari ke-1 hingga hari ke-7 pascapersalinan. Proses involusi uterus berlangsung progresif, tinggi fundus uteri turun sekitar 1 cm per hari. Lokhia berubah dari lokhia rubra (merah segar, hari 1–3), lokhia sanguinolenta (merah kecokelatan, hari 3–7). Ibu mulai beradaptasi dengan peran barunya sebagai ibu, belajar merawat bayi, dan membangun rutinitas menyusui. Puerperium lanjut (remote puerperium) berlangsung dari hari ke-8 hingga minggu ke-6 pascapersalinan. Lokhia berubah menjadi serosa kemudian alba. Proses pemulihan menuju kondisi sebelum hamil hampir selesai, dan ibu dapat kembali beraktivitas normal secara bertahap (Prawirohardjo, 2022).

C. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

a. Perubahan Sistem Reproduksi

1) Uterus

Perubahan fisiologis utama yang terjadi pada periode postpartum adalah proses involusi uteri. Involusi merupakan kembalinya uterus ke ukuran, tonus, dan posisi seperti sebelum kehamilan. Involusi uterus merupakan proses kembalinya uterus ke ukuran dan kondisi sebelum hamil melalui proses autolisis dan iskemia lokal. Adapun mekanisme terjadinya proses involusi tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

- a) Iskemia yaitu otot uterus mengalami kontraksi dan retraksi yang berperan dalam membatasi aliran darah di dalam uterus.
- b) Fagositosis yaitu jaringan elastik dan fibrosa dalam jumlah besar mengalami degradasi atau pemecahan.
- c) Autolisis yaitu serabut otot mengalami degradasi melalui aktivitas enzim proteolitik, seperti lisozim
- d) Seluruh produk sisa metabolisme akan masuk ke dalam sirkulasi darah dan selanjutnya diekskresikan melalui ginjal.
- e) Lapisan desidua uterus mengalami peluruhan yang tampak sebagai perdarahan pervaginam, sementara regenerasi endometrium baru mulai berlangsung sekitar 10 hari postpartum dan umumnya selesai pada minggu ke-6 akhir masa nifas.

- f) Involusi akan lebih lambat bila terdapat retensi jaringan plasenta atau bekuan darah terutama jika dikaitkan dengan infeksi Kemenkes RI, 2018: 38 dalam Putri (2021).
- g) Berat uterus mengalami penurunan dari sekitar 1000 gram segera setelah persalinan menjadi ± 60 gram pada minggu ke-6 postpartum.
- h) Kecepatan involusi uterus berlangsung secara bertahap dengan penurunan tinggi fundus sekitar 1 cm per hari. Pada hari pertama postpartum, fundus uteri berada sekitar 12 cm di atas simfisis pubis, kemudian pada hari ke-7 menurun menjadi ± 5 cm di atas simfisis pubis. Memasuki hari ke-10, uterus umumnya sudah sulit dipalpasi atau bahkan tidak teraba lagi.
- i) Proses involusi uterus cenderung berlangsung lebih lambat pada ibu yang menjalani persalinan melalui seksio sesarea
- j) Proses involusi uterus dapat berlangsung lebih lambat apabila terdapat retensi jaringan plasenta atau bekuan darah, terutama jika kondisi tersebut disertai dengan infeksi (Putri, 2021).

2) Serviks

Serviks mengalami proses involusi seiring dengan uterus. Setelah persalinan, ostium eksterna masih dapat dilalui oleh sekitar dua hingga tiga jari. Namun, dalam waktu ± 6 minggu postpartum, serviks akan kembali menutup (Rahmatika, 2021).

3) Vulva dan Vagina

- a) Vulva dan vagina mengalami tekanan serta distensi yang signifikan selama proses persalinan. Dalam beberapa hari pertama periode postpartum, kedua organ tersebut masih berada dalam kondisi relaksasi akibat peregangan yang terjadi selama kelahiran.
- b) Dalam waktu sekitar tiga minggu postpartum, vulva dan vagina umumnya telah kembali mendekati kondisi seperti sebelum kehamilan.
- c) Dalam waktu sekitar tiga minggu postpartum, vulva dan vagina akan mengalami pemulihan secara bertahap, sementara labia tampak menjadi lebih prominen dibandingkan sebelumnya (Astutik, 2015: 60 dalam Putri, 2021).

4) Pengeluaran Lochia

Sebagai akibat dari proses involusi uteri, lapisan superfisial desidua yang mengelilingi tempat implantasi plasenta akan mengalami nekrosis. Campuran antara darah dan jaringan desidua tersebut dikenal sebagai lochia (Dewi, 2019). Pengeluaran lochia dapat diklasifikasikan berdasarkan waktu kemunculan dan karakteristik warnanya, sebagai berikut:

- a) Lochia rubra (merah segar) berlangsung 1–3 hari, mengandung darah segar, selaput desidua, vernix caseosa, dan mekonium.
- b) Lochia sanguinolenta (merah kecokelatan) berlangsung hari ke-3 hingga ke-7.

- c) Lokhia serosa (kekuningan) berlangsung hari ke-7 hingga ke-14.
- d) Lokhia alba (putih keabuan) berlangsung hingga minggu ke-6.

Lokhia yang berbau tidak sedap, berlebihan, atau berlangsung lebih lama dari normal mengindikasikan infeksi dan memerlukan evaluasi segera (Kemenkes RI, 2023).

5) Perineum

- a) Segera setelah persalinan, perineum mengalami relaksasi akibat peregangan yang terjadi sebelumnya oleh tekanan kepala janin selama proses penurunan dan ekspulsi
- b) Pada hari ke-5 masa postpartum, tonus otot perineum umumnya telah kembali mendekati kondisi sebelum kehamilan, meskipun masih relatif lebih relaks dibandingkan keadaan sebelum persalinan (Putri, 2021).

6) Perubahan Tanda-tanda vital

Menurut Rahmatika (2021), terdapat perubahan pada tanda-tanda vital yang terjadi selama periode postpartum.

a) Suhu Tubuh

Setelah proses persalinan, suhu tubuh dapat mengalami peningkatan sekitar $0,5^{\circ}\text{C}$ dari rentang normal (36°C – $37,5^{\circ}\text{C}$), namun umumnya tidak melebihi 38°C .

b) Nadi

Selama proses persalinan, frekuensi denyut nadi cenderung meningkat sebagai respons fisiologis terhadap aktivitas dan stres persalinan. Setelah persalinan selesai, denyut nadi dapat mengalami penurunan sementara hingga lebih lambat. Selanjutnya, pada periode postpartum, frekuensi denyut nadi akan berangsur kembali ke kisaran normal.

c) Tekanan darah

Setelah persalinan, tekanan darah dapat mengalami sedikit penurunan dibandingkan selama kehamilan sebagai akibat kehilangan darah pada proses persalinan.

d) Pernapasan

Selama proses persalinan, frekuensi pernapasan cenderung meningkat sebagai respons terhadap kebutuhan oksigen yang lebih tinggi akibat aktivitas mengejan.

7) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

a) Volume darah

Kehilangan darah pascapersalinan menyebabkan perubahan pada volume darah, namun umumnya hanya memengaruhi volume darah total. Selanjutnya, perubahan fisiologis cairan tubuh berkontribusi terhadap penurunan volume darah secara bertahap.

b) Cardiac Output

Curah jantung (*cardiac output*) mengalami peningkatan selama kala I dan kala II persalinan. Kondisi ini tetap tinggi hingga sekitar 48 jam postpartum, yang umumnya disertai peningkatan *stroke volume* akibat meningkatnya *venous return*. (Rahmatika, 2021).

8) Perubahan Sistem Pencernaan

Konstipasi merupakan keluhan yang umum dialami ibu pada periode postpartum. Kondisi ini dapat disebabkan oleh tekanan pada saluran pencernaan selama proses persalinan yang mengakibatkan kolon menjadi relatif kosong, kehilangan cairan berlebih yang berujung pada dehidrasi, asupan nutrisi yang tidak adekuat, serta adanya hemoroid maupun laserasi pada jalan lahir. Untuk mengembalikan pola defekasi yang normal, dianjurkan pemberian diet tinggi serat serta pemenuhan kebutuhan cairan yang cukup (Simanullang, 2017: 23 dalam Putri, 2021).

9) Perubahan Sistem Perkemihan

Eliminasi urin sering kali menjadi hambatan dalam 24 jam pertama postpartum. Kondisi ini dapat disebabkan oleh spasme sfingter uretra serta edema pada leher vesika urinaria akibat kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama proses persalinan. Selain itu, dalam rentang waktu 12–36 jam setelah persalinan, terjadi peningkatan produksi urin dalam jumlah besar sebagai bagian dari proses diuresis postpartum (Rahmatika, 2021).

10) Fisiologi Laktasi

Proses pengeluaran ASI berada di bawah regulasi sistem neuroendokrin. Rangsangan berupa hidapan bayi pada payudara akan menstimulasi pelepasan hormon oksitosin. Hisapan bayi memicu aktivasi kelenjar hipofisis posterior untuk mensekresikan oksitosin ke dalam sirkulasi darah. Hormon ini kemudian menyebabkan kontraksi sel mioepitel yang mengelilingi alveolus dan duktus laktiferus, sehingga mendorong ASI dari alveolus menuju duktus laktiferus dan selanjutnya ke sinus laktiferus sebagai tempat penampungan sementara. Ketika bayi terus menghisap, tekanan pada sinus laktiferus meningkat sehingga ASI mengalir keluar menuju rongga mulut bayi. (Rahmatika, 2021).

D. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Perubahan psikologis pascapersalinan dipengaruhi oleh penurunan drastis kadar estrogen dan progesteron, kelelahan fisik pasca persalinan, serta transisi peran menjadi orang tua. Baby blues syndrome dialami oleh 50–80% ibu dalam 3–5 hari pertama pascapersalinan, ditandai dengan perasaan sedih, mudah menangis, cemas, iritabilitas, dan sulit tidur. Kondisi ini bersifat sementara, mereda sendiri dalam 2 minggu, dan tidak memerlukan pengobatan khusus, namun membutuhkan dukungan dan pemahaman dari keluarga (Prawirohardjo, 2022).

Depresi postpartum (DPP) merupakan gangguan yang lebih serius yang dialami 10–15% ibu, ditandai dengan gejala depresi yang menetap lebih dari 2

minggu, termasuk perasaan sedih berkepanjangan, kehilangan minat dan kesenangan, kelelahan ekstrem, gangguan tidur dan nafsu makan, perasaan tidak berdaya atau bersalah, dan kesulitan merawat bayi. DPP memerlukan penanganan profesional berupa konseling psikologis dan/atau farmakoterapi. Skrining menggunakan Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) dengan cut-off skor ≥ 13 direkomendasikan pada kunjungan nifas (Kemenkes RI, 2023).

Psikosis postpartum merupakan gangguan jiwa paling berat pascapersalinan yang terjadi pada 1–2 per 1000 kelahiran, umumnya muncul dalam 2 minggu pertama. Gejalanya meliputi halusinasi, delusi, konfusi, dan perilaku yang tidak terprediksi. Kondisi ini memerlukan penanganan psikiatri segera dan rawat inap. Bidan berperan melakukan skrining kesehatan mental pada setiap kunjungan nifas, memberikan edukasi tentang tanda bahaya psikologis kepada keluarga, dan melakukan rujukan tepat waktu bila diperlukan (WHO, 2022).

Menurut Walyani dan Purwoastuti (2020), ibu pada masa nifas mengalami berbagai perubahan psikologis.

a. Fase *taking in*

Fase *taking in* merupakan periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama hingga hari kedua postpartum. Pada tahap ini, ibu cenderung memusatkan perhatian pada dirinya sendiri (*self-focused*). Secara psikologis, ibu sering mengulang kembali pengalaman persalinan yang telah dialaminya dari awal hingga akhir sebagai bentuk proses adaptasi. Oleh karena itu, ibu

memiliki kebutuhan yang tinggi untuk mengekspresikan dan membicarakan pengalaman dirinya.

b. Fase taking hold

Fase *taking hold* merupakan periode yang berlangsung pada hari ke-3 hingga ke-10 postpartum. Pada tahap ini, ibu mulai mengalami kecemasan terkait persepsi ketidakmampuan serta meningkatnya rasa tanggung jawab dalam perawatan bayi. Secara emosional, ibu berada dalam kondisi yang lebih sensitif, sehingga rentan terhadap iritabilitas, mudah tersinggung, dan perubahan suasana hati. Oleh karena itu, dukungan moral dan psikososial sangat diperlukan untuk meningkatkan rasa percaya diri ibu dalam menjalankan peran barunya.

c. Fase letting go

Fase *letting go* merupakan tahap penerimaan terhadap tanggung jawab dalam menjalankan peran baru sebagai ibu, yang umumnya berlangsung setelah hari ke-10 postpartum. Pada fase ini terjadi peningkatan kemampuan dalam perawatan diri serta perawatan bayi. Ibu mulai beradaptasi dengan tingkat ketergantungan bayinya dan menunjukkan pemahaman yang lebih baik terhadap kebutuhan dasar bayi, termasuk pemberian ASI. Selain itu, ibu telah siap untuk menyesuaikan pola istirahatnya, termasuk terbangun untuk memenuhi kebutuhan bayinya (Rahmatika, 2021).

E. Tahapan Adaptasi Psikologis Masa Nifas

Reva Rubin (1977) mendeskripsikan tiga tahapan adaptasi psikologis pada masa nifas yang masih relevan dan digunakan secara luas dalam praktik

kebidanan. Tahap Taking-In berlangsung pada hari ke-1 dan ke-2 pascapersalinan. Ibu berada dalam kondisi pasif, bergantung pada orang lain, dan fokus pada kebutuhan dirinya sendiri (makan, minum, tidur, pemulihan fisik). Ibu sering mengulang-ulang pengalaman persalinannya kepada siapa pun yang bersedia mendengarkan. Bidan perlu memfasilitasi kebutuhan fisik ibu dan memberikan kesempatan mengekspresikan pengalaman persalinannya (Prawirohardjo, 2022).

Tahap Taking-Hold berlangsung pada hari ke-3 hingga ke-10 pascapersalinan. Ibu mulai menunjukkan inisiatif dan keinginan kuat untuk belajar merawat bayinya secara mandiri, namun masih membutuhkan bimbingan dan validasi. Ibu sangat reseptif terhadap pembelajaran dan edukasi kesehatan pada tahap ini. Bidan perlu memaksimalkan kesempatan ini untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan bayi (menyusui, memandikan, merawat tali pusat), tanda bahaya nifas, dan persiapan kepulangan. Memberikan pujian atas keberhasilan ibu merawat bayi sangat penting untuk membangun kepercayaan diri (Kemenkes RI, 2023).

Tahap Letting-Go dimulai sekitar minggu ke-2 pascapersalinan dan berlangsung hingga selesainya masa nifas. Ibu telah menerima sepenuhnya peran dan tanggung jawabnya sebagai orang tua, mampu merawat bayi secara mandiri, dan mulai menyesuaikan kembali hubungan dengan pasangan serta lingkungan sosialnya. Ibu melepaskan gambaran ideal tentang bayi dan persalinan yang mungkin berbeda dengan kenyataan. Dukungan berkelanjutan dari bidan dan sistem sosial yang kuat pada tahap ini sangat penting untuk

mencegah depresi postpartum dan memastikan transisi peran yang sehat (Kemenkes RI, 2021).

F. Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

Kebutuhan nutrisi ibu nifas meningkat untuk mendukung pemulihan pascapersalinan dan produksi ASI. Ibu menyusui membutuhkan tambahan 500 kkal/hari di atas kebutuhan normal, dengan asupan protein minimal 1,7 g/kgBB/hari, kalsium 1300 mg/hari, zat besi 9 mg/hari, dan vitamin D 600 IU/hari. Konsumsi makanan bergizi seimbang, cukup serat, dan cairan minimal 2–3 liter per hari penting untuk mencegah konstipasi, mendukung produksi ASI yang adekuat, dan mempercepat pemulihan (Kemenkes RI, 2023).

Istirahat yang cukup sangat penting namun sering terabaikan pada masa nifas. Ibu dianjurkan tidur saat bayi tidur untuk mengumpulkan energi. Kurang tidur kronik meningkatkan risiko baby blues dan depresi postpartum. Mobilisasi dini dimulai beberapa jam setelah persalinan normal, bermanfaat mencegah trombosis vena dalam, memperlancar lochia, mempercepat pemulihan fungsi kandung kemih dan pencernaan, serta meningkatkan mood. Senam nifas dapat dimulai sejak hari pertama dengan latihan pernapasan dan latihan Kegel untuk memulihkan tonus otot dasar panggul (Prawirohardjo, 2022).

Perawatan payudara dan pemberian ASI eksklusif merupakan prioritas asuhan nifas. Bidan memberikan bimbingan teknik menyusui yang benar (posisi, perlekatan, dan frekuensi menyusui), penanganan masalah laktasi (puting lecet, engorgement, mastitis), cara memerah dan menyimpan ASI, serta

edukasi manfaat ASI eksklusif hingga 6 bulan. Perawatan luka perineum atau luka SC dilakukan dengan prinsip kebersihan dan pemantauan tanda infeksi. Personal hygiene, terutama kebersihan genitalia, sangat penting untuk mencegah infeksi nifas (Kemenkes RI, 2021).

G. Tanda Bahaya Masa Nifas

Tanda bahaya masa nifas yang harus segera ditangani meliputi perdarahan pervaginam yang berlebihan (soaking lebih dari satu pembalut per jam atau perdarahan tiba-tiba yang sangat banyak), yang dapat mengindikasikan atonia uteri, laserasi yang tidak terdeteksi, atau retensi sisa plasenta. Ibu harus segera dirujuk ke fasilitas kesehatan dengan kemampuan transfusi darah dan tindakan bedah bila terjadi perdarahan masif. Infeksi nifas ditandai dengan demam $\geq 38^{\circ}\text{C}$ yang muncul setelah 24 jam pertama pascapersalinan disertai nyeri uterus, lochia berbau tidak sedap, dan leukositosis (Prawirohardjo, 2022).

Tanda bahaya lain meliputi: nyeri kepala hebat, penglihatan kabur, atau nyeri epigastrium yang dapat mengindikasikan preeklampsia pascapersalinan, nyeri, kemerahan, dan bengkak pada betis (tanda Homan positif) yang mengindikasikan tromboflebitis, kesulitan atau nyeri berkemih yang berkepanjangan, serta tanda-tanda mastitis berupa nyeri, kemerahan, dan pembengkakan pada payudara disertai demam. Setiap tanda bahaya di atas memerlukan evaluasi segera dan penanganan yang tepat (Kemenkes RI, 2023).

Tanda bahaya psikologis yang tidak boleh diabaikan meliputi: depresi postpartum berat yang ditandai dengan gejala depresi persisten lebih dari 2

minggu, pikiran untuk menyakiti diri sendiri atau bayi, dan psikosis postpartum dengan gejala halusinasi atau delusi. Bidan berperan melakukan skrining EPDS pada setiap kunjungan nifas, memberikan edukasi kepada keluarga tentang tanda bahaya fisik dan psikologis pascapersalinan, serta memastikan ibu mengetahui ke mana harus mencari pertolongan segera (Kemenkes RI, 2021).

H. Jadwal Kunjungan Masa Nifas

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 21 Tahun 2021, kunjungan nifas dilaksanakan minimal empat kali. Kunjungan Nifas 1 (KF1) dilakukan 6 jam hingga 2 hari pascapersalinan. Tujuan KF1 adalah memastikan tidak ada perdarahan pascapersalinan, memeriksa kontraksi uterus dan kondisi kandung kemih, memastikan IMD berhasil dan menyusui berjalan baik, melakukan pemeriksaan fisik ibu, memberikan vitamin A pertama (200.000 IU), serta memberikan konseling tentang ASI eksklusif, tanda bahaya nifas, dan nutrisi ibu (Kemenkes RI, 2021).

Kunjungan Nifas 2 (KF2) dilakukan pada hari ke-3 hingga hari ke-7 pascapersalinan. Bidan menilai tanda-tanda infeksi, memantau involusi uterus dan lochia, mengevaluasi kemajuan menyusui, memberikan vitamin A kedua (200.000 IU) pada hari ke-2 pascapersalinan, dan edukasi lanjutan tentang perawatan bayi. Kunjungan Nifas 3 (KF3) dilakukan pada hari ke-8 hingga ke-28 pascapersalinan. Bidan melakukan skrining EPDS untuk depresi postpartum, memantau berat badan dan status gizi bayi, mengevaluasi menyusui, dan memberikan konseling tentang KB pascapersalinan (Prawirohardjo, 2022).

Kunjungan Nifas 4 (KF4) dilakukan pada hari ke-29 hingga ke-42 pascapersalinan. Ini merupakan kunjungan penutup masa nifas yang mencakup pemeriksaan fisik lengkap ibu, penilaian kondisi psikologis, konsultasi KB, pemantauan status gizi dan tumbuh kembang bayi, serta edukasi tentang gizi dan kesehatan reproduksi. Pada KF4, bidan memastikan ibu telah memilih dan menggunakan metode kontrasepsi yang sesuai untuk mencegah kehamilan terlalu cepat. Bila terdapat tanda bahaya atau komplikasi pada kunjungan manapun, ibu segera dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi (Kemenkes RI, 2023).

2.1.4 Konsep Dasar Perdarahan Postpartum

A. Pengertian Perdarahan Postpartum

Perdarahan postpartum atau Postpartum Hemorrhage (PPH) merupakan kondisi obstetri gawat darurat yang ditandai dengan adanya kehilangan darah setelah proses kelahiran bayi, baik yang dilahirkan melalui persalinan pervaginam maupun persalinan dengan seksio sesarea. Kondisi ini memiliki potensi fatal bagi ibu jika tidak segera diidentifikasi dan ditangani dengan intervensi yang tepat.

Berdasarkan pedoman World Health Organization (2023), definisi objektif PPH mencakup estimasi kehilangan darah minimal 500 mililiter setelah persalinan pervaginam atau minimal 1.000 mililiter setelah seksio sesarea. Selain batasan volume tersebut, definisi ini juga mencakup setiap kehilangan darah yang memicu tanda-tanda instabilitas hemodinamik dalam rentang waktu 24 jam pertama pasca persalinan (World Health Organization,

2023). Sejalan dengan hal tersebut, International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO, 2022) menekankan bahwa pendekatan klinis modern tidak semata-mata bergantung pada estimasi volume darah yang hilang, melainkan berfokus pada kondisi klinis ibu secara keseluruhan, mengingat tanda-tanda syok dapat muncul meskipun estimasi volume perdarahan belum mencapai batas kriteria klasik.

Secara epidemiologis, PPH menempati posisi sebagai penyebab utama kematian ibu di tingkat global. Data World Health Organization (2023) mencatat bahwa kondisi ini berkontribusi terhadap 25–30% kematian maternal, dengan prevalensi yang lebih tinggi di negara-negara berkembang. Di Indonesia, perdarahan postpartum berkontribusi sekitar 30% dari total kematian maternal (Kemenkes RI, 2023). Implikasi statistik ini menegaskan urgensi deteksi dini serta penerapan manajemen aktif pada kala III persalinan sebagai strategi pencegahan utama.

B. Klasifikasi Perdarahan Postpartum

Klasifikasi PPH didasarkan pada waktu kejadian relatif terhadap persalinan, yang dibagi menjadi dua kategori utama. Pertama, perdarahan Postpartum Primer (Early PPH) didefinisikan sebagai perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama setelah persalinan. Sebagian besar insiden kasus terjadi pada 2 jam pertama pasca melahirkan, yang dikenal sebagai kala IV. Tipe ini merupakan jenis yang paling sering terjadi dan memiliki tingkat bahaya tertinggi karena potensi kehilangan darah yang masif dalam waktu singkat. Kedua, Perdarahan Postpartum Sekunder (Late PPH) merujuk pada perdarahan

yang terjadi setelah 24 jam pertama hingga 6 minggu pasca persalinan. Etiologi utama pada kasus sekunder umumnya berkaitan dengan retensio plasenta atau adanya infeksi pada endometrium (FIGO, 2022).

C. Faktor Risiko Perdarahan Postpartum

Berbagai faktor predisposisi dapat meningkatkan risiko terjadinya perdarahan postpartum, antara lain: atonia uteri sebagai penyebab tersering, riwayat persalinan lama atau partus presipitatus, kehamilan ganda, polihidramnion, riwayat PPH pada persalinan sebelumnya, status anemia selama kehamilan, usia ibu di bawah 20 tahun atau di atas 35 tahun, serta penggunaan induksi atau augmentasi oksitosin yang berlebihan. Meskipun demikian, World Health Organization menegaskan bahwa PPH dapat terjadi pada ibu yang tidak memiliki faktor risiko yang jelas. Oleh karena itu, pemantauan ketat pada semua ibu bersalin, khususnya pada kala III dan IV, menjadi standar wajib dalam pelayanan kebidanan (World Health Organization, 2023).

D. Patofisiologi

Secara fisiologis, mekanisme hemostasis pasca persalinan bergantung pada kemampuan uterus untuk berkontraksi secara kuat setelah plasenta lahir. Kontraksi ini berfungsi menjepit pembuluh darah pada tempat implantasi plasenta guna menghentikan perdarahan. Apabila kontraksi uterus tidak adekuat atau terjadi atonia uteri, pembuluh darah pada tempat implantasi tetap terbuka sehingga mengakibatkan perdarahan masif. Empat etiologi utama yang menyebabkan PPH dikenal dengan akronim “4T”, yaitu: Tone (atonia uteri),

Tissue (retensio plasenta atau sisa jaringan), Trauma (laserasi atau robekan pada jalan lahir), dan Thrombin (gangguan sistem koagulasi darah). Berdasarkan data FIGO (2022), atonia uteri menyumbang sekitar 70–80% dari seluruh kasus PPH, menjadikannya penyebab dominan yang memerlukan perhatian klinis utama.

E. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala klinis yang muncul pada kasus perdarahan postpartum meliputi: perdarahan aktif yang keluar dari vagina, uterus yang teraba lembek dan tidak berkontraksi dengan baik, fundus uteri yang meningkat atau tidak turun sesuai ekspektasi, takikardia (denyut jantung meningkat) sebagai respons kompensasi, hipotensi (tekanan darah menurun), pucat dan kelemahan fisik, serta penurunan kesadaran yang umumnya terjadi pada kasus dengan perdarahan berat. Pada kasus Ny. M di Puskesmas Dawar Blandong, perdarahan terjadi selama masa observasi kala IV meskipun riwayat persalinan sebelumnya berlangsung normal, mengilustrasikan pentingnya pemantauan sistematis yang ketat pada seluruh ibu bersalin tanpa memandang ada tidaknya faktor risiko.

F. Penatalaksanaan Perdarahan Postpartum

Pedoman dari World Health Organization (2023) dan FIGO (2022) menetapkan protokol penatalaksanaan PPH yang terstruktur. Tindakan segera meliputi: memanggil bantuan tim medis tambahan, evaluasi cepat terhadap tanda-tanda vital, pemasangan akses intravena dengan ukuran besar (minimal 2 jalur jika memungkinkan), serta pemberian oksigenasi untuk menjaga

saturasi. Pemberian uterotonika mencakup oksitosin 10 IU secara intramuskular atau intravena sebagai lini pertama, metilergometrin dengan catatan tidak diberikan pada pasien dengan hipertensi, serta misoprostol sebagai alternatif jika ketersediaan oksitosin terbatas. Pijat uterus dilakukan secara manual untuk merangsang kontraksi miometrium. Asam traneksamat direkomendasikan diberikan dalam waktu 3 jam pertama sejak onset perdarahan untuk menghambat fibrinolisis. Tindakan lanjutan meliputi kompresi bimanual uterus, pemasangan balon tamponade, tindakan operatif jika perdarahan tidak terkontrol, serta rujukan segera ke fasilitas PONEK jika penanganan awal tidak berhasil.

G. Komplikasi Perdarahan Postpartum

Jika PPH tidak ditangani secara cepat dan komprehensif, kondisi ini dapat memicu serangkaian komplikasi serius, antara lain: syok hipovolemik akibat kehilangan volume darah, gagal organ multipel akibat hipoperfusi jaringan, koagulopati (gangguan pembekuan darah), anemia berat, gangguan laktasi, serta kematian maternal. Oleh karena itu, pemantauan ketat selama 2 jam pertama pasca persalinan (kala IV) ditetapkan sebagai standar wajib pelayanan kebidanan. Pendekatan penatalaksanaan PPH sejalan dengan prinsip Continuity of Care (COC), di mana deteksi dini dan respons klinis yang cepat secara berkesinambungan dapat mencegah perburukan kondisi ibu dan meminimalkan risiko komplikasi yang mengancam jiwa (World Health Organization, 2023, FIGO, 2022).

2.1.5 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

A. Pengertian

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin. Periode neonatal mencakup 28 hari pertama kehidupan, dibagi menjadi neonatus dini (0–7 hari) dan neonatus lanjut (8–28 hari). Transisi dari kehidupan intrauterin ke ekstrauterin merupakan periode paling kritis dalam kehidupan manusia, ditandai dengan perubahan fisiologis besar pada sistem pernapasan, sirkulasi, termoregulasi, dan metabolisme dalam waktu singkat (WHO, 2022).

Angka kematian neonatal berkontribusi pada lebih dari 40% kematian balita secara global. Berdasarkan Kemenkes RI (2023), angka kematian neonatal di Indonesia masih menjadi tantangan dengan penyebab utama asfiksia, infeksi, dan prematuritas. Asuhan neonatal esensial yang berkualitas sejak menit pertama kelahiran merupakan intervensi paling efektif dalam menurunkan kematian neonatal. Bidan harus kompeten dalam melakukan penilaian cepat, stabilisasi, dan penanganan neonatus.

B. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Normal

Bayi baru lahir normal memiliki karakteristik antropometri sebagai berikut: berat badan lahir 2.500–4.000 gram, panjang badan 48–52 cm, lingkaran kepala 33–35 cm, lingkaran dada 30–38 cm (normalnya 2 cm lebih kecil dari lingkaran kepala), dan lingkaran perut 31–35 cm. Usia gestasi 37–42 minggu (aterm). Suhu aksila 36,5–37,5°C, frekuensi denyut jantung 120–160

kali/menit, frekuensi pernapasan 40–60 kali/menit, saturasi oksigen >95% (Kemenkes RI, 2023).

Penilaian APGAR pada menit pertama dan kelima kehidupan merupakan standar penilaian kondisi neonatus. APGAR menilai Appearance (warna kulit), Pulse (denyut jantung), Grimace (respons refleks), Activity (tonus otot), dan Respiration (usaha bernapas), masing-masing dengan skor 0–2. Skor APGAR 7–10 menandakan kondisi baik, 4–6 memerlukan stimulasi, dan 0–3 memerlukan resusitasi segera. Skor APGAR menit ke-5 yang masih rendah berkorelasi dengan prognosis neurologis jangka panjang (Prawirohardjo, 2022).

Tanda-tanda fisis bayi baru lahir normal meliputi: kulit kemerahan/merah muda di seluruh tubuh setelah beberapa menit, tangisan kuat dan keras, tonus otot baik dengan gerakan aktif, refleks primitif yang lengkap (rooting, sucking, moro, grasping, stepping), mata terbuka, fontanel anterior teraba rata dan tidak tegang, abdomen lunak, dan tali pusat segar berwarna kebiruan. Tidak ditemukan kelainan kongenital mayor pada pemeriksaan fisik awal. Mekonium pertama keluar dalam 24 jam dan urin pertama keluar dalam 24–48 jam (Kemenkes RI, 2021).

C. Perawatan Neonatal Esensial Pada Saat Lahir

Perawatan neonatal esensial pada saat lahir dilaksanakan secara sistematis mengikuti urutan prioritas. Segera setelah bayi lahir, dilakukan penilaian cepat dalam 30 detik: apakah bayi menangis/bernapas?, apakah tonus otot baik?, dan apakah cukup bulan? Bila semua jawaban ya, bayi diletakkan

di dada ibu untuk Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dalam keadaan skin-to-skin. Delayed cord clamping (penundaan pemotongan tali pusat 1–3 menit) direkomendasikan WHO untuk memaksimalkan transfer darah plasenta ke bayi, meningkatkan cadangan zat besi, dan menurunkan risiko anemia (WHO, 2022).

Setelah IMD (minimal 1 jam), bayi dikeringkan, dibedong, dan dipersiapkan untuk mendapatkan intervensi pencegahan esensial. Injeksi Vitamin K1 (phytomenadione) 1 mg intramuskular di paha kiri luar diberikan untuk mencegah Vitamin K Deficiency Bleeding (VKDB) atau perdarahan akibat defisiensi vitamin K pada neonatus. Salep mata antibiotik (tetrasiklin 1% atau eritromisin 0,5%) diberikan pada kedua mata untuk mencegah oftalmia neonatorum akibat gonokokus atau klamidia. Imunisasi Hepatitis B pertama (HB0) diberikan dalam 24 jam setelah lahir, idealnya 1–2 jam setelah pemberian Vitamin K1 (Kemenkes RI, 2023).

Pemeriksaan fisik lengkap (head-to-toe examination) dilakukan setelah seluruh intervensi esensial selesai. Pemeriksaan mencakup: kepala (bentuk, fontanel, sutura), mata, hidung, telinga, mulut (palatum, bibir), leher, dada, perut (tali pusat, organ visceral), genetalia dan anus (pastikan ada), ekstremitas (simetris, tidak ada sindaktili/polidaktili, refleks primitif), dan kulit. Pengukuran antropometri lengkap dicatat dalam buku KIA. Bayi yang memenuhi kriteria normal dapat dilakukan rawat gabung dengan ibu untuk mendukung keberhasilan menyusui dan bonding (Kemenkes RI, 2021).

D. Perubahan Fisiologis Bayi Baru Lahir

Perubahan terpenting dan paling mendesak saat lahir terjadi pada sistem pernapasan. Napas pertama bayi dipicu oleh stimulus kimia (peningkatan PCO₂ dan penurunan PO₂ dan pH darah setelah aliran tali pusat terhenti), stimulus termal (perubahan suhu dari 37°C intrauterin ke 21–25°C ekstrauterin), dan stimulus taktil (pengeringan dan stimulasi). Ekspansi paru-paru menyebabkan penurunan resistensi vaskular paru dan peningkatan aliran darah ke paru. Surfactan yang diproduksi sel alveolar tipe II mencegah kolaps alveoli di akhir ekspirasi (Prawirohardjo, 2022).

Perubahan sirkulasi dari pola janin ke pola dewasa terjadi bersamaan dengan ekspansi paru. Peningkatan PO₂ menyebabkan vasokonstriksi duktus arteriosus dan penutupan fungsionalnya dalam 10–15 jam (penutupan anatomis dalam 2–3 minggu). Tekanan atrium kiri yang meningkat akibat meningkatnya aliran darah pulmonal menyebabkan penutupan fungsional foramen ovale. Pemotongan tali pusat menyebabkan obliterasi vena umbilikus, duktus venosus, dan arteri umbilikus. (Kemenkes RI, 2023).

Termoregulasi neonatus sangat rentan karena rasio luas permukaan terhadap massa tubuh yang besar, lapisan lemak subkutan yang tipis, dan ketidakmampuan menggigil. Neonatus memproduksi panas melalui termogenesis non-menggigil dengan metabolisme brown adipose tissue (lemak coklat) yang tersimpan di leher, mediastinum, dan sekitar ginjal. Hipotermia (suhu aksila < 36,5°C) merupakan ancaman serius yang dapat menyebabkan asidosis metabolik, hipoglikemia, koagulopati, dan kematian. Pencegahan

hipotermia dengan prinsip rantai hangat (warm chain) — mengeringkan segera, kontak kulit ke kulit, membungkus hangat, dan mempertahankan suhu ruangan 25–28°C — merupakan intervensi kritis (WHO, 2022).

E. Adaptasi Bayi Baru Lahir

Adaptasi neurologis neonatus ditandai oleh adanya refleks primitif yang merupakan indikator integritas sistem saraf pusat. Rooting reflex muncul saat pipi atau sudut mulut disentuh, bayi menoleh ke arah stimulus, memfasilitasi pencarian puting susu. Sucking reflex muncul saat langit-langit mulut disentuh, bayi menghisap secara ritmis. Kedua refleks ini esensial untuk keberhasilan menyusui. Moro reflex (startle reflex) muncul saat posisi kepala berubah tiba-tiba, ditandai abduksi-ekstensi lengan diikuti fleksi-adduksi, menghilang pada usia 4–6 bulan. Grasping reflex muncul saat telapak tangan dirangsang, bayi menggenggam erat, menghilang pada 5–6 bulan (Prawirohardjo, 2022).

Adaptasi metabolik mencakup regulasi glukosa darah. Setelah pemotongan tali pusat, suplai glukosa maternal terhenti tiba-tiba dan neonatus harus segera memobilisasi cadangan glikogen hati. Kadar glukosa darah normal neonatus adalah 45–120 mg/dL. Hipoglikemia (< 45 mg/dL) berisiko pada bayi lahir dari ibu diabetes (IDM), bayi kecil masa kehamilan (KMK), bayi besar masa kehamilan (BMK), bayi prematur, dan bayi yang mengalami stres perinatal. Pemberian ASI dini dan sering (minimal setiap 2–3 jam) merupakan strategi pencegahan hipoglikemia yang paling efektif dan direkomendasikan (Kemenkes RI, 2023).

Adaptasi imunologis neonatus bergantung pada imunitas pasif yang diperoleh dari ibu. Imunoglobulin G (IgG) maternal yang ditransfer melalui plasenta selama trimester ketiga memberikan perlindungan pasif terhadap penyakit yang pernah dialami ibu, namun akan menurun secara bertahap dalam 3–6 bulan pertama. ASI, khususnya kolostrum, mengandung IgA sekretori (sIgA) dalam konsentrasi tinggi yang melindungi mukosa saluran cerna dan pernapasan neonatus dari infeksi. Oleh karena itu, pemberian kolostrum segera setelah lahir dan ASI eksklusif selanjutnya sangat penting untuk optimalisasi sistem imun neonatus (WHO, 2022).

F. Kebutuhan Dasar Bayi Baru Lahir

ASI eksklusif merupakan kebutuhan nutrisi utama dan terpenting bagi bayi baru lahir. Kolostrum yang diproduksi 1–3 hari pertama pascapersalinan mengandung antibodi (terutama sIgA), faktor pertumbuhan, laktoferin, dan nutrisi dalam konsentrasi ideal yang tidak dapat digantikan formula apapun. WHO dan Kemenkes RI merekomendasikan ASI eksklusif selama 6 bulan pertama kehidupan, dilanjutkan dengan MPASI dan ASI hingga usia 2 tahun atau lebih. Bidan berperan aktif mendukung keberhasilan menyusui sejak IMD dan pada setiap kunjungan nifas (Kemenkes RI, 2023).

Kehangatan merupakan kebutuhan fisiologis mendasar pada neonatus. Metode Kangguru (Kangaroo Mother Care/KMC), yaitu kontak kulit langsung antara bayi dan ibu/ayah, merupakan cara paling efektif, murah, dan aman untuk menjaga kehangatan bayi sekaligus memfasilitasi bonding dan keberhasilan menyusui. KMC terbukti menurunkan angka kematian neonatus,

terutama pada bayi prematur dan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR). Suhu ruangan perawatan bayi dipertahankan antara 25–28°C (WHO, 2022).

Perlindungan dari infeksi merupakan kebutuhan kritis mengingat sistem imun neonatus yang belum matur. Prinsip pencegahan infeksi mencakup cuci tangan sebelum dan sesudah menangani bayi, perawatan tali pusat kering dan bersih (tanpa olesan apapun), kebersihan lingkungan dan peralatan bayi, ASI eksklusif, imunisasi sesuai jadwal, dan membatasi kontak dengan orang sakit. Bonding attachment antara ibu-bayi melalui sentuhan, tatapan, dan suara merupakan kebutuhan psikologis neonatus yang berpengaruh pada perkembangan neurologis dan sosial-emosional jangka panjang (Kemenkes RI, 2021).

G. Tanda Bahaya Pada Bayi Baru Lahir

Tanda bahaya yang memerlukan penanganan segera pada bayi baru lahir meliputi: tidak mau menyusu atau menolak minum yang dapat mengindikasikan infeksi, hipoglikemia, atau kelainan neurologis, kejang yang dapat disebabkan oleh asfiksia, hipoglikemia, hipokalsemia, atau meningitis, dan gangguan pernapasan berupa takipnea (laju napas > 60 kali/menit), retraksi interkostal/subkostal, napas cuping hidung, grunting (merintih), atau apnea yang mengindikasikan Respiratory Distress Syndrome (RDS), pneumonia, atau penyakit jantung bawaan (Prawirohardjo, 2022).

Hipotermia (suhu aksila < 36,5°C) dan hipertermia (suhu aksila > 37,5°C) keduanya merupakan tanda bahaya. Hipotermia pada neonatus dapat menyebabkan asidosis metabolik, hipoglikemia, koagulopati, dan kematian.

Ikterus yang muncul dalam 24 jam pertama (ikterus fisiologis belum muncul sebelum 24 jam) selalu patologis dan memerlukan evaluasi segera. Ikterus yang mencapai telapak tangan dan telapak kaki merupakan tanda ikterus berat yang berisiko menyebabkan kernikterus (kerusakan otak permanen akibat bilirubin) (Kemenkes RI, 2023).

Tanda bahaya lain meliputi: ubun-ubun cembung yang dapat mengindikasikan peningkatan tekanan intrakranial akibat perdarahan atau meningitis, letargi atau hipotonia berat, kulit pucat, abu-abu, atau sianotik yang mengindikasikan syok, anemia berat, atau penyakit jantung bawaan, perut kembung tiba-tiba, perdarahan dari umbilikus atau tempat lain, dan mata bernanah. Bidan harus mampu mengenali tanda-tanda ini dengan cepat, memberikan penanganan awal sesuai kompetensi, dan segera merujuk bayi ke fasilitas kesehatan tingkat lebih tinggi (Kemenkes RI, 2021).

H. Kunjungan Neonatal

Kunjungan Neonatal (KN) dilaksanakan minimal tiga kali sesuai Permenkes RI No. 21 Tahun 2021. Kunjungan Neonatal 1 (KN1) dilakukan 6–48 jam setelah lahir, mencakup: pemeriksaan fisik lengkap, memastikan bayi mendapat Vitamin K1, salep mata, dan HB0, memastikan IMD berhasil dan menyusui berjalan baik, konseling tanda bahaya neonatus, serta pencatatan di buku KIA. Berat badan lahir dicatat dan menjadi baseline pemantauan pertumbuhan (Kemenkes RI, 2023).

Kunjungan Neonatal 2 (KN2) dilakukan hari ke-3 hingga ke-7 setelah lahir. Pada kunjungan ini bidan menilai kondisi umum bayi, berat badan

(fisiologis turun hingga 10% dalam minggu pertama dan kembali ke berat lahir pada hari ke-10–14), kondisi tali pusat, tanda ikterus, pola menyusui dan kecukupan ASI (minimal 8 kali per hari), eliminasi (minimal 6 popok basah dan 3 BAB per hari sebagai tanda kecukupan ASI), dan pemberian imunisasi BCG dan Polio pertama (Prawirohardjo, 2022).

Kunjungan Neonatal 3 (KN3) dilakukan hari ke-8 hingga ke-28 setelah lahir. Bidan melakukan pemantauan pertumbuhan dengan kurva WHO, penilaian perkembangan (refleks, respons sosial), evaluasi keberhasilan menyusui eksklusif, skrining tanda bahaya lanjut, serta konseling stimulasi tumbuh kembang dan imunisasi lanjutan. Pada kunjungan ini bidan memastikan tali pusat telah puput (normalnya hari ke-5 hingga ke-15) tanpa tanda infeksi. Bayi dengan berat badan tidak naik atau di bawah normal dirujuk untuk evaluasi lebih lanjut (Kemenkes RI, 2021).

I. Jadwal Imunisasi

Program Imunisasi Nasional Indonesia mewajibkan setiap bayi mendapatkan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) sebelum usia satu tahun. Imunisasi HB0 diberikan dalam 24 jam setelah lahir untuk mencegah penularan Hepatitis B dari ibu ke bayi (mother-to-child transmission/MTCT). Imunisasi BCG (Bacillus Calmette-Guérin) dan Polio pertama diberikan pada usia 0–1 bulan, BCG memberikan perlindungan terhadap TB berat (meningitis TB dan TB milier) dengan efektivitas 70–80% (Kemenkes RI, 2023).

Pada usia 2, 3, dan 4 bulan, bayi mendapat imunisasi DPT-HB-Hib (Difteri, Pertusis, Tetanus, Hepatitis B, Haemophilus influenzae tipe b) secara

berurutan, melindungi terhadap lima penyakit sekaligus. Bersamaan dengan setiap dosis DPT-HB-Hib diberikan Polio oral tetes (OPV). Pada usia 4 bulan juga diberikan Polio suntik (IPV) untuk meningkatkan kekebalan terhadap polio. Pada usia 9 bulan, bayi mendapat imunisasi Campak-Rubella (MR) yang melindungi terhadap campak dan rubela, dua penyakit yang dapat menyebabkan komplikasi serius (Permenkes No. 12 Tahun 2017).

Imunisasi booster DPT-HB-Hib dan MR diberikan pada usia 18 bulan sebagai dosis ulangan untuk mempertahankan kekebalan jangka panjang. Seluruh imunisasi wajib diberikan gratis di fasilitas kesehatan pemerintah (Puskesmas, Posyandu, RS pemerintah) dan dicatat dalam buku KIA. Bidan berperan memberikan edukasi tentang jadwal, manfaat, dan efek samping imunisasi, serta memotivasi orang tua untuk mematuhi jadwal imunisasi. Kepatuhan imunisasi adalah kunci tercapainya herd immunity yang melindungi masyarakat dari wabah penyakit yang dapat dicegah dengan vaksin (Kemenkes RI, 2023).

2.1.6 Konsep Dasar KB

A. Pengertian

Keluarga Berencana (KB) menurut WHO adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan untuk mencapai tujuan reproduksi mereka, mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, mengatur interval antarkemhamilan dan waktu kelahiran dalam kaitannya dengan usia orang tua, serta menentukan jumlah anak dalam keluarga (WHO, 2022). Di Indonesia, program KB diatur dalam Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan

Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, yang menegaskan KB sebagai hak setiap individu dan bagian dari hak reproduksi.

Kontrasepsi sebagai komponen utama KB didefinisikan sebagai metode, alat, atau obat yang digunakan untuk mencegah kehamilan secara sementara (reversible) maupun permanen. Efektivitas kontrasepsi dinyatakan dalam Pearl Index (jumlah kehamilan per 100 wanita-tahun penggunaan) atau persentase kegagalan. Pemilihan metode kontrasepsi yang tepat mempertimbangkan efektivitas, keamanan, akseptabilitas, ketersediaan, dan kesesuaian dengan kondisi kesehatan pengguna (Kemenkes RI, 2023).

B. Tujuan Keluarga Berencana

Tujuan program KB bersifat multidimensi. Dari perspektif kesehatan, tujuan utama KB adalah menurunkan risiko kehamilan 4T (Terlalu muda usia < 20 tahun, Terlalu tua usia > 35 tahun, Terlalu sering jarak < 2 tahun, dan Terlalu banyak > 3 anak) yang secara signifikan meningkatkan risiko komplikasi obstetri, termasuk perdarahan postpartum, hipertensi dalam kehamilan, dan kematian ibu. Penjarangan kehamilan minimal 2 tahun terbukti menurunkan angka kematian ibu dan bayi secara bermakna (Kemenkes RI, 2023).

Dari perspektif demografis, tujuan KB adalah mengendalikan laju pertumbuhan penduduk menuju angka ideal yang mendukung pembangunan berkelanjutan. Indonesia melalui BKKBN menargetkan penurunan Total Fertility Rate (TFR) dan peningkatan contraceptive prevalence rate (CPR). Dari perspektif kesejahteraan, KB memungkinkan pasangan merencanakan

sumber daya keluarga dengan lebih baik, meningkatkan akses anak terhadap pendidikan dan gizi yang optimal, serta memberdayakan perempuan untuk berpartisipasi dalam kehidupan ekonomi dan sosial (BKKBN, 2022).

C. Manfaat Keluarga Berencana

Manfaat KB bagi kesehatan ibu sangat signifikan. KB mengurangi risiko kematian ibu akibat komplikasi kehamilan dan persalinan dengan mencegah kehamilan yang tidak direncanakan dan mengatur jarak kehamilan yang aman. KB juga melindungi kesehatan ibu menyusui dengan memungkinkan pemberian ASI eksklusif tanpa gangguan kehamilan baru. Penggunaan kontrasepsi hormonal tertentu memiliki manfaat tambahan seperti pengurangan nyeri haid, penurunan risiko kanker ovarium dan endometrium, serta manajemen endometriosis (WHO, 2022).

Manfaat KB bagi anak meliputi: jarak kelahiran yang adekuat memungkinkan pemberian ASI eksklusif yang optimal, pemenuhan gizi yang lebih baik per anak, perhatian dan stimulasi tumbuh kembang yang lebih berkualitas, serta akses pendidikan yang lebih baik. Anak-anak yang lahir dari keluarga yang merencanakan kehamilannya dengan baik cenderung memiliki status kesehatan dan tumbuh kembang yang lebih optimal. Manfaat bagi keluarga dan masyarakat mencakup peningkatan kualitas sumber daya manusia, pengurangan kemiskinan, dan peningkatan produktivitas ekonomi (Kemenkes RI, 2023).

D. Macam-Macam Metode Kontrasepsi

Metode kontrasepsi dapat diklasifikasikan berdasarkan mekanisme kerja dan sifat permanensinya. Metode kontrasepsi jangka pendek non-hormonal meliputi: kondom pria (efektivitas tipikal 85%, sempurna 98%) yang juga melindungi dari IMS, kondom wanita (efektivitas tipikal 79%), serta metode kesadaran kesuburan (fertility awareness methods) seperti kalender, suhu basal, dan metode lendir serviks Billings, yang memerlukan pelatihan dan motivasi tinggi. Metode hormonal oral meliputi pil kombinasi estrogen-progestin (efektivitas > 99% bila diminum benar) dan minipil progestin (cocok untuk ibu menyusui) (Kemenkes RI, 2023).

Metode kontrasepsi hormonal suntik terdiri dari suntik kombinasi (Cyclofem, diberikan tiap bulan) dan suntik progestin (Depo-MPA/DMPA, diberikan tiap 3 bulan, efektivitas > 99%). Implan/susuk adalah batang kecil berisi progestin yang diinsersikan subkutan di lengan atas, bekerja 3–5 tahun dengan efektivitas > 99%. AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) atau IUD tembaga (Copper T 380A, efektif 10 tahun) merupakan MKJP (Metode Kontrasepsi Jangka Panjang) non-hormonal dengan efektivitas > 99%, tersedia gratis di fasilitas kesehatan pemerintah. IUD hormonal (Mirena) efektif 5 tahun (Prawirohardjo, 2022).

Metode kontrasepsi mantap (sterilisasi) bersifat permanen dan diperuntukkan bagi pasangan yang tidak menginginkan kehamilan lagi. Tubektomi (MOW/Metode Operasi Wanita) dilakukan dengan oklusi tuba falopi melalui laparoskopi atau minilaparotomi, dapat dilakukan

pascapersalinan atau interval. Vasektomi (MOP/Metode Operasi Pria) dilakukan dengan oklusi atau pemotongan vas deferens, lebih aman, murah, dan lebih sedikit komplikasi dibandingkan tubektomi. Keduanya memiliki efektivitas > 99,5%. Konseling pra-sterilisasi yang komprehensif tentang sifat permanensinya sangat penting sebelum tindakan dilakukan (BKKBN, 2022).

E. Metode Kontrasepsi Efektif Pasca Persalinan

Pemilihan kontrasepsi pasca persalinan memerlukan pertimbangan khusus terkait status menyusui, kondisi kesehatan ibu, dan keinginan pasangan untuk kehamilan berikutnya. Metode Amenorea Laktasi (MAL) merupakan metode kontrasepsi alami dengan efektivitas 98% bila tiga syarat terpenuhi secara bersamaan: ibu menyusui eksklusif (tanpa makanan/minuman lain), bayi berusia < 6 bulan, dan ibu belum mendapat menstruasi kembali. MAL tidak memerlukan biaya dan tidak mengganggu produksi ASI, namun memerlukan konseling yang tepat agar digunakan dengan benar (Kemenkes RI, 2023).

AKDR/IUD pasca plasenta (diinsersikan dalam 10 menit setelah plasenta lahir) atau pasca persalinan dini (dalam 48 jam) merupakan pilihan MKJP yang sangat efektif dan aman, dengan keuntungan tidak memerlukan kunjungan tersendiri untuk pemasangan dan tidak memengaruhi produksi ASI. Implan dapat dipasang segera setelah persalinan atau dalam 6 minggu pascapersalinan, efektif 3–5 tahun, dan aman untuk ibu menyusui karena hanya mengandung progestin. Kontrasepsi suntik progestin tunggal (DMPA) dapat dimulai segera setelah persalinan pada ibu yang menyusui dan aman karena

tidak mengandung estrogen yang dapat menekan produksi ASI (Prawirohardjo, 2022).

Pil progestin (minipil) dapat dimulai pada hari ke-21 pascapersalinan bagi ibu menyusui dan aman untuk ASI. Metode kontrasepsi kombinasi (mengandung estrogen) sebaiknya dihindari pada 6 bulan pertama menyusui karena estrogen dapat mengurangi volume dan mengubah komposisi ASI. Tubektomi dapat dilakukan dalam 48 jam pertama pascapersalinan (tubektomi pascapersalinan/postpartum sterilization) atau setelah ≥ 6 minggu (tubektomi interval), pilihan bagi pasangan yang tidak menginginkan kehamilan lagi. Konseling KB pascapersalinan sebaiknya dimulai sejak kunjungan ANC trimester ketiga agar ibu telah memiliki rencana kontrasepsi yang matang sebelum bersalin (Kemenkes RI, 2021).

2.2 Standar Asuhan Kebidanan dan Kewenangan Bidan

2.2.1 Standar Asuhan Kebidanan

Standar Asuhan Kebidanan merupakan acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan, standar asuhan kebidanan mencakup enam standar yang mengikuti alur manajemen kebidanan: pengumpulan data dasar, interpretasi data dasar, mengidentifikasi diagnosis/masalah potensial, identifikasi dan menetapkan kebutuhan penanganan segera, merencanakan asuhan komprehensif, implementasi rencana asuhan, dan evaluasi (Kemenkes RI, 2020).

Standar asuhan kebidanan pada kehamilan mengacu pada Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu Kemenkes RI yang meliputi pelaksanaan ANC minimal enam kali dengan standar 10T, skrining faktor risiko menggunakan SPR, edukasi tanda bahaya, perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K), serta pendampingan psikososial. Standar asuhan pada persalinan mengikuti protokol Asuhan Persalinan Normal (APN) yang berpedoman pada 60 langkah APN, partograf, dan MAK III. Standar asuhan nifas mencakup empat kunjungan nifas dengan fokus pemantauan involusi, produksi ASI, tanda bahaya, dan KB (Permenkes No. 21 Tahun 2021).

2.2.2 Kewenangan Bidan

Kewenangan bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan. Kewenangan bidan mencakup: pelayanan kesehatan ibu (ANC, persalinan normal, nifas, KB), pelayanan kesehatan anak (pemeriksaan neonatus, imunisasi, pemantauan tumbuh kembang), dan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana. Bidan berwenang melakukan episiotomi, amniotomi, penjahitan luka perineum derajat I dan II, serta pemberian oksitosin untuk penanganan perdarahan pascapersalinan (Permenkes No. 28 Tahun 2017).

Dalam kondisi kegawatdaruratan, bidan berwenang memberikan pertolongan pertama dan melakukan stabilisasi pasien sebelum dirujuk. Bidan berwenang memberikan oksitosin untuk penanganan perdarahan pascapersalinan, antibiotika intravena untuk penanganan infeksi pada kondisi tidak tersedianya dokter, dan magnesium sulfat untuk pencegahan dan

penanganan eklampsia. Kewenangan bidan dibatasi pada kondisi yang memerlukan tindakan medis yang lebih kompleks, sehingga sistem rujukan yang efektif menjadi komponen esensial dalam praktik kebidanan yang aman (Kemenkes RI, 2023).

2.3 Manajemen dan Dokumentasi Kebidanan

2.3.1 Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis. Model manajemen kebidanan yang paling banyak digunakan adalah Tujuh Langkah Varney, yang terdiri dari: (1) pengumpulan data subjektif dan objektif secara lengkap dan sistematis, (2) interpretasi data untuk mengidentifikasi diagnosis kebidanan, masalah, dan kebutuhan klien, (3) mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial berdasarkan diagnosis yang telah teridentifikasi, (4) mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan tindakan segera (kolaborasi, konsultasi, rujukan), (5) merencanakan asuhan kebidanan yang komprehensif, (6) melaksanakan rencana asuhan secara efisien dan aman, dan (7) mengevaluasi keefektifan asuhan yang diberikan (Varney et al., 2022).

Penerapan manajemen kebidanan yang sistematis memastikan tidak ada aspek asuhan yang terlewat dan memfasilitasi pengambilan keputusan klinis yang tepat. Setiap langkah dalam manajemen Varney saling terkait dan bersifat dinamis, temuan pada langkah selanjutnya dapat mengharuskan revisit langkah sebelumnya. Dalam konteks Continuity of Care (COC), manajemen kebidanan Varney diaplikasikan pada setiap episode asuhan mulai dari ANC,

INC, PNC, hingga KB, dengan mempertahankan kesinambungan informasi dan hubungan terapeutik antara bidan dan klien (Kemenkes RI, 2023).

2.3.2 Dokumentasi Kebidanan SOAP

Dokumentasi kebidanan menggunakan format SOAP merupakan metode pencatatan yang paling banyak digunakan dalam praktik kebidanan karena ringkas, sistematis, dan mudah dipahami oleh semua anggota tim kesehatan. SOAP adalah akronim dari Subjective (data subjektif), Objective (data objektif), Assessment (analisis/interpretasi data), dan Planning (perencanaan asuhan). Format SOAP merupakan adaptasi dari pendekatan problem-oriented medical record (POMR) yang disesuaikan dengan praktik kebidanan (Varney et al., 2022).

Data Subjektif mencakup keluhan utama, riwayat kehamilan/persalinan/nifas sekarang, riwayat kesehatan, riwayat obstetri, riwayat keluarga, pola kebiasaan, dan data psikososial yang diperoleh dari anamnesis kepada klien dan/atau keluarga. Data Objektif mencakup temuan pemeriksaan fisik (tanda vital, pemeriksaan head-to-toe, pemeriksaan obstetri), hasil pemeriksaan laboratorium, dan hasil pemeriksaan penunjang lainnya. Assessment atau analisis merupakan inti dari dokumentasi SOAP di mana bidan menyimpulkan diagnosis kebidanan, masalah, diagnosis potensial, dan kebutuhan tindakan segera berdasarkan data subjektif dan objektif. Planning atau rencana asuhan mencakup tujuan asuhan, intervensi yang akan dilakukan, edukasi, kolaborasi/konsultasi/rujukan yang diperlukan, dan rencana evaluasi (Kemenkes RI, 2023).

Dokumentasi yang lengkap, akurat, dan tepat waktu memiliki nilai hukum, klinis, administratif, dan edukatif. Secara hukum, dokumentasi yang baik melindungi bidan dari tuntutan malpraktik karena merupakan bukti bahwa asuhan diberikan sesuai standar. Secara klinis, dokumentasi yang baik memastikan kontinuitas asuhan dan komunikasi yang efektif antar tenaga kesehatan. Dalam konteks COC, dokumentasi SOAP yang komprehensif pada setiap kunjungan ANC, persalinan, nifas, dan KB memungkinkan bidan memantau perkembangan klien secara holistik dan mendeteksi perubahan kondisi sejak dini (Sanjaya dkk., 2025).

2.3.3 Dokumentasi Kebidanan Varney

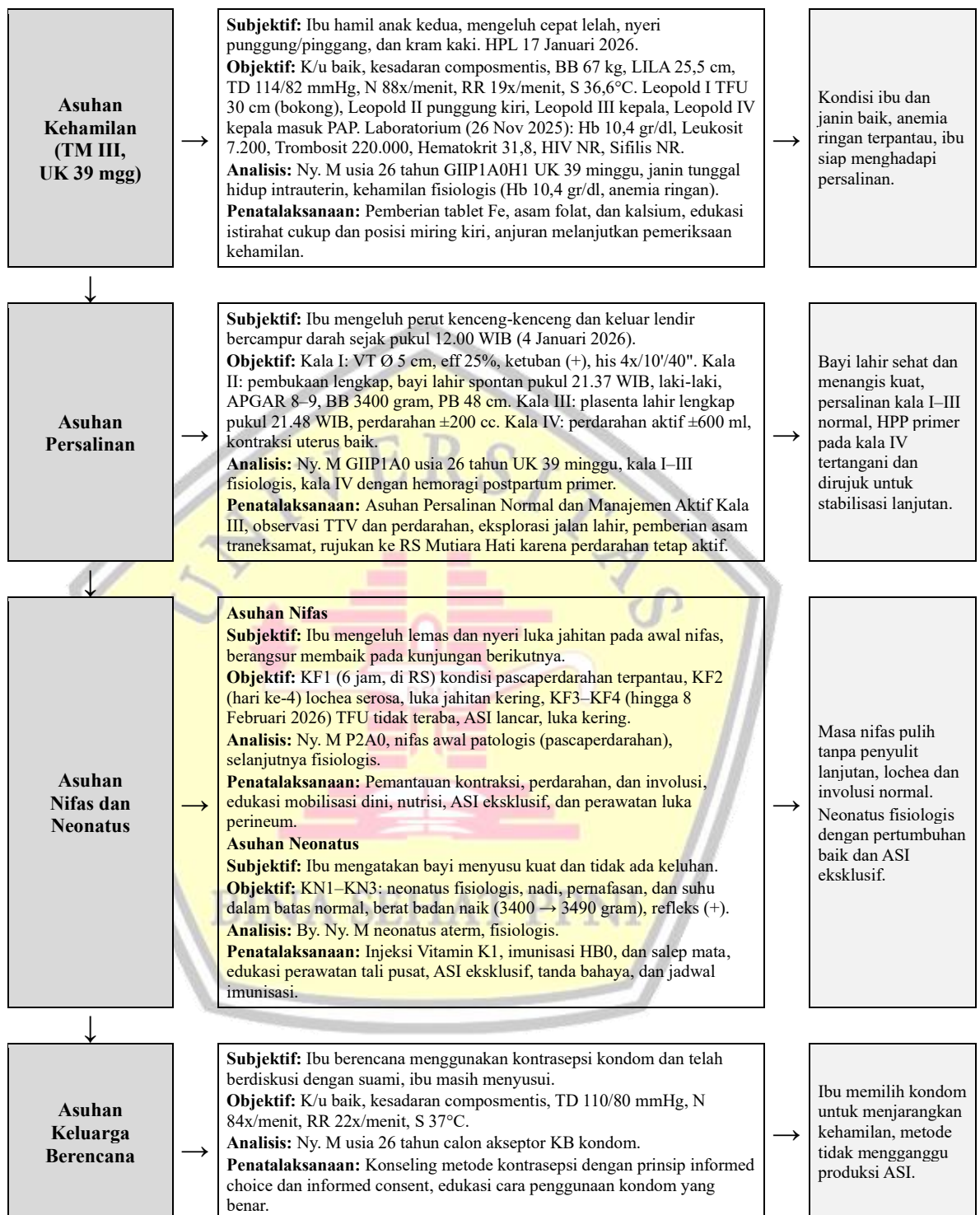
Manajemen kebidanan Varney tidak hanya berfungsi sebagai kerangka pengambilan keputusan, tetapi juga menjadi dasar pendokumentasian asuhan secara naratif yang runtut. Berbeda dengan format SOAP yang ringkas, pendokumentasian dengan pola Varney menelusuri proses berpikir bidan secara lengkap melalui tujuh langkah yang saling berurutan dan bersifat dinamis. Penjabaran masing-masing langkah adalah sebagai berikut (Varney dkk., 2019).

1. Langkah pertama, pengumpulan data dasar, merupakan tahap pengkajian menyeluruh terhadap kondisi klien. Data yang dikumpulkan mencakup data subjektif dan data objektif.
2. Langkah kedua, interpretasi data dasar, adalah proses menganalisis data yang telah terkumpul untuk merumuskan diagnosis kebidanan, masalah, dan kebutuhan klien.

3. Langkah ketiga, mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial, menuntut bidan mengantisipasi kemungkinan komplikasi yang dapat muncul berdasarkan diagnosis aktual.
4. Langkah keempat, menetapkan kebutuhan tindakan segera, merupakan penilaian terhadap perlu tidaknya intervensi cepat, baik secara mandiri, kolaborasi, maupun rujukan.
5. Langkah kelima, menyusun rencana asuhan menyeluruh, adalah perumusan rencana yang komprehensif berdasarkan diagnosis, masalah, dan potensi masalah yang telah teridentifikasi.
6. Langkah keenam, pelaksanaan asuhan, merupakan implementasi rencana secara efisien dan aman.
7. Langkah ketujuh, evaluasi, adalah penilaian terhadap keefektifan asuhan yang telah diberikan, termasuk sejauh mana kebutuhan klien terpenuhi dan masalah teratasi. Apabila hasil evaluasi menunjukkan tujuan belum tercapai, bidan kembali menelusuri langkah-langkah sebelumnya, sehingga proses ini bersifat siklis dan berkelanjutan.

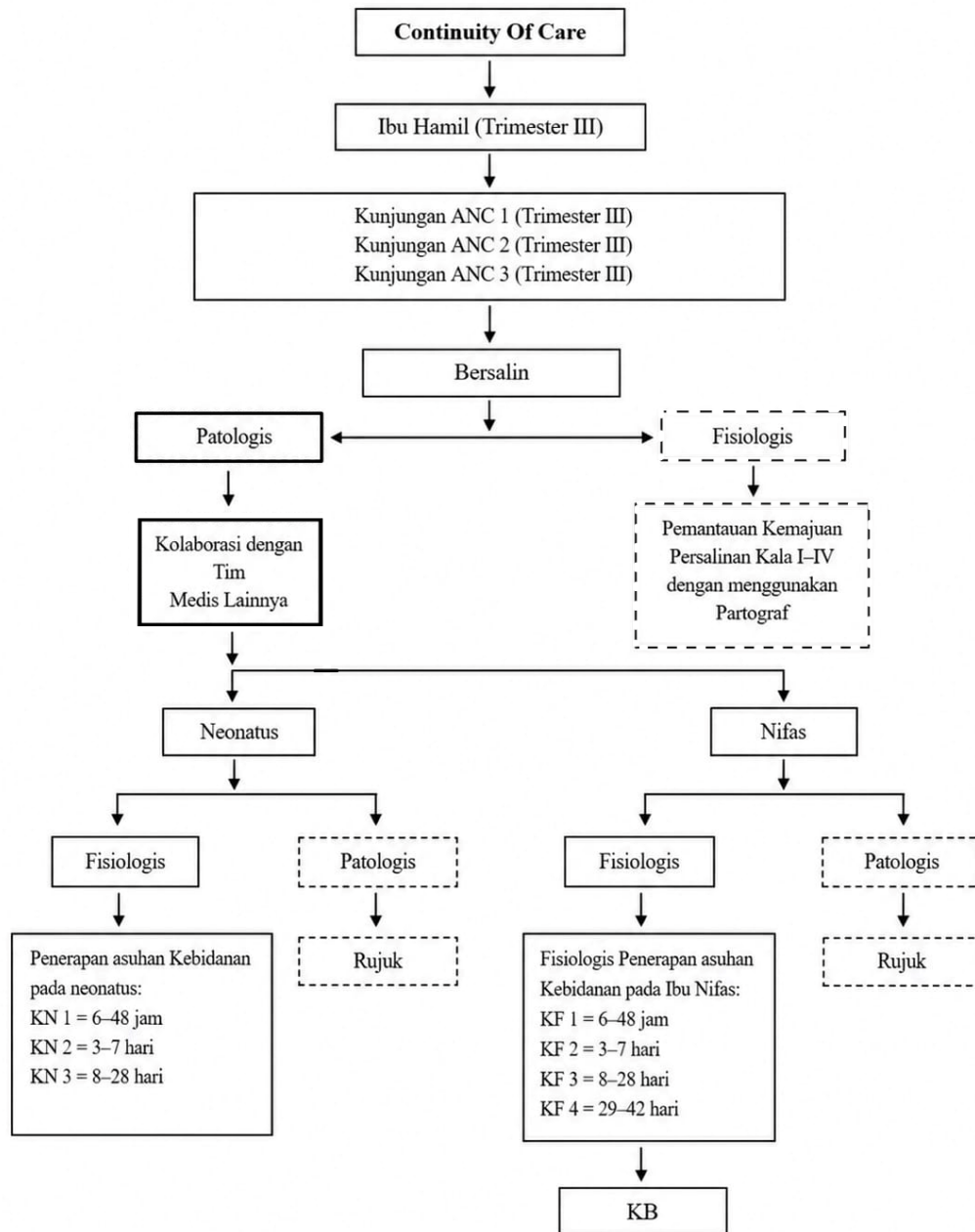
Dalam penerapan *Continuity of Care*, ketujuh langkah Varney digunakan secara berulang pada setiap episode asuhan, mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, neonatus, hingga keluarga berencana, sehingga kesinambungan penalaran klinis dan pencatatan asuhan tetap terjaga di sepanjang rangkaian pelayanan.

2.4 Kerangka Alur Pikir



Gambar 2. 1 Kerangka Alur Pikir Asuhan Kebidanan Continuity of Care (COC) pada Ny. M dengan Hemoragi Postpartum di Puskesmas Dawar Blandong Mojokerto

2.5 Kerangka Asuhan



Gambar 2. 2 Kerangka Asuhan

Keterangan

: Dilakukan Asuhan

: Tidak dilakukan Asuhan

2.6 Jadwal Pelaksanaan

Frekuensi Asuhan Kebidanan yang diberikan sebanyak 10 kali dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 2. 1 Jadwal Pelaksanaan Continuity Of Care (COC)

No.	Jadwal Asuhan Kunjungan		Waktu Kunjungan					
			Kunjungan 1	Kunjungan 2	Kunjungan 3	Kunjungan 4	Kunjungan 4	Kunjungan 4
1	Masa Hamil	1 Kali	4 Januari 2026					
2	Masa Bersalin	1 Kali			4 Januari 2026			
3	Masa Nifas	4 Kali			5 Januari 2026	8 Januari 2026	31 Januari 2026	8 Februari 2026
4	Masa Neonatal	3 Kali			5 Januari 2026	8 Januari 2026	31 Januari 2026	
5	Masa KB	1 Kali						8 Februari 2026

Keterangan:

	: Kunjungan pada masa hamil 1 kali
	: Kunjungan pada masa bersalin 1 kali
	: Kunjungan pada masa nifas 4 kali
	: Kunjungan pada masa Neonatal 3 kali
	: Kunjungan pada masa KB 1 kali