

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kajian Teori

1. Asuhan Kebidanan

a. Definisi Bidan

Menurut *International Confederation of Midwives* (ICM) 2025 bidan adalah seseorang yang telah mengikuti program pendidikan bidan yang diakui di negaranya dan telah lulus dari pendidikan tersebut, serta memenuhi kualifikasi serta terdaftar untuk mendapatkan dan memiliki izin yang sah untuk melakukan praktik bidan. Bidan adalah seorang perempuan yang telah menyelesaikan program pendidikan kebidanan baik di dalam negeri maupun luar negeri yang diakui secara sah oleh Pemerintah Pusat dan telah memenuhi persyaratan untuk melakukan praktik Kebidanan (Kemenkes, 2020).

Profesi bidan memiliki peran yang sangat penting dan strategis dalam upaya menurunkan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) dan juga dalam upaya mempersiapkan generasi penerus bangsa yang berkualitas, melalui pelayanan yang bermutu dan berkesinambungan (Kemkes RI, 2020).

b. Standar Asuhan Kebidanan

Standar asuhan kebidanan di Indonesia diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2021 tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan, dan masa sesudah melahirkan, pelayanan kontrasepsi, dan pelayanan kesehatan seksual,

yang menetapkan enam standar utama asuhan kebidanan. Keenam standar tersebut mencakup:

- 1) standar I (pengkajian), di mana bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat berupa data subjektif dan objektif yang lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien
- 2) standar II (perumusan diagnosis atau masalah kebidanan) berdasarkan interpretasi data yang telah dikumpulkan
- 3) standar III (perencanaan) bidan memberikan perencanaan asuhan yang komprehensif sesuai dengan kebutuhan klien
- 4) standar IV (implementasi) asuhan yang dilakukan sesuai rencana secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman, berbasis bukti (*evidence-based*)
- 5) standar V (evaluasi) bidan mengevaluasi asuhan yang telah diberikan; serta
- 6) standar VI (pencatatan dan pelaporan asuhan) bidan mencatat asuhan secara lengkap dan secara sistematis.

Metode pendokumentasian asuhan kebidanan umumnya menggunakan pendekatan SOAP, yaitu Subjektif (data subjektif dari anamnesis), Objektif (data objektif dari pemeriksaan fisik dan penunjang), *Assessment* (analisis atau penilaian klinis), dan Plan (perencanaan asuhan). Menurut Helen varney (2004), proses manajemen kebidanan yang sistematis meliputi tujuh langkah: pengkajian, interpretasi data dasar, identifikasi diagnosis atau masalah potensial, identifikasi kebutuhan segera, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Kedua pendekatan ini saling melengkapi dalam memastikan kesinambungan dan kualitas asuhan kebidanan yang diberikan kepada klien.

2. Asuhan Kebidanan Kehamilan Trimester Tiga

a. Definisi

Kehamilan merupakan suatu proses fisiologis yang dimulai dari konsepsi hingga lahirnya janin, berlangsung rata-rata selama 280 hari atau 40 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT). Kehamilan dibagi menjadi tiga trimester, di mana trimester ketiga berlangsung selama 13 minggu yang mencakup periode kehamilan 28 minggu hingga 40-42 minggu atau hingga saat persalinan berlangsung (Richard dkk., 2021). Pada fase ini, janin telah memasuki tahap pematangan organ yang hampir sempurna, termasuk pematangan surfaktan paru yang berperan krusial dalam adaptasi respirasi ekstrauterin. Pada fase ini, janin mengalami pertumbuhan dan pematangan organ yang pesat, terutama paru-paru, otak, dan sistem imun. Berat badan janin pada akhir trimester ketiga berkisar antara 2.500 hingga 4.000 gram, dengan panjang badan rata-rata 48-52 sentimeter (Cunningham *et al.*, 2018)

b. Perubahan fisiologi kehamilan trimester III

Pada trimester III, janin mulai menendang-nendang, payudara semakin besar dan kencang, puting susu semakin hitam dan membesar, kadang terjadi kontraksi ringan, serta suhu tubuh meningkat (Yuliani dkk., 2021).

1) Sistem reproduksi

Pada trimester tiga kehamilan, uterus mengalami pembesaran yang signifikan karena peregangan jaringan akibat dari pertumbuhan janin, plasenta, dan cairan amnion. Menjelang akhir kehamilan, fundus uteri dapat mencapai setinggi *proseus xiphoideus* (px), yaitu sekitar 36-38 cm di atas simfisis pubis. Namun, pada minggu ke-36 hingga ke-38 terjadi fenomena “*lightering*” atau turunnya kepala

janin ke dalam rongga panggul, yang menyebabkan fundus uteri sedikit menurun dan tekanan pada diafragma berkurang sehingga ibu merasa lebih mudah bernafas (Cunningham *et al.*, 2018). Serviks mengalami pematangan progresif yang ditandai dengan pelunakan, penipisan (*effacement*), dan pembukaan (dilatasi) secara bertahap akibat perubahan matriks kolagen dan peningkatan kadar prostaglandin lokal. Kondisi ini dikenal sebagai “*cervical ripening*” dan merupakan persiapan penting menjelang persalinan (Prawirohardjo, 2016). Selaput ketuban tetap utuh dan cairan amnion berapa pada volume optimal berkisar antara 700-1.000 mL pada minggu ke-36 sebelum menurun menjelang aterm.

2) Sistem kardivaskular

Curah jantung (*cardiac output*) meningkat sekitar 30-50% dari nilai normal, dengan frekuensi denyut jantung yang meningkat 10-20 kali per menit di atas nilai dasar sebagai mekanisme kompensasi. Pada posisi terlentang, uterus yang membesar dapat menekan vena cava inferior sehingga mengurangi aliran balik vena ke jantung, yang bermanifestasi sebagai sindrom hipotensi supine, kondisi ini dapat dicegah dengan memosisikan ibu dalam posisi miring kiri (Mochtar, 2012). Tekanan darah sistolik dan diastolik cenderung menurun pada trimester pertama dan kedua akibat vasodilatasi perifer yang dipicu oleh progesteron, kemudian secara bertahap kembali mendekati nilai normal pada trimester ketiga. Pemeriksaan auskultasi dapat menemukan murmur sistolik fungsional akibat peningkatan volume dan aliran darah, yang bersifat sementara dan akan menghilang setelah persalinan (Prawirohardjo, 2016).

3) Sistem pernapasan

Selama trimester III, sistem pernapasan mengalami adaptasi anatomis dan fungsional yang bermakna akibat desakan uterus yang membesar ke arah rongga toraks. Diafragma terdorong ke atas hingga 4 cm dari posisi normalnya, yang menyebabkan penurunan kapasitas residual fungsional sebesar 20-25%. Meskipun demikian, volume tidal justru meningkat sekitar 40% akibat stimulasi pusat pernapasan oleh progesteron sehingga ventilasi semenit meningkat secara keseluruhan. Keadaan ini menghasilkan hiperventilasi fisiologis yang ditandai dengan penurunan PaCO_2 hingga sekitar 28-32 mmHg yang bermanfaat untuk memfasilitasi transefer karbon dioksida dari janin ke ibu melalui gradien difusi plasenta. Konsumsi oksigen ibu hamil meningkat sekitar 20% di atas nilai normal untuk memenuhi kebutuhan metabolisme janin, plasenta, dan kerja otot-otot uterus yang meningkat. Banyak ibu hamil pada trimester ini mengeluhkan sesak nafas (*dyspnea*) ringan terutama saat aktivitas fisik atau berbaring terlentang yang merupakan gejala fisiologis akibat pergeseran diafragma dan bukan merupakan pertanda patologi paru. Mukosa saluran napas bagian atas mengalami hiperemia akibat peningkatan estrogen, sehingga ibu rentan terhadap kongesti nasal epistaksis ringan, dan perubahan kualitas suara.

4) Sistem urinaria

Pada trimester III kehamilan, ginjal mengalami peningkatan laju filtrasi glomerulus (GFR) sebesar 40-60% di atas nilai normal akibat peningkatan aliran darah renal dan tekanan filtrasi yang lebih tinggi. Peningkatan GFR ini berdampak pada penurunan kadar kreatinin serum dan ureum darah, sehingga nilai laboratorium yang dianggap normal pada populasi umum dapat mencerminkan

fungsi ginjal yang menurun pada ibu hamil (Cunningham et al., 2018). Glukosuria fisiologis dapat terjadi meskipun kadar glukosa darah normal, disebabkan oleh kapasitas reabsorpsi tubulus yang terlampaui akibat beban filtrasi yang meningkat, kondisi ini tidak serta-merta menandakan diabetes melitus gestasional dan memerlukan konfirmasi dengan pemeriksaan glukosa darah puasa. Ureter mengalami dilatasi akibat efek relksan progesteron pada otot polos dan penekanan mekanisme oleh uterus yang membesar, terutama pada sisi kanan, hidronefrosis fisiologis derajat ringan hingga sedang sering ditemukan pada pemeriksaan ultrasonografi dan bersifat reversibel setelah persalinan. Kandung kemih mengalami penurunan kapasitas akibat tekanan uterus dari atas ke kepala janin yang turun ke rongga panggul, sehingga ibu mengalami peningkatan frekuensi berkemih (*poliuria*) yang merupakan keluhan umum pada trimester ini, peningkatan tekanan intraabdominal juga memprediposisi ibu terhadap inkontinensia urin stres ringan.

5) Sistem endokrin

Sistem endokrin ibu hamil trimester III ditandai oleh aktivitas hormonal yang kompleks dan saling berinteraksi untuk mempertahankan kehamilan, menyiapkan persalinan, dan mendukung laktasi. Plasenta yang telah matang menjadi organ endokrin utama yang memproduksi *human chorionic gonadotropin* (hCG), *human placenta lactogen* (hPL), estrogen, dan progesteron dalam jumlah besar. Kadar progesteron terus meningkat sepanjang trimester III untuk mempertahankan relaksasi miometrium, menekan respon imun maternal terhadap antigen janin, dan mempersiapkan kelenjar mammae untuk laktasi. Estrogen khususnya estriol yang berasal dari metabolisme androgen adrenal janin, mencapai kadar tertinggi pada akhir kehamilan dan berperan dalam meningkatkan sensitivitas

miometrium terhadap oksitosin, mempromosikan pematangan serviks, dan merangsang pertumbuhan duktus laktiferus. Kortisol yang diproduksi oleh kelenjar adrenal ibu meningkat sekitar dua hingga tiga kali lipat dan berperan dalam maturasi paru janin, regulasi metabolisme glukosa, serta respons stres fisiologis. Hormon tiroid juga meningkat untuk mengakomodasi peningkatan laju metabolisme basal ibu, meskipun kadar tiroid bebas cenderung dalam rentang normal. Menjelang aterm terjadi pergeseran keseimbangan hormonal dari dominasi progesteron ke peningkatan relatif estrogen dan prostaglandin, yang merupakan sinyal biokimia awal dimulainya proses persalinan relaksin, yang diproduksi oleh korpus luteum dan desidua berperan dalam relaksasi ligamen panggul dan pematangan serviks.

6) Sistem muskuloskeletal

Perubahan muskuloskeletal pada trimester III kehamilan terjadi sebagai adaptasi terhadap pergeseran pusat gravitasi tubuh akibat pembesaran uterus dan bertambahnya berat badan. Untuk mempertahankan keseimbangan postur tubuh, tulang belakang lumbar mengalami lordosis berlebihan (*hiperlordosis*), yang sering kali menjadi penyebab nyeri punggung bawah (*low back pain*) yang dialami oleh sekitar 50-70% ibu hamil trimester III. Sendi *sakroiliaca*, *sakrokoksigeal*, dan simfisis pubis mengalami relaksasi ligamen akibat pengaruh hormon relaksin dan progesteron, sehingga terjadi peningkatan mobilitas sendi-sendi panggul yang secara fisiologis memperluas diameter rongga panggul untuk persiapan persalinan. Relaksasi simfisis pubis yang berlebihan dapat menyebabkan diastasis simfisis, yang bermanifestasi sebagai nyeri tajam pada area suprapubik terutama saat berjalan atau mengganti posisi. Pergelangan kaki dan tangan dapat mengalami edema akibat penumpukan cairan dan tekanan uterus pada pembuluh vena balik, yang sering

memburuk pada sore hari dan setelah berdiri lama, kondisi ini perlu dibedakan dari edema patologis yang disertai dengan hipertensi sebagai tanda preeklamsia. Perubahan postur tubuh juga mempengaruhi cara berjalan ibu hamil yang menjadi lebih lamban dan menggoyangkan (*wedding gait*) akibat ketidak stabilan sendi panggul dan peningkatan kelengkungan lumbar. Otot-otot dinding abdomen, terutama muskulus rektus abdominis, mengalami peregangan berlebihan yang pada beberapa kasus dapat menyebabkan diastasis rekti, yang pemisahan kedua otot rektus di linea alba.

7) Sistem gastrontestinal

Sistem gastrointestinal pada trimester III mengalami perubahan yang terutama bersifat mekanis akibat desakan uterus yang membesar terhadap organ-organ abdomen. Lambung terdorong ke atas dan ke lateral, sementara sfingter esofagus bawah mengalami relaksasi akibat progesteron, sehingga meningkatkan risiko refluks gastroesofagal (*GERD*) dan pirosis (*heartburn*) yang merupakan keluhan tersering pada trimester ini. Motilitas usus halus dan usus besar mengalami perlambatan progresif akibat efek relaksasi progesteron pada otot polos, yang memperpanjang waktu transit intestinal, kondisi ini, meskipun meningkatkan absorpsi nutrisi dan air, juga menjadi faktor predisposisi konstipasi yang umum dialami ibu hamil trimester III. Absorpsi kalsium dari saluran cerna meningkat hampir dua kali lipat akibat stimulasi oleh 1,25-dihidroksivitamin D yang diproduksi plasenta, sebagai mekanisme adaptasi untuk memenuhi kebutuhan mineralisasi tulang janin. Tekanan intraabdominal yang meningkat juga memperberat risiko hemoroid, terutama akibat kongesti vena hemoroidalis yang diperparah oleh konstipasi dan mengejam berlebihan. Mual pada trimester pertama

dipicu oleh hCG umumnya telah mereda, namun beberapa ibu dapat kembali mengalami mual pada trimester akhir akibat tekanan mekanis langsung dan refluks asam. Fungsi hati secara umum tidak terganggu, namun kadar *alkaline phosphatase* dapat meningkat akibat produksi isoenzim plasenta, dan kadar albumin serum menurun akibat hemodilusi.

8) Payudara/*mammæ*

Payudara mengalami persiapan laktasi yang progresif sepanjang kehamilan dan mencapai puncak kesiapannya pada trimester III. Secara otomatis, payudara meningkat ukurannya secara signifikan akibat proliferasi *lobulo-alveolar* yang distimulasi oleh progesteron, prolaktin, laktogen plasenta (hPL), dan insulin. Areola *mammæ* mengalami pembesaran dan hiperpigmentasi yang semakin nyata, sementara kelenjar sebacea areola menjadi lebih dominan dan aktif mensekresi sebum sebagai pelumas dan agen antimikroba untuk melindungi puting susu selama menyusui. Produksi kolostrum, yaitu sekret kelenjar *mammæ* yang dimulai sejak trimester II dan semakin meningkat pada trimester III, kolostrum berwarna kuning keemasan akibat kandungan beta-karoten yang tinggi dan merupakan nutrisi awal yang penting bagi neonatus. Sistem duktus laktiferus mengalami jaringan saluran yang siap mengalirkan air susu setelah persalinan. Puting susu menjadi lebih erektile dan sensitif akibat peningkatan inervasi dan vaskularisasi, yang merupakan persiapan untuk refleks pengeluaran ASI yang dimediasi oleh oksitosin. Vena-vena superfisial di permukaan menjadi lebih tampak akibat peningkatan aliran darah lokal yang dapat mencapai dua kali lipat dari kondisi sebelum hamil pada akhir kehamilan (Mochtar, 2012).

9) Sistem kenaikan berat badan

Kenaikan berat badan total yang direkomendasikan selama kehamilan bergantung pada indeks masa tubuh (IMT) pra-kehamilan, pada ibu dengan IMT normal (18,5-24,9 kg/m²), kenaikan berat badan yang dianjurkan adalah 11,5-16 kg, dengan laju kenaikan sekitar 0,4 kg per minggu pada trimester III. Komponen kenaikan berat badan meliputi berat janin, plasenta, cairan amnion, uterus, payudara, volume darah, cairan ekstraselular, dan simpanan lemak maternal.

Pertambahan berat badan pada kehamilan trimester kedua dan ketiga merupakan indikator pertumbuhan bayi yang baik. Dalam hal ini perhitungan Indeks Masa Tubuh (IMT) dikaitkan dengan kesehatan gizi ibu hamil. Adapun rumus Indeks Masa Tubuh (IMT), sebagai berikut (Kepmenkes RI, 2025):

$$IMT = \frac{BB \text{ (kg)}}{TB^2 \text{ (m)}}$$

Keterangan:

BB = Berat Badan ibu dalam kilogram (kg)

TB = Tinggi Badan ibu dalam meter (m)

Tabel 1
Kategori IMT

Kategori	IMT
<i>Underweight</i>	$\leq 18,5 \text{ kg/m}^2$
Normal	18,5 – 22,9 kg/m ²
<i>Overweight</i>	23 – 24,9 kg/m ²
Obesitas I	25 – 29,9 kg/m ²
Obesitas II	$\geq 30 \text{ kg/m}^2$

Sumber : Kementerian Kesehatan, Tahun 2024

c. Kebutuhan psikologi ibu hamil

Aspek psikologis ibu hamil pada trimester ketiga mengalami dinamika yang kompleks dan unik. Pada fase ini, ibu umumnya mengalami peningkatan kecemasan seiring dengan semakin dekatnya waktu persalinan, terutama pada ibu primigravida yang belum memiliki pengalaman persalinan sebelumnya. Kecemasan tersebut termasuk lazimnya mencakup kekhawatiran tentang nyeri persalinan, keselamatan diri dan bayi, serta kemampuan dalam mengasuh bayi baru lahir. Kondisi tersebut yang dapat mengakibatkan otot tubuh menegang, terutama otot-otot yang berada di rahim ikut menjadi kaku dan keras sehingga sulit mengembang. Hasil penelitian Halma *et al* (2022) menunjukkan bahwa primigravida mempunyai kecenderungan 0,374 kali untuk mengalami kecemasan pada trimester III dibandingkan pada multi gravida (Sari dkk, 2024). Menurut Bobak *et al.*, (2005), kebutuhan psikologis utama ibu hamil trimester ketiga meliputi kebutuhan akan rasa aman, kepastian bahwa kehamilannya berjalan normal dari lingkungan sekitar, serta dukungan emosional dari pasangan dan keluarga.

d. Ketidaknyamanan pada trimester III

Berbagai ketidaknyamanan fisik yang umum dialami ibu hamil pada trimester ketiga bersumber dari adaptasi fisiologis yang terjadi seiring pertumbuhan janin dan perubahan hormonal. Sesak napas merupakan keluhan yang sering dilaporkan akibat desakan uterus pada diafragma, yang dapat diredakan dengan posisi *semi-Fowler* atau tidur dengan bantal tambahan. Nyeri punggung bawah terjadi akibat pergeseran pusat gravitasi dan pelonggaran ligamen, dan dapat diatasi melalui latihan fisik ringan, penggunaan penyangga perut, serta kompres hangat. Edema tungkai fisiologis terjadi akibat peningkatan tekanan hidrostatik vena dan

retensi cairan, dan biasanya membaik dengan elevasi tungkai serta pembatasan sodium.

Ketidaknyamanan lain yang umum dijumpai pada trimester ketiga meliputi sering berkemih akibat tekanan kepala janin pada kandung kemih, konstipasi akibat efek progesteron pada motilitas usus dan tekanan uterus pada kolon sigmoid, serta heartburn atau regurgitasi asam lambung akibat relaksasi sfingter esofagus bawah. Kontraksi atau *Braxton Hicks* yang semakin sering dan terasa lebih kuat pada trimester ketiga dapat menimbulkan kecemasan pada ibu, sehingga penting bagi bidan untuk memberikan edukasi yang tepat dalam membedakannya dari kontraksi persalinan sejati. Kram kaki yang umumnya terjadi pada malam hari dapat diredakan dengan peregangan pasif dan suplementasi kalsium yang adekuat (Prawirohardjo, 2016).

e. Kunjungan antenatal Trimester III

Asuhan antenatal merupakan upaya preventif dan promotif yang bertujuan untuk mempersiapkan ibu hamil menghadapi proses persalinan secara fisik dan psikologis. Dalam konteks kebijakan nasional, pelayanan antenatal di Indonesia mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan No. 21 Tahun 2021 tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan, dan masa sesudah melahirkan, dengan standar minimal kunjungan yang diperluas menjadi enam kali pemeriksaan kehamilan disertai dua kali pemeriksaan ultrasonografi (USG) oleh dokter (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Kementerian Kesehatan tahun 2024, pelayanan kesehatan masa hamil juga dilakukan paling sedikit enam kali selama kehamilan meliputi:

- 1) 1 (satu) kali pada trimester pertama;

- 2) 2 (dua) kali pada trimester kedua; dan
- 3) 3 (tiga) kali pada trimester ketiga.

Pemberian asuhan kebidana pada ibu hamil harus memenuhi pemeriksaan 12 T, yaitu:

- 1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Pengukuran tinggi badan cukup dilakukan satu kali pada kunjungan yang pertama kali, bila tinggi badan <145 cm maka faktor risiko panggul sempit atau CPD (*Cheplo Pelvic Disproportion*), kemungkinan akan mengalami kesulitan jika memilih metode persalinan secara normal. Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin, sehingga penting untuk memantau kenaikan berat badan ibu setiap kunjungannya selama kehamilan ibu.

- 2) Ukur tekanan darah

Pengukuran tekanan darah dilakukan setiap kali ibu melakukan kunjungan antenatal yang bertujuan untuk mengetahui standar tinggi, normal, atau rendah. Tekanan darah normal berkisar 120/80 mmHg, jika tekanan darah lebih tinggi atau sama dengan 140/90 mmHg, maka kemungkinan akan termasuk faktor risiko hipertensi bahkan bisa memiliki faktor risiko preeklamsia.

- 3) Ukur lingkar lengan atas/LILA (nilai status gizi)

Pengukuran LiLA hanya akan dilakukan pada kunjungan ibu yang pertama di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energi kronis (KEK),

dikatakan KEK apa bila LiLA kurang dari 23,5 cm, ibu hamil dengan KEK akan berisiko dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

4) Ukur tinggi fundus uteri (TFU)

Pengukuran tinggi fundus uteri pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sudah sesuai atau tidak sesuai umur kehamilan. Pengukuran TFU dilakukan menggunakan pita ukur setelah kehamilan 20 minggu dengan hasil pengukurannya ± 2 cm.

Tabel 2
Perubahan Tinggi Fundus Uteri Menurut Usia Kehamilan

Usia Kehamilan	TFU menurut petunjuk badan
12 minggu	1-2 jari diatas simfisis
16 minggu	Pertengahan antara simfisis-pusat
20 minggu	3 jari dibawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	3 jari diatas pusat
32 minggu	Pertengahan px-pusat
36 minggu	3 jari dibawah px
40 minggu	Pertengahan px-pusat

Sumber :Mardiyana, Nova Elok, Asuhan Kebidanan Kehamilan 2022

5) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Mementukan presentasi janin dilakukan saat akhir trimester II dan selanjutnya setiap kunjungan antenatal. Jika pada trimester II bagian bawah janin bukan kepala atau kepala belum masuk ke panggul kemungkinan besar ada kelainan letak, panggul sempit atau terdapat kelainan yang lain. Penilaian DJJ dilakukan di akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Denyut jantung janin jika lambat kurang dari 120 kali/menit atau DJJ cepat lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin.

- 6) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus toksois (TT) bila diperlukan

Imunisasi TT bertujuan untuk mendapatkan perlindungan untuk mencegah terjadinya infeksi tetanus pada bayi yang baru dilahirkan. Ibu hamil dan Wanita Usia Subur (WUS) yang lahir tahun 1984-1997 dengan pendidikan minimal sekolah dasar telah memperoleh program Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) saat kelas satu SD dan kelas 6 SD. Sedangkan WUS yang lahir setelah tahun 1997 yang mempunyai KMS balita dan kartu TT di SD, telah mendapatkan status TT5. Jika WUS yang tidak memiliki KMS balita dan kartu TT di SD memiliki status TT II dan bagi yang tidak memiliki KMS balita namun mempunyai kartu TT di SD menyandang status TT III. Bagi ibu hamil dan WUS yang belum memiliki status TT5 maka akan diberikan saat skrining calon pengantin (CATIN), dan akan diberikan juga pada saat kunjungan antenatal. Imunisasi TT aman diberikan pada seluruh trimester kehamilan. Tidak ada kontraindikasi pada ibu hamil, dan tidak bersifat teratogenik.

- 7) Beri tablet tambah darah

Untuk mencegah terjadinya anemia pada ibu hamil dan untuk mencegah kekurangan zat besi. Peraturan Menteri Kesehatan No. 6 Tahun 2024 setiap ibu hamil harus mendapatkan tablet tambah darah minimal 180 tablet sejak kunjungan yang pertama dan dilanjutkan setiap kunjungan antenatal.

- 8) Pemeriksaan Laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan laboratorium dilakukan dua kali pada trimester I saat usia kehamilan <12 minggu dan pada trimester III pada saat usia kehamilan 32-36 minggu (Kementerian Kesehatan, 2024).

Pemeriksaan laboratorium meliputi:

a) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah dilakukan tidak hanya untuk mengetahui golongan darah ibu saja, tetapi juga dilakukan sebagai persiapan calon pendonor darah jika sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi kegawatdaruratan.

b) Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (HB)

Dilakukan untuk mengetahui ibu hamil menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia pada saat hamil dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin di dalam kandungan dan proses persalinan jika diinginkan secara normal. Pemeriksaan hemoglobin dilakukan pada saat trimester I dan trimester III.

c) Pemeriksaan protein dalam urine

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui apakah terdapat protein dalam urine ibu hamil, yang dapat mengindikasikan terjadinya preeklamsia pada ibu hamil.

d) Pemeriksaan tes sifilis

Pemeriksaan dilakukan di daerah dengan risiko tinggi dan ibu hamil diduga Sifilis.

e) Pemeriksaan HIV

Pemeriksaan dilakukan di daerah dengan risiko tinggi dan ibu hamil diduga HIV.

f) Pemeriksaan HbSAg

Pemeriksaan dilakukan di daerah dengan risiko tinggi dan memiliki kasus HbSAg dan ibu hamil yang diduga menderita HbSAg.

9) Tatalaksana/penangan kasus

Setiap kelainan yang ditemukan dilakukan pemeriksaan lebih lanjut sesuai standar dan kewenangan, dan dengan kasus-kasus yang memerlukan penanganan tinggi agar dapat dirujuk sesuai dengan sistem rujukan semestinya.

10) Temu wicara (Konseling) dan penilaian kesehatan jiwa

Setiap kunjungan antenatal diisi dengan konseling diakhir setelah seluruh rangkaian pemeriksaan telah dilakukan. Konseling yang diberikan biasanya seputar hasil pemeriksaan, tanda bahaya kehamilan, persiapan persalinan, gizi, dan perawatan bayi baru lahir. Dilakukan penilaian kesehatan jiwa, hal ini penting bagi ibu hamil dan pascapersalinan yang rentan mengalami masalah kesehatan jiwa.

11) Skrining jiwa

Skrining jiwa merupakan salah satu komponen penting yang bertujuan untuk menilai kondisi psikologis ibu hamil. Skrining psikologis dilakukan guna mendeteksi secara dini adanya gangguan kesehatan mental seperti depresi, kecemasan, atau gangguan jiwa lainnya yang dapat mengancam jiwa ibu hamil, dan kandungannya. Dalam buku KIA tahun 2024 skrining jiwa dilakukan dua kali selama kehamilan saat usia kandungan <12 minggu dan saat usia kandungan 32-36 minggu. Jika ditemukan kelainan dengan kesehatan mental ibu hamil maka dilakukan pemeriksaan lanjutan dengan tenaga kesehatan yang memiliki kewenangan untuk menangani kelaianan ibu hamil tersebut. Pelaksanaan skrining jiwa dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan, baik dokter, bidan, maupun psikolo, dengan menggunakan instrumen terstandar seperti *Edinburgh Posnatal Depression Scale* (EPDS) atau alat skrining lainnya yang sesuai.

12) USG rutin

Pemeriksaan *ultrasonografi* (USG) rutin juga menjadi bagian penting dalam antenatal care. USG dilakukan untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan janin secara visual serta mengevaluasi kondisi kehamilan secara menyeluruh. pemeriksaan ini memungkinkan tenaga kesehatan untuk memastikan adanya denyut jantung janin, jumlah cairan ketuban, letak bayi dan jumlah bayi, menentukan usia kehamilan, mendeteksi kelainan kongenital lebih awal dan lebih akurat. Pemeriksaan USG dilakukan minimal dua kali selama kehamilan yaitu pada trimester I dan trimester III sesuai dengan kondisi dan kebutuhan ibu hamil.

f. Tanda bahaya kehamilan trimester III

Pengenalan tanda bahaya kehamilan trimester ketiga oleh ibu hamil dan keluarganya merupakan komponen penting dalam strategi pencegahan kematian ibu. Tanda bahaya yang harus segera mendapat penanganan medis pada trimester ketiga meliputi (1) perdarahan pervaginam, baik yang bersifat masif maupun berlanjut, yang dapat mengindikasikan plasenta previa atau solusio plasenta; (2) tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau diastolic ≥ 90 mmHg yang disertai dengan proteinuria, sebagai tanda preeklamsia; (3) sakit kepala hebat yang tidak membaik dengan istirahat; (4) gangguan penglihatan berupa pandangan kabur atau kilatan cahaya; (5) nyeri epigastrik atau nyeri kuadran kanan atas yang dapat mengindikasikan HELLP syndrome; serta (6) penurunan atau tidak adanya Gerakan janin selama lebih dari 12 jam (Kemenkes RI, 2020; Cunningham *et al*, 2018).

Selain tanda di atas, tanda bahaya lain yang perlu diwaspadai mencakup: ketuban pecah dini (KPD) sebelum usia kehamilan 37 minggu, demam tinggi yang dapat mengindikasikan infeksi korioamnionitis, serta edem wajah, tangan dan kaki

yang timbul mendadak. Penelitian Pembe *et al.* (2009) yang diduplikasi dalam *BMC Pregnancy and Childbirth* menunjukkan bahwa ibu hamil yang mendapatkan edukasi komprehensif tentang tanda bahaya kehamilan memiliki perilaku pencarian pertolongan yang lebih cepat dan tepat dibandingkan ibu yang tidak mendapatkan edukasi tersebut. Hal ini menegaskan pentingnya peran bidan dalam meningkatkan literasi kesehatan ibu hamil melalui konseling yang efektif pada setiap kunjungan ANC.

g. Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) merupakan upaya menurunkan angka kematian ibu (AKI) dan bayi baru lahir (AKB) melalui peningkatan peran aktif keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan aman. Program ini biasanya difasilitasi oleh bidan dalam peningkatan peran aktif suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil, termasuk perencanaan penggunaan kontrasepsi pasca persalinan dengan menggunakan stiker sebagai media notifikasi sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir (Yuniasih dkk, 2019).

h. Asuhan komplementer pada kehamilan

Asuhan kebidanan komplementer merupakan pendekatan yang dapat mendukung lancarnya proses persalinan. Asuhan komplementer yang dapat diimplementasikan kepada ibu “MI” adalah prenatal yoga. Latihan prenatal yoga merupakan terapi fisik yang dapat memberikan efek psikologis karena memiliki efek relaksasi pada tubuh dan membantu ibu hamil mengontrol pikirannya.

Penerapan asuhan komplementer memberikan pengalaman yang positif dan dapat dijadikan pilihan sebagai perawatan selama kehamilan dan proses persalinan.

3. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir

a. Definisi persalinan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang dapat hidup ke dunia luar dari rahim melalui jalan lahir atau jalan lain (Sulisdiana dkk., 2019). Persalinan normal adalah persalinan yang terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) tanpa disertai penyulit.

b. Jenis-jenis persalinan

1) Persalinan Spontan

Persalinan dengan kekuatan ibu sendiri melalui jalan lahir tanpa disertai penyulit.

2) Persalinan Buatan

Persalinan yang memerlukan bantuan tenaga dari luar seperti vakum, forcep, dan operasi *sectio Caesaria*.

3) Persalinan Anjuran

Persalinan yang dimulai dengan pemberian rangsangan dari luar (induksi) karena persalinan tidak dimulai secara spontan.

c. Tanda-tanda persalinan

Pengenalan tanda-tanda persalinan yang tepat oleh ibu dan bidan merupakan hal yang sangat krusial dalam manajemen inpartum. Tanda persalinan dibagi menjadi tanda pendahulu dan tanda pasti persalinan. Tanda pendahulu meliputi: penurunan kepala janin ke dalam rongga panggul (*lightening*) yang biasanya terjadi 2-4 minggu sebelum persalinan pada primigravida, munculnya kontraksi (*braxton*

hicks) yang semakin sering dan terasa, serta pengeluaran lendir bercampur darah (*bloody show*) akibat terlepasnya sumbat mukus serviks. Tanda pasti persalinan mencakup: kontraksi uterus yang teratur dengan frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit, dan intensitas yang progresif meningkat; pembukaan serviks yang dapat dibuktikan melalui pemeriksaan dalam; serta pecahnya ketuban yang ditandai dengan keluarnya cairan ketuban dari vagina (JNPK-KR, 2017).

d. Tahapan persalinan

1) Kala I

Kala I atau kala pembukaan dibagi menjadi dua fase: fase laten (pembukaan 0-3 cm, berlangsung hingga 8 jam pada primigravida) dan fase aktif (pembukaan 4-10 cm, dengan kecepatan pembukaan minimal 1 cm per jam).

2) Kala II

Kala II atau kala pengeluaran janin dimulai sejak pembukaan serviks lengkap (10 cm) hingga lahirnya bayi, berlangsung rata-rata 50-60 menit pada primigravida.

3) Kala III

Kala III atau kala pengeluaran plasenta berlangsung sejak lahirnya bayi hingga lahirnya plasenta, biasanya selesai dalam 15-30 menit.

4) Kala IV

Kala IV merupakan masa pemantauan pascapersalinan selama dua jam pertama setelah plasenta lahir, di mana risiko perdarahan postpartum paling tinggi (JNPK-KR, 2017; Cunningham et al., 2018).

Observasi yang harus dilakukan pada Kala IV adalah:

1) Tingkatan kesadaran ibu bersalin

- 2) Pemeriksaan TTV: Tekanan Darah, nadi, suhu, respirasi
- 3) Kontraksi uterus
- 4) Perdarahan, terjadinya perdarahan masih dianggap normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc.
- 5) Isi kandung kemih.

e. Faktor yang mempengaruhi persalinan

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi persalinan antara lain:

1) *Passenger*

Malpresentasi atau malformasi janin dapat mempengaruhi persalinan normal. Pada faktor passenger, terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melalui jalan lahir, maka ia dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin (Bobak, Lowdermilk dan Jensen, 2012; Winda dkk 2024).

2) *Passage away*

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak khususnya lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku (Bobak, Lowdermilk dan Jensen, 2012; Winda dkk 2024).

3) *Power*

His adalah salah satu kekuatan pada ibu yang menyebabkan serviks membuka dan mendorong janin ke bawah. Pada presentasi kepala, bila his sudah cukup kuat, kepala akan turun dan mulai masuk ke dalam rongga panggul

(Wiknjosastro dkk, 2010). Ibu melakukan kontraksi involunter dan volunteer secara bersamaan (Bobak, Lowdermilk dan Jensen, 2012; Winda dkk 2024).

4) *Position*

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak memberi sejumlah keuntungan. Mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk dan jongkok (Bobak, Lowdermilk dan Jensen, 2012; Winda dkk 2024).

5) *Psychologic Respons*

Proses persalinan adalah saat yang menegangkan dan mencemaskan bagi wanita dan keluarganya. Rasa takut, tegang dan cemas mungkin mengakibatkan proses persalinan berlangsung lambat. Pada kebanyakan wanita, persalinan dimulai saat terjadi kontraksi uterus pertama dan dilanjutkan dengan kerja keras selama berjam-jam dilatasi dan melahirkan kemudian berakhir ketika wanita dan keluarganya memulai proses ikatan dengan bayi. Perawatan ditujukan untuk mendukung wanita dan keluarganya dalam melalui proses persalinan supaya dicapai hasil yang optimal bagi semua yang terlibat. Wanita yang bersalin biasanya akan mengutarakan berbagai kekhawatiran jika ditanya, tetapi mereka jarang dengan spontan menceritakannya (Bobak, Lowdermilk dan Jensen, 2012; Winda dkk 2024).

f. Lima benang merah dalam asuhan persalinan dan neonatal

Ada lima aspek dasar atau Lima Benang Merah, yang penting dan aling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut

melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis. Lima benang merah tersebut adalah:

1) Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan klinik adalah proses pemecahan masalah yang akan digunakan untuk merencanakan arahan bagi ibu dan bayi baru lahir. Berikut tujuh langkah dalam membuat keputusan klinik:

- a) Pengumpulan data utama dan relevan untuk membuat keputusan.
 - b) Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah
 - c) Membuat diagnosis atau menentukan masalah yang terjadi
 - d) Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk solusi masalah
 - e) Menyusun rencana pemberian asuhan atau intervensi untuk solusi masalah
 - f) Memantau efektifitas asuhan atau intervensi
 - g) Mengevaluasi efektivitas asuhan atau intervensi
- 2) Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan, dan keinginan sang ibu. Salah satu prinsip dasarnya mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Perhatian dan dukungan kepada ibu selama proses persalinan akan mendapatkan rasa aman dan keluaran yang baik. Juga mengurangi jumlah persalinan dengan tindakan (ekstraksi vakum, cunam, dan seksio sesar) dan persalinan akan berlangsung lebih cepat. Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan antara lain:

- a) Memanggil ibu sesuai dengan namanya, menghargai dan memperlakukannya sesuai martabatnya.

- b) Menjelaskan asuhan perawatan yang akan diberikan pada ibu sebelum memulai asuhan tersebut.
- c) Menjelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarganya.
- d) Mengajukan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
- e) Mendengarkan dan menanggapi pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
- f) Memberikan dukungan, membesarkan hatinya, dan menentramkan perasaan ibu beserta anggota keluarga yang lain.
- g) Mengajukan ibu untuk ditemani suami dan/atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- h) Mengajarkan suami dan anggota keluarga mengenai cara memperhatikan dan mendukung ibu selama proses persalinan dan kelahiran bayinya.
- i) Melakukan pencegahan infeksi yang baik secara konsisten.
- j) Menghargai privasi ibu.
- k) Mengajukan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama proses persalinan dan kelahiran bayinya.
- l) Mengajukan ibu untuk minum cairan dan makan makanan ringan bila ibu menginginkannya.
- m) Menghargai dan memperbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak memberi pengaruh yang merugikan.
- n) Menghindari tindakan berlebihan dan mungkin membahayakan (episiotomi, pencukuran, dan klisma).
- o) Mengajukan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin.
- p) Membantu memulai pemberian ASI dalam 1 jam pertama setelah kelahiran bayi.

- q) Menyiapkan rencana rujukan (bila perlu).
- r) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik, bahan-bahan, perlengkapan, dan obat-obatan yang diperlukan. Siap melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran bayi.

Asuhan sayang ibu dan bayi baru lahir masa pascapersalinan:

- a) Anjurkan ibu untuk selalu berdekatan dengan bayinya (rawat gabung).
- b) Bantu ibu untuk menyusukan bayinya, anjurkan ibu memberikan ASI sesuai dengan yang diinginkan bayinya dan ajarkan tentang ASI eksklusif.
- c) Ajarkan ibu dan keluarganya tentang nutrisi dan istirahat yang cukup setelah melahirkan.
- d) Anjurkan suami dan anggota keluarganya untuk memeluk bayi dan mensyukuri kelahiran bayi.
- e) Anjurkan ibu dan anggota keluarganya tentang gejala dan tanda bahaya yang mungkin terjadi dan anjurkan mereka untuk mencari pertolongan jika timbul masalah atau rasa khawatir.

3) Pencegahan infeksi

Prinsip-prinsip pencegahan infeksi:

- a) Setiap orang harus dianggap dapat menularkan penyakit.
- b) Setiap orang harus dianggap berisiko terkena infeksi.
- c) Permukaan benda di sekitar kita, peralatan atau benda-benda lainnya yang akan dan telah bersentuhan dengan permukaan kulit yang tak utuh, lecet selaput mukosa atau darah harus dianggap terkontaminasi, sehingga harus diproses secara benar.

- d) Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan atau benda lainnya telah di proses, maka semua itu harus dianggap masih terkontaminasi.
 - e) Risiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, tetapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan-tindakan pencegahan infeksi secara benar dan konsisten.
- 4) Pencatatan (rekam medis) aspek-aspek penting dalam pencatatan:
- a) Tanggal dan waktu asuhan tersebut diberikan.
 - b) Identifikasi penolong persalinan.
 - c) Paraf atau tanda tangan (dari penolong persalinan) pada semua catatan.
 - d) Mencakup informasi yang berkaitan secara tepat, dicatat dengan jelas, dan dapat dibaca.
 - e) Ketersediaan sistem penyimpanan catatan data atau data pasien.
 - f) Kerahasiaan dokumen-dokumen medis.
- 5) Rujukan

Meskipun sebagian besar ibu menjalani persalinan normal, tetapi sekitar 10-15% diantaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran sehingga perlu rujukan ke fasilitas kesehatan rujukan. Sangatlah sulit menduga kapan penyulit akan terjadi sehingga kesiapan merujuk ibu dan/atau bayinya ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu jika penyulit terjadi. Setiap tenaga pemolong/ fasilitas pelayanan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan terdekat yang mampu melayani kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir. Hal-hal yang penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu:

a) Bidan

Pastikan bahwa ibu dan/atau bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk melaksanakan gawat darurat obstetri dan neonatus untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

b) Alat

Bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan neonatus (tabung suntik, selang IV, alat resusitasi, dll) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan menuju fasilitas rujukan.

c) Keluarga

Beritahu ibu dan keluarga tentang kondisi terakhir ibu dan/atau bayi dan mengapa ibu dan/atau bayinya perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan untuk merujuk ibu ke rumah sakit atau fasilitas kesehatan rujukan. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu dan neonatus hingga ke fasilitas rujukan.

d) Surat

Berikan surat pengantar pasien ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi tentang ibu dan neonatus, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu dan/atau neonatus. Bawa juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.

e) Obat

Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas kesehatan rujukan. Obat-obatan tersebut mungkin diperlukan selama di perjalanan.

f) Kendaraan

Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu ke fasilitas kesehatan dan atur posisi ibu agar cukup nyaman. Selain itu, pastikan kondisi kendaraan cukup baik untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.

g) Uang

Ingatkan keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan neonatal tinggal di fasilitas rujukan.

h) Darah

Menyiapkan calon donor darah yang memiliki golongan darah yang sama dengan ibu baik dari keluarga maupun PMI.

g. Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk menentukan kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah untuk:

- 1) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam, menilai kualitas kontraksi uterus dan penurunan bagian terbawah.
- 2) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya persalinan lama.

- 3) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan , dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatat secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir.

Dalam partograf ada beberapa hal yang dilakukan selama proses persalinan kemudian dicatat dalam partograf seperti:

1) Pemantauan kemajuan persalinan

Kemajuan persalinan ditandai dengan meningkatnya *effacement* dan dilatasi serviks yang diketahui melalui pemeriksaan dalam. Pemeriksaan dalam dilakukan setiap 4 jam sekali atau apabila ada indikasi (meningkatnya frekuensi dan durasi serta intensitas kontraksi, dan ada tanda gejala kala II).

Selain *effacement* dan dilatasi serviks, kemajuan persalinan dapat dinilai dari penurunan, fleksi, dan rotasi kepala janin. Penurunan kepala dapat diketahui dengan pemeriksaan abdomen (palpasi) dan/atau pemeriksaan dalam.

2) Pemantauan kesejahteraan ibu

Kesejahteraan ibu selama proses persalinan harus selalu dipantau karena reaksi ibu terhadap persalinan dapat bervariasi.

Pemantauan kesejahteraan ibu selama kala I disesuaikan dengan tahapan persalinan yang sedang dilaluinya, apakah ibu sedang dalam fase aktif ataukah masih dalam fase laten persalinan. Pemantauan meliputi; frekuensi nadi, suhu tubuh, tekanan darah, urinalisis, keseimbangan cairan, pemeriksaan abdomen, dan pemeriksaan jalan lahir.

3) Pemantauan kesejahteraan janin

Kondisi janin selama persalinan dapat dikaji dengan mendapatkan informasi mengenai frekuensi dan pola denyut jantung janin, pH darah janin dan cairan amniotik. Dalam bahasan ini, hanya akan dibahas mengenai denyut jantung janin. Frekuensi denyut jantung janin dapat dikaji secara intermiten dengan stetoskop pinard, alat doppler atau dengan menggunakan *electric fetal monitoring* (EFM) secara kontinu, setiap 30 menit. Pemantauan jantung janin harus dihitung selama satu menit penuh untuk mendengarkan variasi denyut ke denyut. Batasan normal antara 110-160 kali denyutan per menit.

h. Inisiasi menyusui dini (IMD)

Inisiasi Menyusui Dini (IMD) merupakan proses membiarkan bayi menyusui sendiri segera setelah dilahirkan dan disusui selama satu jam atau lebih. Prinsipnya, IMD merupakan kontak langsung antara kulit ibu dan kulit bayi, bayi ditengkurapkan di dada atau di perut ibu sesegara mungkin setelah seluruh badan dikeringkan. IMD memberikan keajaiban yang luar biasa baik bagi bayi maupun ibu. Bagi ibu keajaiban yang langsung dirasakan yaitu ibu merasa rileks hal ini akan mengurangi rasa nyeri pada saat pengeluaran plasenta keajaiban yang lain yaitu peningkatan kontraksi uterus sehingga mencegah terjadinya perdarahan pada ibu. Bagi bayi refleks hisapan dan latihan menelan pada satu jam pertama akan sangat membantu untuk pengeluaran colostrum yang sangat bermanfaat untuk kekebalan bayi.

i. Asuhan komplementer persalinan

Asuhan komplementer selama persalinan bertujuan untuk meningkatkan kenyamanan ibu, mengurangi nyeri, serta mendukung kemajuan persalinan secara

fisiologis tanpa intervensi farmakologis yang tidak perlu, asuhan komplementer yang dapat diberikan selama proses persalinan adalah *counter pressure* yaitu teknik pijat dengan memberi tekanan pada tulang sakrum menggunakan pangkal tangan atau kepalan tangan oleh pendamping persalinan. Teknik ini dapat membantu ibu mengurangi rasa nyeri di area bawah punggung bawah. Teknik *counter pressure* dapat menutup gerbang pesan nyeri yang akan dihantarkan menuju medulla spinalis dan otak, selain itu tekanan kuat pada teknik ini dapat mengaktifkan senyawa *endorphine* yang berada di sinaps sel-sel saraf tulang belakang dan otak, sehingga transmisi dari pesan nyeri dapat dihambat dan menyebabkan status penurunan sensasi nyeri.

4. Asuhan Kebidanan Nifas

a. Definisi

Masa nifas atau *puerperium* adalah periode waktu yang dimulai sejak lahirnya plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, yang umumnya berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari akan tetapi seluruh alat genitalia baru pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil dalam waktu 3 bulan (Wahyuningsih, 2018). Istilah *puerperium* berasal dari bahasa latin “*puer*” (anak) dan “*parere*” (melahirkan), yang secara harfiah berarti periode setelah melahirkan. Menurut Prawihardjo (2016), masa nifas adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti prahamil. Meskipun bersifat fisiologis, masa nifas merupakan periode yang rentan terhadap berbagai komplikasi yang dapat mengancam jiwa ibu, sehingga

pemantauan yang ketat oleh tenaga kesehatan terlatih menjadi sangat penting dalam periode ini.

b. Perubahan fisiologi masa nifas

- 1) Involusi uterus merupakan perubahan fisiologis yang paling mencolok pada masa nifas. Segera setelah plasenta lahir, uterus berkontraksi kuat sehingga fundus uteri teraba setinggi umbilikus. Dalam 24 jam pertama, fundus uteri berada 1 cm di bawah umbilikus, dan mengalami penurunan sekitar 1-2 cm per hari, sehingga pada hari ke-10 hingga ke-14 uterus tidak lagi dapat dipalpasi dari abdomen, sehingga pada involusi ini terjadi melalui mekanisme iskemia miometrium, autolisis protein miometrium, dan fagositosis jaringan oleh makrofag (Cunningham et al., 2018).
- 2) Lochia mengalami perubahan karakteristik secara progresif. Lochia rubra (hari 1-3, berwarna merah gelap berisi darah segar, desidua, dan sisa plasenta), lochia sanguinolenta (hari 3-7, berwarna merah kecokelatan, lebih encer), lochia serosa (hari 7-14, berwarna kuning kecokelatan, mengandung leukosit dan bakteri), dan lochia alba (setelah hari ke-14, berwarna putih kekuningan, terutama mengandung leukosit dan sel desidua) (Prawirohardjo, 2016)
- 3) Perineum, vulva, dan vagina jalan lahir mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, sehingga menyebabkan mengendurnya perineum bahkan robekan yang memerlukan penjahitan, namun akan pulih setelah 2-3 minggu. Kembalinya jaringan pada jalan lahir dimulai segera setelah persalinan. Vagina akan mengalami pengecilan secara bertahap, namun jarang mencapai ukuran seperti masih nulipara. Rugae akan terlihat kembali pada minggu ke-3 namun kurang menonjol dibanding sebelumnya.

Sesudah persalinan, himen akan robek di beberapa tempat dan yang dapat terlihat adalah sisa-sisanya (caruncula himenalis).

- 4) Sirkulasi darah terjadi peningkatan aliran darah uterus masih yang penting untuk mempertahankan kehamilan, dimungkinkan oleh adanya hipertrofi dan remodeling signifikan yang terjadi pada semua pembuluh darah pelvis. Setelah persalinan, diameternya berkurang kira-kira ke ukuran sebelum kehamilan. Pada uterus masa nifas, pembuluh darah yang membesar menjadi tertutup oleh perubahan hialin, secara perlahan terabsorpsi kembali, kemudian digantikan oleh yang lebih kecil. Tubuh ibu akan menyerap kembali sejumlah cairan yang berlebihan setelah persalinan.
- 5) Sistem pencernaan, setelah melahirkan ibu menjadi lapar dan siap untuk makan pada 1-2 jam setelah bersalin. Konstipasi dapat menjadi masalah pada awal puerperium akibat dari kurangnya makanan dan pengendalian diri terhadap BAB. Ibu dapat melakukan pengendalian terhadap BAB karena kurang pengetahuan dan kekhawatiran lukanya akan terbuka bila BAB.
- 6) Sistem muskuloskeletal mengakibatkan setelah persalinan otot-otot uterus berkontraksi. Pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta lahir. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fascia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi pulih kembali ke ukuran normal. Setelah melahirkan karena ligamen, fascia, dan jaringan penunjang alat genitalia menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusnya serat-serat kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada waktu hamil, dinding abdomen

masih agak lunak dan kendur untuk sementara waktu. Untuk memulihkan kembali jaringan-jaringan penunjang alat genitalia, serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, dianjurkan untuk melakukan latihan atau senam nifas yang dapat dilakukan segera setelah 2 jam post partum. (Wahyuni, 2018).

- 7) Sistem endokrin terjadi penurunan hormon estrogen dan progesteron yang menyebabkan peningkatan hormon prolaktin dan menstimulasi air susu. Hormon prolaktin meningkat segera setelah melahirkan yang berperan dalam produksi ASI dan mempersiapkan air susu untuk diberikan kepada bayi baru lahir. Pada wanita yang tidak menyusui, kadar hormon prolaktin akan menurun dalam waktu 2 minggu. Sedangkan hormon oksitosin selama kala III persalinan, hormon ini berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang sekresi oksitosin sehingga dapat membantu involusi uteri.
- 8) Payudara sudah mempersiapkan diri sejak awal kehamilan. Laktogenesis sudah terjadi sejak usia kehamilan 16 minggu. Pada saat itu, plasenta menghasilkan hormon progesteron dalam jumlah besar yang akan mengaktifkan sel-sel alveolar matur di payudara yang dapat mensekresikan susu dalam jumlah kecil. Setelah plasenta lahir, terjadi penurunan kadar progesteron yang tajam yang kemudian akan memicu mulainya produksi air susu disertai dengan pembengkakan dan pembesaran payudara pada periode post partum. Setelah melahirkan, payudara mulai mengeluarkan kolostrum yaitu cairan berwarna kuning. Cairan ini dapat dikeluarkan dari payudara pada hari ke dua postpartum. Dibandingkan ASI matur, kolostrum kaya akan komponen imunologis dan mengandung lebih banyak mineral, asam amino, dan protein (globulin). Sekresi

kolostrum akan menetap selama 5-14 hari, dan setelah itu secara bertahap akan mengalami konversi menjadi ASI matur.

c. Tahapan masa nifas

- 1) Periode *immediate postpartum*, masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini merupakan fase kritis, sering terjadi insiden perdarahan postpartum karena atonia uteri. Oleh karena itu, bida perlu melakukan pemantauan secara kontinu, yang meliputi; kontraksi uterus, pengeluaran lochia, kandung kemih, tekanan darah dan suhu.
- 2) Periode *early postpartum* (>24 jam-1 minggu), pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan serta ibu menyusui dengan baik.
- 3) Periode *late postpartum* (>1 minggu – 6 minggu), pada periode ini bidan tetap melakukan asuhan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling perencanaan KB.
- 4) *Remote puerperium* adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki penyulit atau komplikasi.

d. Penyesuaian ibu setelah bersalin selama masa nifas

- 1) *Taking in*

Pada hari pertama dan kedua setelah melahirkan, ketergantungan ibu sangat menonjol. Pada saat ini ibu mengharapkan segala kebutuhannya dapat dipenuhi oleh orang lain. Rubin (1991) menetapkan periode beberapa hari ini sebagai fase menerima yang disebut dengan *takin in phase*. Dalam penjelasan klasik Rubin, fase menerima ini berlangsung selama 2-3 hari. Ibu akan mengulang-ngulang

pengalamannya waktu bersalin dan melahirkan. Pada saat ini, ibu memerlukan istirahat yang cukup agar ibu dapat menjalani masa nifas selanjutnya yang cukup agar ibu dapat menjalani masa nifas selanjutnya dengan baik. Membutuhkan nutrisi yang lebih, karena biasanya selera makan ibu menjadi bertambah. Akan tetapi jika ibu kurang makan, bisa mengganggu proses masa nifas.

2) *Taking hold*

Pada ibu-ibu yang mendapatkan asuhan yang memadai pada hari-hari pertama setelah melahirkan, maka pada hari kedua sampai keempat mulai muncul kembali keinginan untuk melakukan berbagai aktivitas sendiri. Di satu sisi ibu masih membutuhkan bantuan orang lain tetapi di sisi lain ia ingin melakukan aktivitasnya sendiri. Dengan penuh semangat belajar mempraktekan cara-cara merawat bayi. Rubin (1991) menggambarkan fase ini sebagai fase *taking hold*. Pada fase ini, ibu berusaha keras untuk menguasai tentang keterampilan perawatan bayi, misalnya menggendong, menyusui, memandikan dan memasang popok bayi. Pada masa ini ibu agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut, cenderung menerima nasihat bidan, karena ia terbuka untuk menerima pengetahuan dan kritikan yang bersifat pribadi. Pada tahap ini bidan penting memperhatikan perubahan yang mungkin terjadi.

3) *Letting go*

Fase ini disebut fase saling ketergantungan. Periode ini umumnya terjadi setelah baru kembali ke rumah, dimana ibu melibatkan waktu reorganisasi keluarga. Ibu menerima tanggung jawab untuk perawatan bayi baru lahir. Terjadi penyesuaian dalam hubungan keluarga untuk mengobservasi bayi. Ibu harus mampu

beradaptasi terhadap penurunan otonomi, kemandirian dan khususnya interaksi sosial.

e. Standar pelayanan pada masa nifas

Menurut Kementerian Kesehatan RI dalam buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) (2024) pelayanan nifas yang diberikan pada masa nifas yaitu:

1) Kunjungan nifas pertama (KF 1)

Pelayanan pertama pada masa nifas diberikan saat 6 jam sampai 48 jam (2 hari) setelah melahirkan. Asuhan yang diberikan meliputi pemeriksaan tanda-tanda vital (tekanan darah, suhu tubuh, pernapasan, dan nadi), pemantauan jumlah darah yang keluar dan lochia, pemeriksaan kondisi jalan lahir dan tanda infeksi, pemeriksaan kontraksi rahim dan tinggi fundus uteri, pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI eksklusif selama enam bulan penuh, pemberian vitamin A (2 kapsul), memberikan KIE perawatan bayi baru lahir.

2) Kunjungan nifas kedua (KF 2)

Pelayanan kedua pada masa nifas diberikan saat 3-7 hari setelah melahirkan. Asuhan yang diberikan meliputi pemeriksaan tanda-tanda vital (tekanan darah, suhu tubuh, pernapasan, dan nadi), pemantauan jumlah darah yang keluar dan lochia, pemeriksaan kondisi jalan lahir dan tanda infeksi, pemeriksaan kontraksi rahim dan tinggi fundus uteri, pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI eksklusif selama enam bulan penuh, memberikan KIE perawatan bayi baru lahir.

3) Kunjungan nifas ketiga (KF 3)

Pelayanan ketiga pada masa nifas diberikan saat 8-28 hari setelah melahirkan. Asuhan yang diberikan meliputi pemeriksaan tanda-tanda vital (tekanan darah, suhu tubuh, pernapasan, dan nadi), pemantauan jumlah darah yang

keluar dan lochia, pemeriksaan kondisi jalan lahir dan tanda infeksi, pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI eksklusif selama enam bulan penuh, memberikan KIE perawatan bayi baru lahir, pemberian konseling KB, skrining kesehatan jiwa, dan pemberian asuhan komplementer.

4) Kunjungan nifas keempat (KF 4)

Pelayanan keempat pada masa nifas diberikan saat 29-42 hari setelah melahirkan. Asuhan yang diberikan meliputi pemeriksaan tanda-tanda vital (tekanan darah, suhu tubuh, pernapasan, dan nadi), dan pemberian konseling KB serta pelayanan KB jika ibu sudah memutuskan untuk menggunakan KB yang dipilih.

f. Asuhan komplementer pada masa nifas

Teknik pijat oksitosin merupakan salah satu teknik untuk mengatasi ketidaklancaran produksi ASI. Pijat oksitosin merupakan teknik pemijatan yang dilakukan di sepanjang tulang belakang (vertebra) sampai tulang costae kelima – keenam (leher hingga belikat) yang berguna untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan, mengurangi stres, dan memberikan efek relaksasi pada ibu nifas. Pijatan dilakukan 1-2 kali sehari selama 3-5 menit. Pijatan ini sangat efektif dilakukan sejak hari pertama nifas. Mekanisme kerja pijat oksitosin adalah menstimulasi pelepasan hormon oksitosin dari hipofisis posterior, yang menginduksi refleks let-down dan merangsang kontraksi uterus untuk mempercepat involusi (Rahayu & Safitri, 2020).

5. Asuhan kebidanan bayi baru lahir

a. Definisi

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat lahir 2500-4000 gram, panjang badan 48-52 cm, lingkar kepala 33-35 cm, dan menangis kuat segera setelah lahir. Kondisi ini mencerminkan kematangan fungsi organ tubuh yang memadai untuk menjalankan kehidupan di luar kandungan dengan nilai APGAR > 7 dan tidak ada kelainan.

b. Adaptasi fisiologi pada bayi baru lahir

Perubahan fisiologis yang terjadi pada bayi baru lahir menurut Varney, dkk (2017) adalah sebagai berikut:

1) Sistem pernapasan

Upaya bernapas pertama seorang bayi adalah untuk mengeluarkan cairan dalam paru dan mengembangkan jaringan alveolus paru. Agar alveolus dapat berfungsi, harus terdapat cukup surfaktan dan aliran darah ke paru. Pernapasan normal memiliki interval frekuensi 30-60x/menit.

2) Termogulasi

Bayi baru lahir dapat mengalami kehilangan panas melalui evaporasi, konduksi, konveksi, dan radiasi. Oleh karena itu untuk mencegah bayi mengalami hipotermi akibat kehilangan panas saat setelah dilahirkan dengan cara mengeringkan bayi tanpa membersihkan vernik yang ada di telapak tangan bayi, melakukan kontak kulit, memakaikan topi dan menyelimuti bayi.

3) Sistem pencernaan

Setelah lahir usu mulai aktif dan kolonisasi bakteri di usu positif sehingga memerlukan enzim pencernaan. Dua sampai tiga hari pertama kolon berisi yang lunak berwarna kehitaman, dan pada hari ketiga atau keempat menghuolang.

c. Kebutuhan dasar bayi

1) Kebutuhan asah

Asah merupakan stimulasi mental yang akan terjadi cikal bakal proses oendidikan di mana bertujuan untuk menegmbangkan mental, kecerdasa, keterampilan, kemandirian, kreativitas, agama, moral, produktivitas, dan lain-lain. Stimulasi pada masa neonatus dilakukan dengan cara mengusahakan rasa nyaman, aman, dan menyenangkan, memeluk, menggendong, menatap mata bayi, mengajak tersenyum, berbicara, mebunyikan berbagai suara atau musik bergantian, menggantung dan menggerakkan benda berwarna mencolok, benda-benda berbunyi, serta dirangsang untuk meraih dan menggenggam.

Selain pemberian stimulasi, bayi juga harus di deteksi dini sebagai langkah antisipasi yang dilakukan untuk menemukan kasus penyimpangan tumbuh kembang sejak dini. Deteksi dini pada neonatus dapat dilihat dengan bebera tanda dan gejala seperti tidak mau minum/menyusu atau memuntahkan semua, riwayat kejang, bergerak hanya jika dirangsang/letargis, terdapat kelainan konginetal yang muncul pada tubuh bayi maka yang dapat dilakukan bidan yaitu segera merujuk ke rumah sakit atau fasilitas kesehatan yang lengkap dan memadai (Armini dkk., 2017).

2) Kebutuhan asih

Kebutuhan asih atau ikatan kasih sayang yang dapat diberikan kepada neonatus dengan cara melakukan *Bounding attachment* yaitu:

a) Pemberian ASI eksklusif

Pemberian ASI eksklusif segera setelah lahir, secara langsung bayi akan mengalami kontak fisik langsung dengan ibunya yang menjadikan ibu merasa bangga dan diperlukan.

b) Rawat gabung

Rawat gabung merupakan salah satu cara yang dapat dilakukan agar ibu dan bayi dapat terjalin proses lekat (*early infant mother bounding*) akibat sentuhan badan antar ibu dan bayinya yang juga dapat mempengaruhi perkembangan psikologis bayi karena kehangatan tubuh ibu merupakan stimulasi yang mutlak dibutuhkan bayi. Bayi yang merasa aman dan terlindungi merupakan dasar terbentuknya rasa percaya diri dikemudian hari. Dengan pemberian ASI eksklusif, ibu merasa puas karena dapat memenuhi kebutuhan nutrisi bayinya dan juga memperlancar produksi ASI karena refleks *let-down* yang bersifat psikomatis. Ibu akan merasa bangga karena dapat menyusui dan merawat bayinya sendiri dan bila ayah bayi berkunjung akan terasa adanya suatu kesatuan keluarga.

c) Kontak mata (*eye to eye contact*)

Beberapa orang tua terutama ibu berkata ketika bayinya bisa memandang mereka, mereka merasa lebih dekat dengan bayinya. Seringkali bayi baru lahir dapat diletakkan lebih dekat untuk dapat melihat pada orangtuanya. Kontak mata mempunyai efek yang erat terhadap perkembangan rasa percaya sebagai faktor terpenting dalam hubungan manusia.

d) Suara (*voice*)

Biasanya orang tua menunggu suara tangisan pertama bayinya dengan tegang, karena suara tersebut mereka yakin dan tenang bahwa bayinya dalam keadaan sehat dan baik-baik saja (hidup). Bayi dapat mendengarkan sejak dalam rahim dan tak heran jika bayi dapat mendengar suara dan membedakan nada dan kekuatan orang tuanya sejak lahir, meskipun terhalang cairan amnion dari rahim.

e) Aroma/odor (bau badan)

Setiap anak memiliki aroma yang unik dan bayi belajar dengan cepat untuk mengenali aroma susu ibunya. Pada bayi baru lahir, indra penciumannya sudah berkembang dan berfungsi dengan baik, namun masih memainkan peran dalam nalurinya untuk mempertahankan hidup. Indra penciuman bayi akan sangat tajam ketika ibunya dapat memberikan ASI pada waktu tertentu.

f) Gaya bahasa (*entrainment*)

Bayi baru menemukan perubahan struktur pembicaraan dari orang dewasa, yang dimana berarti perkembangan bayi dalam bahasa dipengaruhi kultur, jauh sebelum ia menggunakan bahasa dalam berkomunikasi, bayi baru lahir bergerak-gerak, menggoyangkan tangan, mengangkat kepala, dan menendang-nendang sebagai gaya bahasa bayi dalam berkomunikasi. Bayi mengembangkan irama mengikuti kebiasaan yang didapatkan bayi. *Entrainment* dapat terjadi ketika bayi sudah mulai bisa berkomunikasi.

g) Bioritme (*biohythmicity*)

Bayi baru lahir memiliki tugas untuk membentuk ritme (bioritme) dirinya sendiri yang dibantu orangtua dengan memberikan kasih sayang yang konsisten dan dengan memanfaatkan waktu saat bayi mengembangkan perilaku yang responsif.

h) Inisiasi dini

Segera setelah lahir bayi diletakkan diatas perut ibu, ia akan merangkak dan mencari puting susu dengan usahanya sendiri. Dengan demikian bayi dapat melakukan refleks *sucking* dengan segera. Manfaat dari kontak dini seperti: hormon oksitosin dan prolaktin meningkat, refleks menghisap dilakukan dini, pembentukan kekebalan aktif dimulai, dan mempercepat proses ikatan orang tua dan anak.

3) Kebutuhan asuh

a) Pemenuhan nutrisi

Bagi bayi baru lahir , ASI merupakan satu-satunya sumber makanan dan minuman yang utama dengan nutrisi yang terkandung dalam ASI seperti, karbohidrat, lemak, protein, vitamin, mineral, faktor pertumbuhan, hormon, enzim dan zat kekebalan. ASI merupakan nutrisi yang paling lengkap yang dibutuhkan bayi. Bayi baru lahir akan diberi ASI sesuai dengan kebutuhan lambung antara 30-90 ml. Kebutuhan minum pada neonatus, yaitu:

(1) Hari ke-1 = 50-60 cc/kg BB/hari

(2) Hari ke-2 = 90 cc/kg BB/hari

(3) Hari ke-3 = 120 cc/kg BB/hari

(4) Hari ke-4 = 150 cc/kg BB/hari

Dan untuk tiap harinya sampai mencapai 180-200 cc/kg BB/hari.

b) Imunisasi

Imunisasi merupakan salah satu cara untuk memberikan kekebalan pada bayi dan anak terhadap berbagai penyakit, sehingga dengan imunisasi diharapkan bayi dan anak tetap tumbuh dalam keadaan sehat.

(1) Hepatitis B (Hb 0)

Pada bayi baru lahir imunisasi ini hanya diberikan saat usia bayi kurang dari 12 jam setelah lahir. Vaksin ini diberikan dengan satu kali dosis 0,5 ml. Efek samping imunisasi hepatitis B pada umumnya ringan hanya berupa nyeri, bengkak, panas, mual, dan nyeri sendi maupun otot.

(2) BCG

Imunisasi BCG adalah prosedur memasukkan vaksin BCG yang bertujuan untuk memberikan kekebalan tubuh terhadap *mycobacterium tuberculosis* penyebab tuberkulosis (TBC). Pemberian imunisasi BCG dapat diberikan kepada semua bayi baru lahir sampai usia kurang dari 2 bulan. Penyuntikan biasanya dilakukan di lengan kanan bagian atas (region deltoid) dengan dosis 0,5 ml. Penyuntikan BCG secara IC yang benar akan menimbulkan ulkus *local superficial* di 3 minggu setelah penyuntikan dan akan sembuh dalam 2-3 bulan dan meninggalkan luka parut bulat dengan diameter 4-8 mm tergantung pada dosis yang diberikan.

(3) Polio

Imunisasi dasar (polio 1,2,3) vaksin diberikan 2 tetes per oral dengan interval tidak kurang dari 4 minggu. Karena Indonesia merupakan daerah endemi polio, maka imunisasi polio diberikan segera setelah lahir yang bertujuan untuk meningkatkan cakupan imunisasi. Vaksin per oral harus disimpan tertutup pada suhu 2-8°C.

c) Perawatan sehari-hari

Neonatus harus selalu dijaga tetap bersih, hangat dan kering. Perawatan neonatus sehari-hari yang pertama memandikan neonatus sebaiknya ditunda sampai

6 jam kelahiran dengan menerapkan prinsip, menjaga neonatus agar tetap hangat, aman, dan selamat, dan suhu air tidak boleh terlalu panas atau terlalu dingin. Kedua, pastikan neonatus diberi minum sesegera mungkin setelah lahir (dalam waktu 30 menit). Pada hari ke-3, neonatus harus sudah menyusu selama 10 menit pada *mammae* ibu dengan jarak maksimal 3-4 jam.

Ketiga, menyendawakan neonatus berfungsi untuk mengeluarkan udara yang ada di dalam perut neonatus atau agar tidak kembung. Makin banyak udara yang masuk maka perut neonatus akan semakin kembung dan dapat mengakibatkan bayi rewel. Keempat, memijat neonatus yang akan dirasakan neonatus saat dipijat adalah kasih sayang dan kelembutan dari orang tuanya. (Armini dkk, 2017).

d. Standar pelayanan kebidana pada bayi baru lahir

Berdasarkan Kementerian Kesehatan RI dalam buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) (2024) standar asuhan kebidanan pada bayi baru lahir sebagai berikut:

1) Kunjungan neonatus pertama (KN 1)

Pelayanan pertama pada neonatus diberikan saat usia 6 jam sampai 48 jam (2 hari) setelah dilahirkan. Asuhan yang diberikan meliputi pemeriksaan ukur berat badan, panjang badan, dan lingkar kepala, bayi mau menyusu atau tidak, pemeriksaan tali pusat ada perdarahan atau tanda infeksi. Melakukan skrining Hipertiroid Konginetal (SHK) idealnya diberikan saat usia bayi 48 hingga 72 jam, skrining penyakit jantung bawaan kritis (PJB) idealnya diberikan 24 hingga 48 jam.

2) Kunjungan neonatus kedua (KN 2)

Pelayanan kedua pada neonatus diberikan saat usia 3-7 hari setelah dilahirkan. Asuhan yang diberikan meliputi pemeriksaan, bayi mau menyusu atau tidak, pemeriksaan tali pusat ada perdarahan atau tanda infeksi, pemeriksaan tanda

bahaya bneonatus, identifikasi kuning pada neonatus melakukan skrining Hipertiroid Konginetal (SHK).

3) Kunjungan neonatus ketiga (KN 3)

Pelayanan ketiga pada neonatus diberikan saat usia 8-28 hari setelah dilahirkan. Asuhan yang diberikan meliputi pemeriksaan, bayi mau menyusu atau tidak, pemeriksaan tali pusat ada perdarahan atau tanda infeksi, pemeriksaan tanda bahaya neonatus, identifikasi kuning pada neonatus.

6. Asuhan Bayi usia 29-42 hari

a. Definisi

Bayi memiliki rentang usia 0-12 bulan yang merupakan kelanjutan dari periode neonatal (0-28 hari) dan berada pada fase awal masa bayi (*infancy*). Pada masa ini bayi telah menyelesaikan masa adaptasi awal terhadap kehidupan ekstrauterin dan mulai menunjukkan respons yang lebih aktif terhadap lingkungan sekitarnya.

e. Asuhan komplementer pada bayi

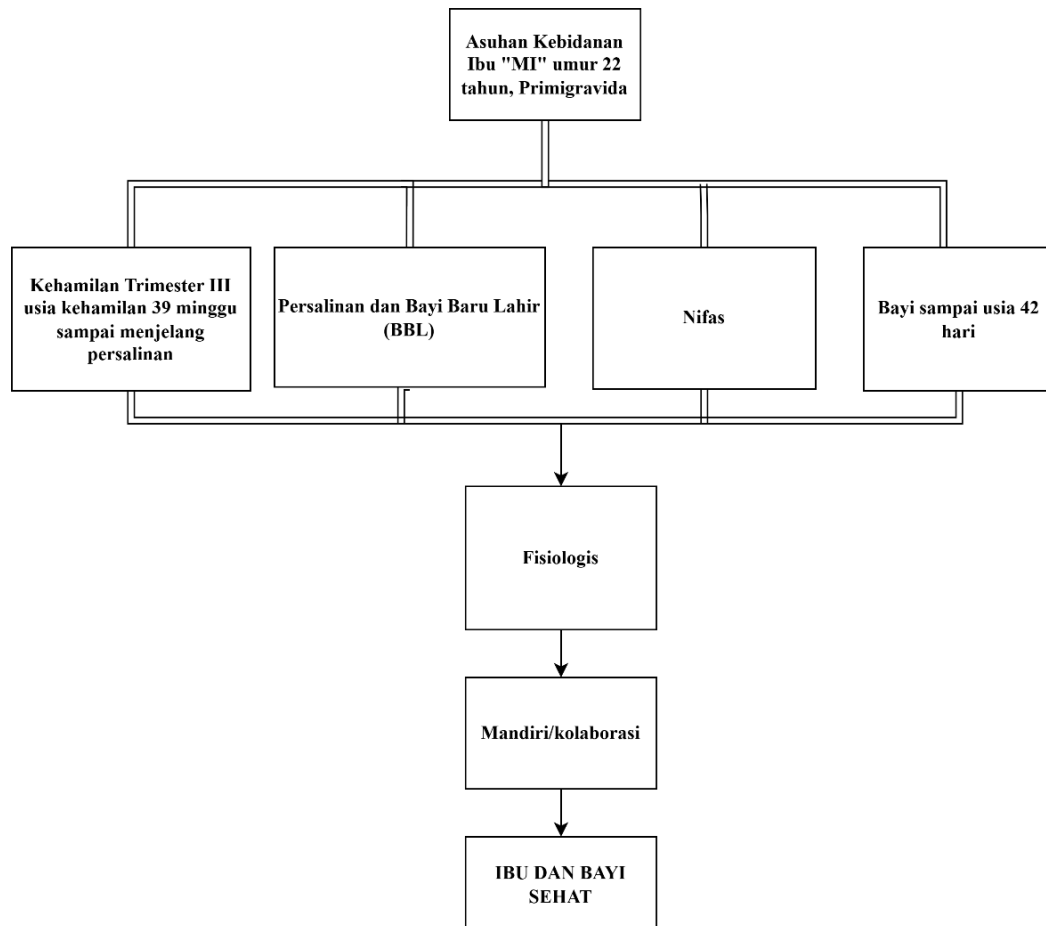
Terapi komplementer pada bayi yang dapat dilakukan dalam asuhan kebidanan dilakukan bertujuan untuk memperbaiki pola tidur, memperbaiki sistem imunitas pada bayi, mempengaruhi proses perkembangan, juga sering digunakan untuk membantu anak-anak mengelola gejala-gejala kondisi nyeri atau kecemasan. Biasanya asuhan kebidanan komplementer pada bayi yang diberikan adalah *baby massage* (pijat bayi) yang merupakan suatu tindakan untuk menstimulasi tubuh bayi dengan terapi sentuhan halus guna meningkatkan sirkulasi darah untuk membantu pertumbuhan dan perkembangan yang optimal, meningkatkan kualitas tidur, dan mencegah kolik dan konstipasi. Pijat pada bayi

juga berguna untuk membantu kemampuan ibu untuk berinteraksi dan bonding dengan bayinya. Selain pijat bayi asuhan komplementer yang dapat diberikan kepada bayi meliputi: hipnosis, aromaterapi, *baby gym*, dan *baby swimming*. (Kholila dkk, 2023).

B. Kerangka Konsep

Gambar 1

Kerangka Konsep



Gambar 1 : Kerangka konsep Asuhan Kebidanan yang diberikan kepada ibu "MI" pada masa kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir