

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kajian Teori

1. Asuhan Kebidanan

a. Pengertian Asuhan Kebidanan

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2017), asuhan kebidanan merupakan pelayanan profesional yang berlandaskan proses pengambilan keputusan dan tindakan oleh bidan sesuai kewenangan serta ruang lingkup praktik, berdasarkan ilmu dan seni kebidanan

b. Standar Asuhan kebidanan

Manajemen asuhan kebidanan merupakan pendekatan sistematis yang digunakan bidan dalam pemberian asuhan, meliputi pengkajian, penetapan diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, serta pendokumentasian sesuai standar profesi (Kepmenkes RI No.320 tahun 2020). Menurut Helen Varney (1997) dalam Astuti (2016), manajemen kebidanan terdiri atas tujuh langkah yang berkesinambungan, yaitu:

1) Langkah I: Pengkajian

Pengkajian merupakan proses pengumpulan data yang akurat, relevan, dan komprehensif dari berbagai sumber terkait kondisi klien secara holistik, mencakup aspek biopsikososial, spiritual, dan kultural. Data yang dihimpun meliputi data subjektif, seperti anamnesa, biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan, serta latar belakang sosial budaya, serta data objektif melalui pemeriksaan fisik, psikologis, serta pemeriksaan penunjang.

2) Langkah II: Analisa Diagnosa dan masalah

Diagnosis kebidanan merupakan hasil analisis data dari proses pengkajian yang disusun secara kurat dan logis, sebagai dasar penentuan penatalaksanaan melalui asuhan mandiri, kolaborasi, maupun rujukan.

3) Langkah III: Analisa diagnosa dan masalah potensial

Diagnosa atau masalah potensial merupakan kondisi yang mungkin timbul berdasarkan hasil pengkajian data subjektif dan objektif yang mengarah pada gejala selama kehamilan. Identifikasi ini bertujuan untuk mencegah serta mendeteksi masalah secara dini.

4) Langkah IV: Menetapkan kebutuhan/tindakan segera

Penentuan tindakan yang didasarkan pada data subjektif dan objektif dengan mengidentifikasi kebutuhan intervensi segera oleh bidan, serta kemungkinan konsultasi atau kolaborasi mengenai kondisi klien kepada tim kesehatan lain.

5) Langkah V: Intervensi

Intervensi merupakan perencanaan asuhan menyeluruh yang ditetapkan berdasarkan hasil langkah sebelumnya, mencakup kebutuhan klien serta antisipasi terhadap kondisi yang akan terjadi (Astuti, 2016).

6) Langkah VI: Implementasi

Implementasi merupakan pelaksanaan tindakan kebidanan sesuai rencana yang dilakukan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman, melalui upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, baik secara mandiri, kolaborasi, maupun rujukan (Kepmenkes RI, 2020).

7) Langkah VII: Evaluasi

Evaluasi adalah proses penilaian sistematis dan berkesinambungan terhadap efektivitas tindakan dan asuhan kebidanan berdasarkan perkembangan kondisi klien.

Hasil evaluasi didokumentasikan dan dikomunikasikan kepada klien dan keluarga serta segera ditindaklanjuti sesuai standar yang berlaku (Kepmenkes RI, 2020).

c. Asuhan kebidanan *continuity of care* (COC)

1) Pengertian *Continuity of Care* (CoC)

Istilah *Continuity of Care* (CoC) merujuk pada asuhan berkelanjutan. Menurut Hooper-Bender dkk (2016) dalam Rahyani dkk (2023), CoC adalah merupakan proses kolaboratif antara pasien dan tim pemberi asuhan untuk mencapai pelayanan yang berkualitas dan efisien. Sementara itu, menurut Kementerian Kesehatan RI (2018) dalam Rahyani, dkk. (2023) mendefinisikan CoC sebagai asuhan yang berintergrasi dan berkesinambungan sepanjang siklus hidup klien. Dengan demikian, *CoC* dapat disimpulkan sebagai proses pemberian asuhan secara kolaboratif dan berkelanjutan kepada klien

2) Manfaat *Continuity of Care* (CoC)

Layanan *Continuity of Care* (CoC) wajib disediakan oleh tenaga kesehatan profesional, seperti bidan, perawat, dan dokter, dengan penekanan pada bidan yang kompeten dan berwenang sesuai ketentuan yang diuraikan dalam kerangka kompetensi serta otoritas bidan (Rahyani dkk., 2023). Tujuan utama dari pendekatan ini adalah untuk menjamin pemberian pelayanan berkualitas tinggi bagi pasien. CoC dapat diimplementasikan melalui kolaborasi tim bidan yang saling berbagi tanggung jawab kasus, guna memastikan bahwa ibu hamil memperoleh asuhan secara konsisten dari satu bidan atau tim praktiknya. Selain itu, bidan dapat berkolaborasi secara multidisiplin melalui mekanisme konsultasi dan rujukan dengan tenaga kesehatan lain (Astuti dkk., 2017).

3) Lingkup *Continuity of Care* (CoC)

Lingkup *CoC* dalam kebidanan selaras dengan Jalur Kebidanan 2030. Menurut Rahyani dkk (2023), Jalur ini mencakup empat fase kritis dalam siklus kehidupan

perempuan, yaitu (1) prakonsepsi, (2) kehamilan, (3) persalinan dan kelahiran bayi, (4) nifas/postnatal.

2. Asuhan Kebidanan Kehamilan.

a. Pengertian Kehamilan.

Menurut Yuliani, dkk., (2021) kehamilan merupakan proses biologis yang dimulai dari fertilisasi (pembuahan) sel telur oleh sperma, diikuti implantasi hingga kelahiran janin. Durasi kehamilan normal adalah 280 hari setara dengan 40 minggu atau 9 bulan kalender, dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT). Berdasarkan Kemenkes RI (2020) kehamilan terbagi menjadi 3 triwulan (trimester) yaitu:

- 1) Trimester I : usia kehamilan 0-12 minggu.
- 2) Trimester II : usia kehamilan >12-27 minggu.
- 3) Trimester III : usia kehamilan >28 minggu-40 minggu

b. Perubahan anatomis dan fisiologis selama kehamilan

1) Perubahan sistem reproduksi

Perkembangan janin selama kehamilan memicu berbagai adaptasi anatomi fisiologi pada tubuh termasuk pada sistem reproduksi, yaitu:

a) Vagina

Hormon estrogen memicu hipertrofi lapisan otot dan epitel vagina, meningkatkan elastisitas ligamen perivaginal (Yuliani, dkk., 2021). Selain itu, terjadi hipervaskularisasi yang menghasilkan tanda Chadwick (warna ungu kebiruan), pH vagina menjadi lebih asam (dari 4 menjadi 6,5) sehingga meningkatkan risiko infeksi jamur, sementara libido cenderung meningkat pada trimester II (Tyastuti dan Wahyuningsih, 2016).

b) Uterus

Otot uterus/rahim mengalami peregangan akibat dari pengaruh hormonal dan pertumbuhan janin. Ukuran uterus meningkat dari $7,5 \times 2,5$ cm (pra-kehamilan) menjadi $30 \times 22,5$ cm, dengan berat naik 20 kali lipat dari 60 gram menjadi 1.000 gram pada akhir kehamilan. Pertumbuhan utama terjadi pada trimester II melalui hipertrofi. Pada tahap akhir, uterus mengisi rongga pelvis, mendorong usus ke samping dan atas, serta mencapai hati (Saifuddin dkk., 2020).

c) Ovarium

Sejak usia kehamilan 16 minggu, placenta mengambil alih produksi hormone sehingga ovarium memasuki fase istirahat dimana tidak ada pembentukan folikel baru, ovulasi, maupun siklus menstruasi (Tyastuti dan Wahyuningsih, 2016).

2) Perubahan pada payudara

Akibat stimulasi dari hormon somatomammotropin, estrogen, dan progesterone menyebabkan payudara menjadi lebih besar dan tegang meskipun ASI belum keluar. Puting membesar, lebih menegang, dan hiperpigmentasi areola terjadi akibat hormon melanocyte-stimulating hormone (MSH) (Yuliani, dkk., 2021). Kolostrum akan mulai diproduksi pada trimester ketiga (Tyastuti dan Wahyuningsih, 2016).

3) Perubahan sistem kardiovaskular.

Volume stroke jantung meningkat dari 70 ml menjadi 80 ml antara trimester I dan III. Tekanan vena cenderung meningkat pasca-trimester pertama, denyut nadi rata-rata 84 kali per menit. Edema tungkai bawah umum pada akhir kehamilan akibat relaksasi vaskular oleh progesteron, kompresi vena uterus, dan gravitasi (Yuliani, dkk., 2021).

4) Perubahan pada sistem respirasi

Kehamilan memengaruhi volume paru dan ventilasi untuk memenuhi peningkatan metabolisme serta kebutuhan oksigen ibu dan janin (peningkatan 15–

20%). Kecepatan respirasi meningkat secara ringan untuk mengakomodasi tuntutan ini (Saifuddin, dkk., 2020).

5) Perubahan pada sistem pencernaan

Peningkatan kadar estrogen dan *human chorionic gonadotropin* (HCG) sering memicu mual dan muntah, yang dikenal sebagai morning sickness jika terjadi pada pagi hari. Selain itu, penurunan peristaltik usus menyebabkan kembung dan konstipasi. Pada kondisi patologis seperti hiperemesis gravidarum, muntah dapat melebihi 10 kali per hari. Kompresi vena pelvis dan peningkatan aliran darah dapat memicu hemoroid pada akhir kehamilan, sementara estrogen menyebabkan hiperemia gusi yang rentan berdarah. Tidak ada peningkatan sekresi saliva secara objektif, meskipun keluhan ptyalisme (kelebihan saliva) umum terjadi akibat penurunan refleks menelan selama mual. Nafsu makan menurun pada trimester I karena mual, tetapi meningkat pada trimester II seiring berkurangnya gejala tersebut (Tyastuti dan Wahyuningsih, 2016).

6) Perubahan pada sistem Urogenital

Hormon estrogen dan progesteron menyebabkan dilatasi ureter serta penurunan tonus otot saluran kemih. Kompresi uterus terhadap kandung kemih memicu poliuria, terutama pada awal dan akhir kehamilan (Tyastuti dan Wahyuningsih, 2016).

7) Perubahan pada sistem hematologi

Volume darah maternal meningkat sejak awal kehamilan akibat retensi natrium dan peningkatan total body water hingga 8,5 liter, dipicu oleh perubahan osmoregulasi dan sistem renin-angiotensin. Peningkatan volume plasma mencapai 45%, sementara volume sel darah merah hanya 30%, sehingga menimbulkan anemia fisiologis dengan hemoglobin rata-rata 11,6 g/dL dan hematokrit 35,5% (Yuliani, dkk., 2021).

8) Perubahan pada sistem integumen (kulit)

Hiperpigmentasi dan deposisi melanin terjadi pada berbagai area kulit akibat peningkatan *melanocyte-stimulating hormone* (MSH). Manifestasi meliputi *chloasma gravidarum* (pigmentasi pada dahi, pipi, hidung), hiperpigmentasi leher dan areola mammae, linea nigra (pigmentasi linea alba), serta striae gravidarum (retak-retak hiperemik kebiruan) (Yuliani, dkk., 2021).

9) Perubahan pada sistem muskuloskeletal

Adaptasi postur maternal terjadi secara bertahap seiring peningkatan berat badan dan pertumbuhan janin, menghasilkan hiperlordosis pada akhir kehamilan. Peningkatan hormon relaksin menyebabkan perlunakan jaringan ikat dan kolagen, sehingga meningkatkan relaksasi sendi pelvis dan morbiditas muskuloskeletal (Tyastuti dan Wahyuningsih, 2016).

10) Perubahan pada sistem metabolisme

Laju metabolisme basal (basal metabolic rate, BMR) meningkat 15–20%, terutama pada trimester III, mencerminkan peningkatan konsumsi oksigen akibat beban kardiovaskular yang lebih tinggi, vasodilatasi perifer, dan aktivitas keseluruhan (Saifuddin, dkk., 2020).

11) Berat badan dan indeks masa tubuh (IMT)

Penurunan atau stagnasi berat badan umum pada trimester I akibat mual, muntah, dan penurunan nafsu makan yang mengurangi asupan nutrisi. Pada trimester II, gejala mereda sehingga berat badan meningkat secara progresif hingga akhir kehamilan. Konseling gizi dianjurkan untuk mencegah penambahan berat badan berlebih, yang berisiko mempertahankan obesitas postpartum.

c. Perubahan Psikologis

Trimester kedua umumnya merupakan periode kesejahteraan optimal bagi ibu hamil, di mana adaptasi terhadap peningkatan kadar hormon telah tercapai, dan ketidaknyamanan fisik berkurang. Ukuran uterus belum menjadi beban signifikan, sehingga ibu dapat mengalokasikan energi secara lebih produktif. Pada fase ini, ibu mulai menerima kehamilan sepenuhnya, merasakan gerakan janin, dan mengembangkan persepsi bayi sebagai entitas terpisah dari dirinya sendiri (Tyastuti dan Wahyuningsih, 2016). Trimester ketiga sering disebut sebagai fase antisipasi dan kewaspadaan, ditandai dengan ketidaksabaran menanti kelahiran serta perilaku protektif terhadap janin, termasuk penghindaran terhadap ancaman potensial. Ibu mungkin mengalami kecemasan terkait nyeri persalinan dan risiko fisik.

Ketidaknyamanan kehamilan muncul kembali, disertai persepsi negatif terhadap penampilan diri (Tyastuti dan Wahyuningsih, 2016).

d. Kebutuhan ibu hamil

Menurut Tyastuti dan Wahyuningsih (2016), kebutuhan ibu hamil mencakup:

1) Kebutuhan oksigen

Adaptasi sistem respirasi selama kehamilan bertujuan memenuhi peningkatan kebutuhan oksigen, meskipun kompresi diafragma oleh uterus yang membesar menimbulkan tantangan. Kompensasi dapat dicapai melalui aktivitas seperti berjalan pagi, beristirahat di bawah pohon teduh, atau berada di ruangan berventilasi baik.

2) Kebutuhan nutrisi dan tidur

Kecukupan nutrisi dievaluasi berdasarkan penambahan berat badan (11,5–16 kg secara keseluruhan). Kebutuhan kalori meningkat 300–500 kcal/hari dibandingkan pra-kehamilan, dengan protein tambahan 30 gram/hari. Komposisi harian direkomendasikan: 2.300 kcal, protein 65 gram, kalsium 1 gram, zat besi 17 mg, serta suplementasi asam folat 400 mcg/hari untuk mendukung adaptasi fisiologis.

Penenuhan istirahat dan Ibu hamil memerlukan tidur malam minimal selama 8 jam dan istirahat siang selama 1 jam untuk pemulihan yang optimal. Kebersihan diri (*Personal Hygiene*):

- a) Mandi: minimal dua kali
- b) Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum menyiapkan atau mengonsumsi makanan,
- c) Menyikat gigi setelah sarapan dan sebelum tidur menggunakan sikat gigi berbulu lembut.
- d) Membersihkan payudara dan are agnital secara rutin
- e) Mengganti pakaian luar dan dalam setiap hari.

3) Kebutuhan seks

Pada trimester kedua, libido umumnya pulih seiring adaptasi tubuh terhadap kondisi kehamilan, memungkinkan ibu menikmati aktivitas seksual dengan nyaman.

4) Mobilisasi

Manfaat mobilisasi meliputi peningkatan sirkulasi darah, nafsu makan, fungsi pencernaan, serta kualitas tidur.

5) Eliminasi

Konstipasi sering dialami ibu hamil akibat kurangnya aktivitas fisik, muntah pada kehamilan dini, dan asupan makanan yang rendah. Konstipasi juga terjadi pada ibu yang mengonsumsi tablet tambah darah karena itu merupakan salah satu efek sampingnya.

6) Pakaian

Ibu hamil dianjurkan menggunakan pakaian yang longgar dan berbahan nyaman untuk mendukung mobilitas dan meningkatkan kenyamanannya.

7) Olahraga (*exercise*)

Aktivitas fisik direkomendasikan untuk meningkatkan kebugaran maternal. Salah satunya yaitu senam hamil. Senam hamil merupakan program latihan terstruktur yang melatih otot-otot kunci, melenturkan jaringan, meningkatkan rasa segar, memperkuat self-esteem dan self-image, serta memfasilitasi pertukaran informasi (Manuaba dkk., 2015). Senam hamil merupakan salah satu kegiatan yang dilakukan saat kelas ibu hamil. Kelas ibu hamil adalah kelompok pembelajaran dengan maksimal 10 peserta, yang membahas Buku KIA secara komprehensif, berbagi pengalaman, dan diskusi masalah. Fasilitasi dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan menggunakan materi seperti lembar balik dan pedoman pelaksanaan. Penelitian Kaspirayanthi, Suarniti, dan Somoyani (2019) mendukung efektivitasnya, di mana partisipasi kelas ibu hamil meningkatkan pengetahuan dan sikap terhadap tanda bahaya kehamilan, sehingga ibu menjadi lebih waspada.

e. Persiapan persalinan

Rencana Persalinan (P4K) merupakan dokumen kolaboratif antara ibu, keluarga, dan bidan yang mencakup tempat persalinan, penolong, pendamping, calon donor darah, transportasi, biaya, serta edukasi kesehatan reproduksi (KIE) tentang kontrasepsi postpartum.

f. Ketidaknyamanan selama kehamilan

Ibu hamil sering mengalami ketidaknyamanan seperti poliuria, keputihan, konstipasi, distensi abdomen, edema ekstremitas bawah, kram kaki, sakit kepala, striae gravidarum, hemoroid, dispnea, dan nyeri punggung bawah (Nurhayati, dkk., 2019).

g. Asuhan kebidanan pada masa kehamilan

Setiap ibu hamil berhak atas pelayanan antenatal care (ANC) yang komprehensif dan berkualitas untuk memastikan pengalaman kehamilan serta persalinan yang positif, serta kelahiran bayi sehat. ANC pada kehamilan normal minimal enam kali: satu kali di trimester I, dua kali di trimester II, dan tiga kali di trimester III. Frekuensi dapat ditingkatkan sesuai kebutuhan, keluhan, atau gangguan. Pada usia kehamilan ≥ 40 minggu, rujukan diperlukan untuk evaluasi terminasi (Kemenkes RI, 2021). Pemeriksaan spesialis obstetri dilakukan pada kunjungan pertama (usia kehamilan < 12 minggu atau kontak pertama) untuk skrining risiko kehamilan, penyakit komorbid, termasuk ultrasonografi (USG) dan kunjungan saat trimester ketiga untuk melakukan USG (Kemenkes RI, 2021).

- 1) ANC ke I: trimester I: Skrining risiko dilakukan oleh dokter; bidan melaksanakan ANC rutin dan merujuk jika diperlukan pada kunjungan pertama.
- 2) ANC ke II di trimester I, ANC ke III di trimester ke II, ANC ke IV di trimester ke III, dan ANC ke VI di trimester ke III.
- 3) ANC ke V di trimester ke III meliputi:
 - (a) Faktor risiko persalinan
 - (b) [Penentuan tempat bersalin](#)
 - (c) Keputusan rujukan terencana jika dibutuhkan

Asuhan ANC terpadu memenuhi standar 12 T + standar 11 dan 12 untuk ANC minimal sebanyak enam kali selama kehamilan, dengan pemeriksaan sebagai berikut:

- 1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Pengukuran tinggi badan dilakukan sekali pada kunjungan pertama; < 145 cm menandakan risiko panggul sempit dan distokia. Pemantauan pertambahan berat badan (BB): trimester I (0–10 minggu: 0,065 kg/minggu), 10–20 minggu (0,335 kg/minggu), 20–30 minggu (0,45 kg/minggu), 30–40 minggu (0,35

kg/minggu). Rekomendasi total: 12,5–18 kg (kurus pra-kehamilan), 11,5–12,5 kg (normal), 7–11,5 kg (kelebihan BB) (Litaay dkk., 2021).

2) Ukur tekanan darah

Dilakukan setiap kunjungan untuk deteksi hipertensi ($\geq 140/90$ mmHg) atau preeklamsia (hipertensi + edema wajah/tungkai $\pm$ proteinuria) (Kemenkes RI, 2014b). Mean Arterial Pressure (MAP) atau tekanan arteri rata-rata merupakan gambaran tekanan darah rata-rata dalam pembuluh arteri selama satu siklus jantung yang mencerminkan kemampuan sistem kardiovaskular dalam mempertahankan perfusi jaringan. Normalnya MAP pada ibu hamil ≤ 90 mmHg (Buku Kesehatan Ibu dan Anak, 2023). Secara klinis, MAP sering dihitung dengan rumus:

$$\text{MAP} = \frac{(2 \times \text{tekanan diastolik}) + \text{tekanan sistolik}}{3}$$

3) Nilai status gizi (LILA)

Pengukuran lingkar lengan atas (LiLA) pada kontak pertama trimester I untuk skrining kurang energi kronis (KEK; LiLA $< 23,5$ cm), yang berisiko lahir bayi berat lahir rendah (Kemenkes RI, 2014a).

4) Ukur tinggi fundus uteri (TFU)

Pengukuran tinggi fundus uteri dilakukan menggunakan pita ukur sejak usia kehamilan 20 minggu. Tujuannya adalah untuk mengevaluasi pertumbuhan janin (Kemenkes RI, 2014a). TFU tergolong normal jika didapatkan hasil pengukuran sesuai dengan usia kehamilan dalam minggu ± 2 cm (Elda, dkk., 2017).

Tabel 1
Tinggi Fundus Uteri Menurut Usia Kehamilan

Umur Kehamilan	TFU
12 minggu	3 jari atas simfisis
16 minggu	½ simfisis-pusat
20 minggu	3 jari dibawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	1/3 diatas pusat
34 minggu	½ pusat-px
36 minggu	Setinggi px
40 minggu	2 jari dibawah px

Sumber: Manuaba (2009) dalam Wulandari, dkk. Asuhan Kehamilan. 2021

5) Tentukan presentasi janin dan DJJ

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain. DJJ lambat kurang dari 120 kali/menit atau DJJ cepat lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin (Kemenkes RI, 2014a).

6) Status imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Wanita usia subur (WUS) termasuk calon pengantin dan ibu hamil wajib mendapatkan imunisasi Td apabila setelah dilakukan skrining status TT pada saat kunjungan antenatal belum mencapai status T5. Pemberian vaksin Td selama kehamilan efektif untuk melindungi ibu dan janin terhadap penyakit tetanus dan difteri. Antigen tetanus toksoid bermanfaat untuk mencegah tetanus

maternal pada ibu dan tetanus neonatorum pada bayi yang dilahirkannya (Kemenkes RI, 2020b).

Tabel 2
Interval dan Masa Perlindungan Imunisasi Tetanus

Status T	Interval minimal pemberian	Masa perlindungan
T1	-	Langkah Awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit Tetanus
T2	4 minggu setelah T1	3 tahun
T3	6 bulan setelah T2	5 tahun
T4	1 tahun setelah T3	10 tahun
T5	1 tahun setelah T4	Lebih dari 25 tahun

Sumber: Kemenkes, Buku Kesehatan Ibu dan Anak. 2023

7) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan

Ibu hamil rentan anemia akibat dilatasi volume plasma untuk pembentukan plasenta, janin, dan cadangan zat besi ASI. Kadar hemoglobin menurun pada trimester I–II, kemudian meningkat pada trimester III. Kebutuhan zat besi meningkat untuk sintesis sel dan jaringan janin, termasuk perkembangan otak (Kemenkes RI, 2020b).

8) Tes laboratorium

Pemeriksaan mencakup haemoglobin, gula darah, golongan darah, tes triple eliminasi, pemeriksaan urine reduksi dan protein urine di trimester pertama, kemudian pada trimester ketiga dilakukan pengecekan ulang haemoglobin, gula darah, protein urine, dan urine reduksi (Kemenkes RI, 2020b).

9) Tata laksana / penanganan kasus

Diagnosis ditegakkan berdasarkan pengkajian lengkap. Kelainan ditangani sesuai standar dan kewenangan bidan; kasus kegawatdaruratan atau patologis dirujuk ke fasilitas rujukan sesuai alur (Elda, dkk, 2017).

10) Temu wicara (konseling)

Setiap kunjungan ANC mencakup konseling berdasarkan diagnosis dan masalah. Topik minimal: hasil pemeriksaan, perawatan sesuai usia gestasi dan maternal, gizi, kesiapan mental, tanda bahaya kehamilan/persalinan/nifas, persiapan persalinan, kontrasepsi postpartum, perawatan neonatus, inisiasi menyusui dini (IMD), dan ASI eksklusif (Kemenkes RI, 2020b).

11) Pemeriksaan USG

Standar ANC 2025 mencakup USG obstetri dasar terbatas pada kunjungan pertama dan kelima untuk skrining holistik. Kompetensi di puskesmas meliputi: konfirmasi kehamilan (intra/ekstrauterin), viabilitas janin, DJJ, presentasi, biometri/berat janin, usia kehamilan/HPL, lokasi/kondisi plasenta, dan indeks cairan amnion (Kemenkes RI, 2024).

12) Skrining kesehatan jiwa

Skrining kesehatan jiwa dilakukan pada kunjungan antenatal pertama dan kelima dan jika ditemukan ada indikasi. Pemeriksaan kesehatan jiwa bertujuan untuk mendeteksi tanda-tanda awal atau resiko masalah kesehatan jiwa yang mungkin muncul pada ibu hamil. Pelaksanaan skrining kesehatan jiwa menggunakan formulir skrining EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) yang pengisiannya dilakukan oleh ibu hamil sendiri karena merupakan penilaian pribadi, bukan wawancara oleh tenaga kesehatan. Hasil dari skrining kesehatan jiwa ibu hamil akan menentukan intervensi dan tindak lanjut yang akan diberikan (Kemenkes RI, 2024).

h. Asuhan Komplementer Masa Kehamilan

1) Prenatal Yoga

Prenatal yoga adalah latihan fisik yang dimodifikasi untuk ibu hamil, bertujuan meningkatkan kesiapan fisik-psikologis menghadapi persalinan. Intervensi ini terbukti mengurangi stres, kecemasan, dan meningkatkan kenyamanan kehamilan, sehingga memperkuat rasa percaya diri maternal (Sari & Limbong, 2024).

Penelitian Cahyani, Sriasih, dan Darmapatni (2020) menunjukkan efek signifikan prenatal yoga dalam menurunkan nyeri punggung bawah melalui relaksasi otot dan pikiran, optimalisasi sirkulasi darah, serta peningkatan hormon endorfin yang menghambat transmisi sinyal nyeri ke sistem saraf sentral. Fitriana (2019) mengonfirmasi efektivitasnya dengan durasi 30–60 menit, frekuensi mingguan selama dua minggu.

2) Back Massage

Nyeri punggung merupakan ketidaknyaman yang dialami oleh ibu hamil trimester III. Secara umum nyeri punggung pada ibu hamil dipengaruhi oleh perubahan postur tubuh selama kehamilan, hal ini sejalan dengan bertambahnya berat badan secara bertahap, dan aktivitas selama kehamilan. Penanganan nyeri punggung pada ibu hamil dapat dilakukan dengan menggunakan terapi non farmakologi yaitu *Back Massage*. *Back Massage* atau Pijatan Belakang Punggung adalah Pemijatan pada ibu hamil berupa pengusapan dan penekanan sedemikian rupa yang tidak merangsang terjadinya kontraksi guna menurunkan nyeri, menghasilkan relaksasi, dan meningkatkan sirkulasi serta salah satu cara untuk mengatasi gangguan pola tidur pada ibu hamil (Suherman, 2024).

Ibu hamil dengan nyeri punggung dan diberikan *back massage* mampu menurunkan rasa nyeri punggung yang dialami. Teknik pijat ini dilakukan dengan cara

memberikan tekanan lembut pada jaringan lunak, biasanya tendon, otot, yang bisa menurunkan nyeri, dan menghasilkan relaksasi, serta melancarkan sirkulasi darah dan memberikan rangsangan taktik yang di berikan dengan sentuhan lembut, memperkuat efek *massage* untuk meningkatkan relaksasi otot, serta memberikan perasaan tenang pada ujung ujung saraf dan dapat menghilangkan rasa nyeri (Septari, 2023).3.

3. Asuhan Kebidanan Persalinan

a. Pengertian

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prajayanti 2023). Persalinan adalah serangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi, plasenta dan selaput ketuban oleh ibu. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap (Anggreni & Rochimin, 2022a).

Persalinan adalah suatu kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan yang kemudian, disusul dengan pengeluaran placenta dan selaput janin (Rinata & Andayani, 2018). Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar rahim melalui jalan lahir atau jalan lahir (Diana & Rufaida, 2019). Persalinan adalah pengeluaran janin yang cukup bulan, beserta plasenta dan selaputnya melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (Pekabanda *et al.*, 2023).

Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologi yang normal dalam kehidupan. Kelahiran seorang bayi juga merupakan peristiwa sosial bagi ibu dan keluarga. Peranan ibu adalah melahirkan bayinya, sedangkan peranan keluarga adalah memberikan bantuan dan dukungan pada ibu ketika terjadi proses persalinan. Dalam hal ini

peranan petugas kesehatan tidak kalah penting dalam memberikan bantuan dan dukungan pada ibu agar seluruh rangkaian proses persalinan berlangsung dengan aman baik bagi ibu maupun bayi yang dilahirkan (Anggreni & Rochimin, 2022).

b. Sebab – sebab mulainya persalinan

Menurut Dianika Sri Cahyani (2023), Beberapa teori yang menyebabkan mulainya persalinan adalah sebagai berikut:

a) Penurunan Kadar Progesteron

Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu.

b) Teori Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Di akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga oksitosin bertambah dan meningkatkan aktivitas otot-otot rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga terdapat tanda-tanda persalinan.

c) Keregangan Otot-Otot

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Seperti halnya dengan Bladder dan Lambung, bila dindingnya teregang oleh isi yang bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot dan otot-otot rahim makin rentan. Contoh,

pada kehamilan ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu sehingga menimbulkan proses persalinan.

d) **Pengaruh Janin**

Hipofise dan kelenjar suprarenal janin rupa-rupanya juga memegang peranan karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa, karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturasi janin, dan induksi (mulainya) persalinan.

e) **Teori Prostaglandin**

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 atau E2 yang diberikan secara intravena, intra dan extra amnial menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap umur kehamilan. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat keluar. Prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. Hal ini juga didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun daerah perifer pada ibu hamil, sebelum melahirkan atau selama persalinan.

c. Tanda -tanda persalinan

Tanda – tanda persalinan sudah dekat menurut (Nur Nugraheni, 2022) Adalah:

1) *Tanda lightening*

Menjelang minggu ke 36, tanda primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan: kontraksi *Braxton Hiks*, ketegangan dinding perut, ketegangan ligamentum rotundum, dan gaya berat janin dimana kepala ke arah bawah. Masuknya bayi ke pintu atas panggul menyebabkan ibu merasakan:

a) Ringan dibagian atas, dan rasa sesaknya berkurang.

b) Bagian bawah perut ibu terasa penuh dan mengganjal.

c) Terjadinya kesulitan saat berjalan.

d) Sering kencing (pollakiuria)

2) Terjadinya his permulaan

Makin tua kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesteron makin berkurang sehingga produksi oksitosin meningkat, dengan demikian dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering, his permulaan ini lebih sering diistilahkan sebagai his palsu. Sifat his palsu meliputi rasa nyeri ringan di bagian bawah, datangnya tidak teratur, tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda - tanda kemajuan persalinan, durasinya his pendek, tidak bertambah bila beraktivitas Sedangkan his persalin meliputi pinggangnya terasa sakit dan menjalar kedepan, sifat his teratur, interval semakin pendek, dan kekuatan semakin besar, terjadinya perubahan pada serviks, jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatan hisnya akan bertambah.

3) Keluarnya lendir bercampur darah pervaginam (*show*)

Lendir berasal dari pembukaan yang menyebabkan lepasnya lendir dari kanalis servikalis. Sedangkan pengeluaran darah disebabkan robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka.

4) Ketuban pecah dengan sendirinya

Jika ketuban telah pecah, diharapkan persalinan dapat berlangsung dalam waktu 24 jam, namun apabila tidak tercapai maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu seperti ekstraksi vakum, atau *sectio caesaria*.

5) Dilatasi atau *effacement*

Dilatasi adalah terbukanya kanalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. Effacement adalah pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semula panjang 1-2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal hanya ostium yang tipis seperti kertas

d. Faktor – Faktor yang mempengaruhi Persalinan

Menurut Tambunan (2019), Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan yaitu:

1) Faktor *passage* (jalan lahir)

Merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks dan vagina. Syarat agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal.

2) Faktor Power

Power adalah kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu. Power merupakan tenaga primer atau kekuatan utama yang dihasilkan oleh adanya kontraksi dan retraksi otot-otot rahim. His yang tidak adekuat adalah suatu keadaan dimana his tidak normal, baik kekuatan maupun sifatnya sehingga menghambat kelancaran persalinan. Yaitu kurang dari 3 x dalam 10 menit dalam durasi kurang dari 40 detik pertimbangkan adanya inersia uteri. His yang adekuat (kontraksi uterus minimal 2x dalam 10 menit).

3) Faktor Passenger

a) Janin

Bagian yang paling besar dan keras dari janin adalah kepalanya janin.

Posisi dan besar kepala mempengaruhi jalan persalinan.

b) Plasenta

Plasenta juga harus melalui jalan lahir, ia juga dianggap sebagai penumpang atau penumpang yang menyertai janin namun plasenta jarang menghambat pada persalinan normal.

c) Air ketuban

Penurunan adalah gerakan bagian persentasi melewati panggul, penurunan ini terjadi atas tiga kekuatan yaitu salah satunya adalah tekanan dari cairan amnion dan

juga disaat terjadinya dilaktasi serviks atau pelebaran muara dan saluran serviks yang terjadi diawal persalinan dapat juga terjadi karena tekanan yang timbulnya oleh cairan amnion selama ketuban masih utuh.

4) Psikis

Perasaan positif berupa kelegaan hati. Seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitis “kewanitaan sejati” yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan atau memproduksi anaknya. Psikologis meliputi:

- a) Kondisi psikologis ibu sendiri, emosi dan mempersiapkan intelektual
- b) Pengalaman melahirkan bayi sebelumnya.
- c) Kebiasaan adat.
- d) Dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.

e. Penolong persalinan

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini bidan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Proses tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan.

f. Tahapan persalinan

Menurut Kristina (2019) tahapan dalam persalinan dibagi menjadi 4 bagian yaitu:

1) Kala I

Pengertian Kala I Kala I dimulai dengan serviks membuka sampai terjadi pembukaan 10 cm. Kala I dinamakan juga kala pembukaan. Dapat dinyatakan partus dimulai bila timbul his dan wanita mengeluarkan lendir yang bersama darah disertai dengan pendataran (*effacement*). Lendir bersemu (*bloodyshow*) darah berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pembuluhpembuluh kapiler yang berada di sekitar kanalis servikalis (kanalis servikalis pecah karena pergeseran-pergeseran ketika serviks membuka). Kala I selesai apabila

pembukaan serviks uteri telah lengkap, pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 13 jam, dan multigravida kira-kira 7 jam.

Menurut Kristina (2019) berdasarkan kemajuan pembukaan serviks kala I di bagi menjadi:

- (a) Fase laten yaitu fase pembukaan yang sangat lambat dari 0 sampai 3 cm yang membutuhkan waktu $\pm$ 8 jam, his masih lemah dengan frekuensi jarang, pembukaan terjadi sangat lambat.
- (b) Fase aktif yaitu fase pembukaan yang lebih cepat yang terbagi lagi menjadi:
 - (1) Fase akselerasi (fase percepatan), dari pembukaan 3 cm sampai 4 cm yang dicapai dalam 2 jam.
 - (2) Fase dilatasi maksimal, dari pembukaan 4 cm sampai 9 cm yang dicapai dalam 2 jam.
 - (3) Fase deselerasi (kurangnya kecepatan), dari pembukaan 9 cm sampai 10 cm selama 2 jam.

His tiap 3-4 menit 18 selama 40 detik fase-fase tersebut di atas dijumpai pada primigravida. Pada multigravidapun terjadi demikian, akan tetapi fase laten, fase aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Mekanisme menemukannya serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primigravida ostium uteri internum akan membuka lebih dahulu sehingga serviks akan mendatar dan menipis selama 40 detik fase-fase tersebut di atas dijumpai pada primigravida. Pada multigravidapun terjadi demikian, akan tetapi fase laten, fase aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Mekanisme menemukannya serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primigravida ostium uteri internum akan membuka lebih dahulu sehingga serviks akan mendatar dan menipis.

Kontraksi rahim yang terjadi selama kala I persalinan berperan penting dalam

membuka dan menipiskan leher rahim, namun proses ini juga memicu iskemia jaringan rahim, yang menjadi penyebab utama timbulnya rasa nyeri pada ibu.

2) Kala II

Kala II disebut juga kala pengeluaran. Kala II dimulai dari pembukaan lengkap sampai keluarnya/lahirnya bayi. Pada kala II his menjadi lebih kuat dan lebih cepat, kira-kira sampai 2-3 menit sekali dengan durasi >40 detik. Pada saat ini biasanya kepala bayi sudah masuk Pintu Atas Panggul dan memberi tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara refleks akan membuat ibu ingin mencedan. Ibu juga akan merasakan tekanan pada rektum dan ibu terasa hendak buang air besar. Kemudian perineum mulai menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka, dan labia juga mulai membuka. Tidak lama kemudian kepala janin akan mulai tampak di vulva. Dengan ditambah dorongan mencedan dari ibu maka berturut-turut lahirlah ubun-ubun besar, dahi, muka, dan dagu melewati perineum. Setelah beristirahat his akan kembali melahirkan badan bayi. Pada primigravida kala II berlangsung kira-kira 2 jam dan pada ibu multigravida akan berlangsung kira-kira 1 jam.

3) Kala III

Menurut Kristina (2019) kala III dimulai dari bayi lahir sampai dengan plasenta lahir. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam waktu 6-15 menit setelah bayi lahir secara spontan maupun dengan tekanan pada fundus uteri. Setelah plasenta lahir, apakah kotiledon-kotiledon sudah lahir lengkap atau masih ada yang tersisa di kavum uteri. Harus juga diperhatikan apakah uterus berkontraksi dengan baik atau tidak. Kala III ini tidak kalah pentingnya dengan kala I dan II. Kelalaian dalam melakukan pertolongan Kala III dapat menyebabkan perdarahan bahkan sampai kematian.

4) Kala IV

Menurut Kristina (2019) kala IV adalah 0 menit sampai 2 jam setelah persalinan plasenta berlangsung, ini merupakan masa kritis bagi ibu karena kebanyakan wanita melahirkan kehabisan darah atau mengalami suatu keadaan yang menyebabkan kematian pada kala IV.

Nyeri selama persalinan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari proses fisiologis tahapan melahirkan. Hal ini terjadi akibat kontraksi rahim yang berfungsi untuk mendorong bayi keluar dan penipisan serta pembukaan leher rahim yang memungkinkan jalur kelahiran. Saat rahim berkontraksi, suplai darah ke jaringan rahim sementara terhambat, menyebabkan iskemia yang menjadi sumber utama rasa nyeri. Intensitas nyeri biasanya meningkat seiring dengan kemajuan tahapan persalinan, dari fase awal hingga fase aktif, menciptakan tantangan fisik dan emosional bagi ibu yang melahirkan. Dengan memahami hubungan antara tahapan persalinan dan nyeri, tenaga medis dapat memberikan dukungan optimal untuk membantu ibu melalui proses ini (Siahaan & Septiwiarsi, 2022).

g. Penggunaan Partograf

Menurut JNPK-KR (2017), partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah:

- a) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.
- b) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.
- c) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik 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 (JNPK-KR, 2017).

Jika digunakan dengan tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk mencatat kemajuan persalinan, mencatat kondisi ibu dan janin, mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran, menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan dan menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dengan tepat waktu (JNPK-KR, 2017). Partograf harus digunakan untuk semua ibu dalam fase aktif kala I persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan, selama persalinan dan kelahiran bayi di semua tempat dan secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya (JNPK-KR, 2017).

Penggunaan partograf secara rutin dapat memastikan bahwa ibu dan bayinya mendapatkan asuhan yang aman, adekuat dan tepat waktu serta membantu mencegah terjadinya penyulit yang dapat mengancam keselamatan jiwa mereka (JNPK-KR, 2017). Lima Benang Merah Asuhan Persalinan :

- a) Membuat Keputusan Klinik
- b) Asuhan Sayang Ibu dan Asuhan Sayang Anak
- c) Pencegahan Infeksi
- d) Pencatatan (Rekam Medik) Asuhan Persalinan
- e) Rujukan.

h. Asuhan Komplementer Persalinan

1) Terapi Musik

Terapi musik klasik merupakan suatu proses yang menggabungkan antara aspek

penyembuhan musik itu sendiri dengan kondisi dan situasi; fisik/tubuh, emosi, mental, spiritual, kognitif dan kebutuhan sosial seseorang dengan menggunakan bunyi atau irama tertentu. (Dwin, 2020). Terapi musik klasik dapat mengatasi nyeri berdasarkan teori *Gate Control*, bahwa impuls nyeri dapat diatur atau dihambat oleh mekanisme pertahanan disepanjang sistem saraf pusat. Teori ini mengatakan bahwa impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan ditutup. Salah satu cara menutup mekanisme pertahanan ini adalah dengan merangsang sekresi endorfin yang akan menghambat impuls nyeri (Dwin, 2020).

Mendengarkan musik juga dapat menurunkan stimulus sistem saraf simpatis. Respon yang muncul dari penurunan aktifitas tersebut adalah menurunnya *heart rate*, *respiratory rate*, *metabolic rate*, konsumsi oksigen menurun, ketegangan otot menurun, level sekresi epineprin menurun, asam lambung menurun, meningkatkan motilitas, penurunan kerja kelenjar keringat, dan penurunan tekanan darah (Dwin, 2020).

Penelitian Somoyani *et al* (2017) menunjukkan adanya perbedaan tingkat nyeri persalinan antara ibu yang mendengarkan musik klasik Mozart dan musik Bali dibandingkan dengan kelompok kontrol. Kedua jenis musik tersebut terbukti memberikan efek positif dalam menurunkan persepsi nyeri selama persalinan. Berdasarkan temuan ini, peneliti merekomendasikan agar tenaga kesehatan mempertimbangkan penggunaan terapi musik sebagai salah satu metode nonfarmakologis dalam asuhan persalinan untuk membantu meningkatkan kenyamanan ibu.

2) Penggunaan Brithing Ball

Birthing Ball adalah terapi fisik atau latihan sederhana dengan menggunakan bola, dan dapat digunakan oleh ibu hamil, ibu melahirkan dan ibu nifas. Bola ini dapat membantu ibu yang sedang dalam inpartu kala I yang berguna untuk kemajuan persalinan. *Birthing ball* atau biasa disebut bola persalinan memiliki ukuran yang

cukup besar dan bentuknya menyerupai bola gym, perbedaannya terlihat dari besar ukurannya, bola persalinan memiliki ukuran jauh lebih besar dengan tinggi sekitar 65-75 cm jika sudah dipompa dan sudah dirancang khusus agar tidak licin saat dipergunakan di lantai, sehingga bola persalinan ini aman digunakan oleh ibu hamil (Lubis, 2021).

Menurut Wijayanti *et al.*, (2021), teknik *birthing ball* mekanismenya dijelaskan melalui perubahan posisi panggul dan gravitasi tubuh yang membantu turunnya kepala janin, sehingga tekanan pada serviks menjadi lebih teratur dan kontraksi menjadi lebih efisien. Gerakan duduk, menggoyang, dan berputar di atas bola dapat meningkatkan sirkulasi darah ke uterus dan otot panggul, mengurangi ketegangan otot punggung bawah, serta membantu relaksasi. Relaksasi ini menurunkan stimulasi reseptor nyeri di saraf perifer sehingga menurunkan persepsi nyeri.

3) *Massage Effleurage*

Massage Effleurage merupakan salah satu teknik pijat yang dilakukan dengan menggunakan telapak tangan untuk memberikan tekanan lembut pada permukaan tubuh melalui gerakan melingkar secara berulang. Teknik ini dapat diterapkan pada berbagai bagian tubuh. Pemijatan yang dilakukan di sela-sela kontraksi berpotensi membantu dalam mengurangi intensitas nyeri pada ibu bersalin (Putri, dkk., 2022). Menurut Ellysusilawati (2018) teknik *massage effleurage* juga berperan dalam menstimulasi pelepasan endorfin pada sel-sel saraf di sumsum tulang belakang dan otak sehingga transmisi impuls nyeri dapat dihambat. Kondisi ini menyebabkan terjadinya perubahan dalam persepsi nyeri yang dirasakan. Selain berfungsi sebagai metode dalam mengurangi nyeri, teknik ini juga mampu menurunkan ketegangan otot serta meningkatkan sirkulasi darah pada daerah yang mengalami nyeri

4) Pijat Endorphin

Pijat endorphen merupakan teknik sentuhan dan pemijatan ringan yang berfungsi untuk menstabilkan denyut jantung serta tekanan darah sekaligus meningkatkan kondisi relaksasi pada tubuh ibu bersalin. Tujuan pijat endorphen adalah untuk mengurangi hingga menghilangkan rasa nyeri pada ibu menjelang persalinan. Pijatan yang dilakukan secara lembut disertai dengan kata-kata yang menenangkan dari petugas kesehatan dapat merangsang pelepasan hormone endorphen sehingga berperan dalam meningkatkan relaksasi serta menurunkan persepsi nyeri (Dewi, 2023).

4. Asuhan Kebidanan Masa Nifas

a. Pengertian masa nifas

Masa nifas merupakan periode yang dimulai setelah proses persalinan selesai dan berakhir ketika organ reproduksi kembali ke kondisi seperti sebelum kehamilan. Periode ini umumnya berlangsung selama kurang lebih enam minggu atau 42 hari (Wahyuningsih, 2018).

b. Tahapan masa nifas

Selama masa nifas, perlu dilakukan pengawasan secara cermat untuk memantau perubahan fisiologis serta untuk mendeteksi secara dini tanda-tanda yang mengarah ke patologis pada setiap tahapannya. Proses pemulihan system reproduksi pada masa nifas dibagi menjadi empat periode, yaitu (Wahyuningsih, 2018):

1) Periode *immediate postpartum*

Periode ini berlangsung sejak plasenta lahir hingga 24 jam pertama setelah persalinan. Ini merupakan fase kritis karena berisiko tinggi terjadi pendarahan postpartum terutama akibat atonia uteri. Oleh karena itu, bidan perlu melakukan pemantauan secara berkelanjutan terhadap kontraksi uterus, pengeluaran lokea, kondisi kandung kemih, tekanan darah, dan suhu tubuh ibu.

2) Periode *early postpartum*

Pada fase ini, bidan memastikan bahwa poses involusi uterus berlangsung normal, tidak terjadi pendarahan

3) Periode *late postpartum*

Pada tahap ini, tenaga kesehatan tetap memberikan asuhan dan pemeriksaan rutin harian, serta melakukan konseling terkait perencanaan KB.

4) *Remote puerperium*

Periode ini merupakan waktu yang dibutuhkan ibu untuk pulih sepenuhnya hingga kembali sehat terutama apabila selama kehamilan dan persalinan terdapat komplikasi atau penyulit.

c. Perubahan Fisiologis dan Psikologis Masa Nifas

Perubahan fisiologis pada masa nifas menurut Wahyuningsih (2018), yaitu:

1) Perubahan involusio

Involusi uterus merupakan proses kembalinya uterus ke kondisi sebelum kehamilan dengan berat sekitar 30 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir sebagai akibat dari kontraksi otot uterus.

Tabel 3
Perubahan Uterus Selama Masa Nifas

Waktu	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat, 2 jari dibawah pusat	1000 gram
1 minggu	Pertengahan pusat simpisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba	350 gram

6 minggu

Normal

60 gram

Sumber: Wahyuningsih, H.P. Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui. 2018

2) Perubahan Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. *Lochea* terbagi 4 tahap yaitu:

- a) *Lochea rubra*: merupakan cairan yang keluar pada hari pertama hingga hari ketiga postpartum, berwarna merah karena mayoritas terdiri dari darah segar, sisa lanugo bayi, mekonium, sisa jaringan placenta.
- b) *Lochea sanguinolenta*: merupakan cairan yang keluar dari hari keempat hingga hari ketujuh postpartum. Berwarna kecoklatan dan berlendir, mengandung campuran darah, lender serviks, serta sisa-sisa selaput ketuban.
- c) *Lochea serosa*: lochea yang keluar pada hari kedelapan hingga hari ke-14 postpartum, berwarna kekuningan karena mengandung serum dan leukosit serta sisa-sisa plasenta.
- d) *Lochea alba*: lochea yang keluar setelah 14 hari masa nifas, berwarna putih dan mengandung leukosit dan serum.

3) Laktasi

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) merupakan salah satu intervensi yang efektif dalam mendukung kelancaran produksi dan pengeluaran ASI apabila dilaksanakan secara optimal. Secara fisiologis, proses laktasi telah dipersiapkan sejak masa kehamilan. ASI mengalami beberapa tahapan perkembangan, dimulai dari kolostrum hingga menjadi ASI matur. Kolostrum adalah jenis ASI yang diproduksi pada hari pertama hingga hari ketiga postpartum dengan karakteristik warna kekuningan dan bertekstur lebih kental akibat kandungan lemak, sel epitel, serta protein yang tinggi. Selanjutnya kolostrum akan mengalami perubahan menjadi ASI peralihan yang terbentuk pada hari keempat hingga kesepuluh postpartum. Setelah hari kesepuluh postpartum, ASI matur akan mulai diproses.

d. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Menurut Reva Rubin (1991) dalam Wahyuningsih (2018) terdapat tiga fase dalam masa adaptasi peran pada masa nifas yaitu:

- 1) Periode *taking in (fase dependent)*: Periode *taking in* merupakan periode awal masa nifas yang berlangsung pada hari pertama hingga hari ketiga setelah persalinan. Pada tahap ini, ibu umumnya menunjukkan sikap pasif dan masih tergantung pada orang lain, dengan perhatian yang lebih terfokus pada kondisi fisiknya sendiri. Ibu cenderung menceritakan ulang kembali pengalaman persalinan yang telah dilewatinya sebagai proses adaptasi psikologis. Selain itu, pada fase ini, ibu memerlukan waktu istirahat yang cukup guna mendukung pemulihan kondisi tubuhnya.
- 2) Periode *taking hold (fase independent)*: Periode ini berlangsung pada hari kedua hingga hari keempat pasca persalinan. Pada periode ini, ibu mulai memusatkan perhatian pada kemampuannya dalam menjalankan peran sebagai orang tua serta meningkatkan rasa tanggung jawab terhadap bayinya. Selain itu, ibu juga mulai memperhatikan pengendalian fungsi fisiologis tubuh, seperti buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK), serta pemulihan kekuatan dan daya tahan tubuh. dalam tahap ini, ibu berupaya mengembangkan dan menguasai keterampilan dasar dalam perawatan bayi seperti menggendong, memandikan, dan mengganti popok (Reva Rubin, 1991 dalam Wahyuningsih, 2018).
- 3) Periode *letting go (fase interdependent)*: Periode ini berlangsung setelah ibu diijinkan pulang ke rumah setelah persalinan. Pada tahap ini, ibu telah mengambil tanggung jawab penuh dalam perawatan bayi serta dituntut untuk mampu beradaptasi dengan peran barunya sebagai ibu. Meskipun memiliki kebutuhan pribadi, ibu diharapkan tetap dapat menjalankan perannya secara optimal. Selain itu, fase ini juga merupakan periode yang rentan terhadap terjadinya depresi postpartum. (Reva Rubin, 1991 dalam Wahyuningsih, 2018).

e. *Postpartum Blues*

Postpartum blues merupakan suatu kondisi perubahan psikologis yang dialami ibu pada masa nifas. Kondisi ini dapat dipengaruhi oleh pengalaman ibu pada masa nifas sebelumnya, yang berperan dalam kemampuan adaptasi terhadap perubahan emosional dan psikologis pada periode postpartum saat ini. Ini biasa terjadi pada hari ketiga hingga hari kelima setelah persalinan, namun pada beberapa kasus dapat berlangsung hingga satu minggu atau lebih. Secara klinis, kondisi ini bersifat ringan dan sementara. Manifestasi yang muncul antara lain perasaan sedih, kecemasan tanpa sebab yang jelas, mudah menangis, perubahan emosi, ketidaksabaran, penurunan rasa percaya diri, peningkatan sensitivitas, mudah tersinggung, serta perasaan kurang memiliki kedekatan atau kasih sayang terhadap bayinya (Wahyuningsih, 2018).

f. *Kebutuhan Dasar Ibu Nifas*

Menurut Wahyuningsih (2018) kebutuhan ibu nifas yaitu sebagai berikut:

1) Nutrisi

Pada periode nifas dan laktasi, kebutuhan nutrisi perempuan meningkat sekitar 25%, yang esensial untuk mendukung proses penyembuhan pascapersalinan serta produksi air susu ibu (ASI) guna memenuhi nutrisi optimal bayi (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Kebutuhan energi harian bagi ibu nifas dan menyusui direkomendasikan sebesar 3.000–3.800 kkal, sebagaimana dikemukakan dalam pedoman gizi nasional. Selain itu, hidrasi memainkan peran krusial; ibu menyusui disarankan mengonsumsi minimal 3– 4 liter air per hari, dengan rekomendasi praktis untuk minum segera setelah setiap sesi menyusui. Secara spesifik, pada enam bulan pertama laktasi, kebutuhan cairan minimal mencapai 14 gelas (setara 3–4 liter) per hari, sedangkan pada enam bulan berikutnya turun menjadi 12 gelas (setara 3 liter) per hari (WHO, 2019). Sumber utama vitamin A, yang vital untuk kesehatan mata dan imunitas, meliputi kuning telur, hati sapi, mentega, sayuran hijau daun (seperti bayam dan kangkung), serta wortel.

2) Ambulasi, istirahat, dan exercise

a. Ambulansi

Mobilisasi dini postpartum, yang dikenal juga sebagai early ambulation, merupakan intervensi keperawatan yang bertujuan untuk membimbing klien bangun dari tempat tidur dan melakukan aktivitas berjalan sesegera mungkin pasca persalinan. Klien umumnya diperbolehkan bangun dalam rentang 24–48 jam postpartum, tergantung kondisi klinisnya. Tujuan utama dari ambulansi dini mencakup peningkatan kesejahteraan subjektif klien—seperti rasa nyaman, kesehatan, dan kekuatan fisik—serta optimalisasi fungsi fisiologis, termasuk perbaikan peristaltik usus, tonus kandung kemih, serta sirkulasi dan perfusi darah yang lebih lancar (Fitriani & Wahyuni, 2021). Pada kasus persalinan pervaginam normal, protokol bertahap dimulai dua jam postpartum dengan posisi miring kiri atau kanan. Jika kondisi maternal stabil, aktivitas secara progresif ditingkatkan ke posisi duduk, berdiri, dan berjalan di sekitar area tempat tidur. Pendekatan ini tidak hanya meminimalkan risiko komplikasi seperti trombosis vena dalam, tetapi juga mempercepat adaptasi postpartum.

b. Istirahat

Disarankan agar ibu postpartum menjaga istirahat yang cukup guna mencegah kelelahan berlebih yang dapat mengganggu proses pemulihan. Kegiatan rumah tangga dapat dimulai secara bertahap dan progresif, dengan memanfaatkan waktu istirahat siang hari untuk tidur restoratif. Kekurangan istirahat berpotensi menimbulkan dampak multidimensi, antara lain penurunan produksi air susu ibu (ASI), penghambatan proses involusi uteri disertai peningkatan perdarahan postpartum, serta risiko depresi postpartum yang menghambat kemampuan ibu dalam merawat diri sendiri dan bayi (Fitriani & Wahyuni, 2021). Intervensi ini sejalan dengan prinsip adaptasi fisiologis dan psikososial pada fase nifas, di mana istirahat memediasi keseimbangan hormon dan pemulihan energi maternal.).

c. Senam kegel

Merupakan latihan fisik ringan untuk memperkuat otot dasar panggul perlu dilakukan dengan latihan peregangan dan relaksasi otot dasar panggul. Segera lakukan senam kegel pada hari pertama post-partum bila memungkinkan senam kegel mempunyai beberapa manfaat antara lain membuat jahitan lebih rapat, mempercepat penyembuhan, mengurangi nyeri luka jahitan perineum, (Wahyuningsih, 2018).

d. Eliminasi

Seorang ibu nifas dalam keadaan normal dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam. Ibu diusahakan buang air kecil sendiri, agar buang air besar dapat dilakukan secara teratur dapat dilakukan dengan diet teratur, pemberian cairan banyak, makanan yang cukup serat dan olahraga, (Fitriani dan Wahyuni, 2021).

e. Kebutuhan *personal hygiene*

Ibu nifas dianjurkan mempertahankan kebersihan payudara dengan membersihkan areola dan puting susu pasca setiap sesi laktasi. Kebersihan genital dijaga melalui pergantian pembalut setiap kali basah untuk mencegah infeksi (Wahyuningsih, 2018).

f. Kebutuhan seksual

Setelah persalinan, ibu boleh melakukan hubungan intim saat ibu merasa siap secara psikologis dan fisik. Secara fisik, Ibu sudah bisa melakukan hubungan seksual saat ibu bisa memasukkan satu atau dua jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri dan saat pengeluaran darah sudah berhenti (Fitriani dan Wahyuni, 2021).

g. Kebutuhan Keluarga Berencana (KB)

Standarisasi pelayanan kontrasepsi mencakup tahap prapelayanan yang terdiri atas komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE), konseling, serta skrining kelayakan medis. Tahap ini bertujuan untuk mengkaji kondisi kesehatan klien guna menyesuaikan metode kontrasepsi yang dipilih, dengan bantuan alat Kriteria Kelayakan Medis Kontrasepsi (KLOP) dalam bentuk diagram lingkaran. Persetujuan informed consent atas tindakan

tenaga kesehatan diperoleh secara tertulis atau lisan (Kemenkes RI, 2021). Prosedur ini memastikan pemilihan metode yang aman dan efektif, minimalkan risiko adversa, serta tingkatkan kepatuhan klien postpartum.g. Asuhan kebidanan pada masa nifas.

Pelayanan pascapersalinan dilaksanakan minimal 4 (empat) kali yaitu (Kemenkes RI, 2021):

1) Kunjungan pertama (KF1): 4-48 jam postpartum

Asuhan pada KF 1 mencakup pemeriksaan *vital sign*, monitoring lochea, inspeksi karakteristik cairan vaginal, evaluasi payudara, serta anjuran ASI ondemand. Suplementasi yang diberikan berupa kapsulvitamin A 200.000 IU dan tablet Fe harian.

2) Kunjungan nifas kedua (KF2): hari ketiga hingga ketujuh

Pelayanan serupa dengan KF 1, dengan penekanan pada pemantauan lochea, pemeriksaan payudara, anjuran ASI eksklusif selama enam bulan, dan melanjutkan untuk konsumsi tablet Fe harian.

3) Kunjungan nifas lengkap (KF3): hari kedelapan hingga ke 28 post-partum

Asuhan sama dengan KF 2, fokus pada kontinuitas monitoring lochea, status payudara, ASI eksklusif, dan suplementasi tablet Fe.

4) Kunjungan nifas keempat (KF 4): hari ke-29 sampai hari ke-42

Pemeriksaan sama dengan KF 4, ditambahkan pelayanan KB postpartum, anjurkan ASI eksklusif dan tablet harian.

g. Asuhan kebidanan komplementer pada masa nifas

1) Pijat Oksitosin

Salah satu asuhan komplementer atau nonfarmakologis yang dilakukan pada masa nifas yaitu pijat oksitosin. Pijat oksitosin adalah pemijatan yang dilakukan kepada ibu menyusui dengan cara memijat dari bagian leher belakang hingga ke daerah punggung di sepanjang sisi tulang belakang. Pemijatan ini dilakukan untuk merangsang pengeluaran hormone oksitosin yang akan menyebabkan let down refleks. Pijat oksitosin bertujuan untuk membuat ibu merasa lebih rileks dan nyaman sehingga merangsang pengeluaran ASI menjadi lebih lancar (Apreliasari dan Risnawati, 2020).

Stimulasi atau pijatan area tulang belakang dapat memicu pelepasan neurotransmitter yang kemudian merangsang medulla oblongata. Selanjutnya, rangsangan tersebut diteruskan ke hipotalamus dan hipofisis anterior untuk memicu sekresi hormone oksitosin. Hormon ini berperan dalam merangsang pengeluaran air susu dari payudara (let down refleks). Selain itu, pijatan pada tulang belakang juga memberikan efek relaksasi dan membantu mengurangi stress sehingga mendukung peningkatan produksi oksitosin yang pada akhirnya memperlancar proses pengeluaran ASI (Tyas, dkk., 2023).

5. Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

Bayi baru lahir atau neonatus merupakan bayi yang berusia 0 hingga 28 hari setelah lahir (Permenkes RI, 2014). Ciri-ciri bayi sehat yaitu bayi sehera menangis saat dilahirkan, kulit bayi berwarna kemerahan, gerak bayi aktif berat badan saat lahir berkisar diantara 2500-4000 gram (Armini, dkk, 2017).

Asuhan yang diberikan kepada bayi baru lahir dimulai segera setelah bayi lahir hingga bayi berusia 28 hari. Pelayanan untuk neonatus dilaksanakan sejak usia 6 jam sampai dengan 28 hari, meliputi menjaga kestabilan suhu tubuh bayi, melakukan pemeriksaan neonatus dengan pendekatan Manajemen Terpatu Bayi Muda (MTBM), memberikan bimbingan dalam pemberian ASI serta memantau kecukupannya, menerapkan Perawatan Metode Kangguru (PMK),

memantau pertumbuhan neonatus, serta mengidentifikasi permasalahan yang umum terjadi pada bayi.

Pelayanan neonatal esensial dilaksanakan melalui tiga kali kunjungan, yaitu:

1) Kunjungan pertama (KN 1) pada usia 6-48 jam.

Asuhan yang diberikan mencakup menjaga kehangatan bayi, pemberian ASI eksklusif, mencegah infeksi, perawatan mata dan tali pusat, pemberian vitamin K sebanyak 1mg secara intramuscular, serta pemberian imunisasi hepatitis B (Hb0) dosis awal.

2) Kunjungan kedua (KN 2) pada usia 3-7 hari.

Asuhan yang diberikan meliputi pemeliharaan suhu tubuh bayi, pemberian ASI eksklusif, memandikan bayi, perawatan tali pusat, serta pemberian imunisasi.

3) Kunjungan ketiga (KN 3) pada usia 8-28 hari.

Asuhan yang dilakukan meliputi pemeriksaan tanda bahaya dan gejala penyakit, menjaga kehangatan tubuh bayi, pemberian ASI eksklusif, serta imunisasi (Permenkes 21, 2021).

b. Komponen bayi baru lahir

Komponen asuhan pada bayi baru lahir meliputi beberapa aspek penting. Pertama, Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dilakukan segera setelah kelahiran dengan menempatkan bayi dalam posisi terkurap di dada ibu untuk memungkinkan kontak kulit ke kulit selama minimal satu jam hingga bayi mampu menyusu secara mandiri dengan bayi diberi penutup kepala dan selimut. Kedua, pemotongan dan perawatan tali pusat yang dilakukan secara benar serta pelepasan tali pusat dalam minggu pertama terbukti dapat menurunkan risiko infeksi pada neonatus dengan prinsip utama perawatan ini adalah menjaga tali pusat tetap bersih dan kering serta mencuci tangan sebelum perawatan.

Ketiga, pemberian vitamin K sebanyak 1 mg secara intramuskular dilakukan setelah satu jam kontak kulit ke kulit dan setelah bayi menyusu, guna mencegah perdarahan akibat

defisiensi vitamin K. Keempat, pemberian salep mata antibiotik dilakukan setelah satu jam kontak kulit ke kulit dan setelah bayi menyusui, dengan tujuan mencegah infeksi mata dan harus diberikan dalam waktu satu jam setelah kelahiran agar efektif.

Kelima, pemberian imunisasi hepatitis B pada bayi baru lahir bertujuan untuk mencegah penularan infeksi hepatitis B, terutama dari ibu ke bayi. Imunisasi ini diberikan satu jam setelah pemberian vitamin K, yaitu saat bayi berusia sekitar dua jam. Selain itu, pada bayi yang lahir di fasilitas kesehatan, dianjurkan pemberian imunisasi BCG dan OPV sebelum bayi dipulangkan. Keenam, pemeriksaan fisik bayi baru lahir merupakan langkah penting yang dilakukan pada hari pertama kehidupan, mengingat adanya berbagai perubahan fisiologis saat bayi beradaptasi dari kehidupan intrauterin ke ekstrauterin. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mendeteksi secara dini kemungkinan adanya kelainan pada bayi.

6. Asuhan kebidanan komplementer pada bayi berupa pijat bayi

a. Pengertian Pijat Bayi

Pijat bayi merupakan salah satu bentuk asuhan kebidanan komplementer yang diberikan pada bayi. Pijat bayi dapat diartikan sebagai tindakan stimulasi melalui sentuhan berupa usapan lembut atau rangsangan taktil yang dilakukan pada permukaan kulit. Tindakan ini melibatkan manipulasi jaringan maupun organ tubuh yang bertujuan untuk memberikan efek positif terhadap sistem saraf, otot, serta sistem pernapasan, sekaligus membantu meningkatkan kelancaran sirkulasi darah (Roesli, 2016).

b. Manfaat Pijat Bayi

Pijat bayi memiliki berbagai manfaat bagi kesehatan dan perkembangan bayi, antara lain meningkatkan jumlah serta aktivitas sitotoksik system imun, khususnya sel pembunuh alami, memengaruhi gelombang otak ke arah yang lebih positif, serta memperbaiki system sirkulasi darah dan fungsi pernafasan. Selain itu, pijat bayi juga berperan dalam merangsang system pencernaan dan eksresi, mendukung peningkatan berat badan, serta membantu

mengurangi stress, ketegangan pada bayi. Manfaat lainnya meliputi peningkatan kewaspadaan bayi, kualitas tidur lebih baik, penurunan rasa nyeri, serta pengurangan keluhan seperti kembung dan kolik. Pijat bayi juga berkontribusi dalam memperkuat ikatan emosional antara orang tua dan bayi (bonding).

c. Cara melakukan pijat bayi

Pelaksanaan pijat bayi perlu disesuaikan dengan usia bayi. Pada bayi usia kurang dari satu bulan, dianjurkan penggunaan gerakan yang sangat lembut berupa usapan ringan. Sebelum tali pusat terlepas, pemijatan pada area perut sebaiknya dihindari. Pada usia satu hingga tiga bulan, pijatan dapat dilakukan dengan gerakan halus disertai tekanan ringan dalam durasi yang singkat. Sementara itu, pada usia tiga bulan hingga tiga tahun, intensitas tekanan dan durasi pijatan ditingkatkan secara bertahap sesuai dengan perkembangan bayi (Mahayu, 2016).

d. Teknik pijat bayi

Teknik pijat bayi sebaiknya diawali dari bagian kaki, karena umumnya bayi lebih mudah menerima stimulasi pada area tersebut. Hal ini bertujuan untuk membantu bayi beradaptasi terhadap sentuhan sebelum dilakukan pemijatan pada bagian tubuh lainnya (Nurmalasari, 2016). Sejalan dengan yang dikatakan Utami (2016) dalam bukunya urutan pijatan dapat dilakukan secara bertahap dimulai dari kaki, perut, dada, tangan, wajah, dan diakhiri pada bagian punggung.

e. Skrining hipotiroid kongenital (SHK)

Hipotiroid kongenital merupakan suatu kondisi penurunan atau tidak berfungsinya kelenjar tiroid yang telah terjadi sejak bayi baru lahir. Keadaan ini dapat disebabkan oleh kelainan anatomi, gangguan dalam proses metabolisme pembentukan hormone tiroid, maupun defisiensi iodium. Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) adalah suatu uji saring yang bertujuan untuk mengidentifikasi bayi yang menderita hipotiroid kongenital.

f. Skrining hipotiroid kongenital (SHK)

Hipotiroid kongenital merupakan suatu kondisi penurunan atau tidak berfungsinya kelenjar tiroid yang telah terjadi sejak bayi baru lahir. Keadaan ini dapat disebabkan oleh kelainan anatomi, gangguan dalam proses metabolisme pembentukan hormone tiroid, maupun defisiensi iodium. Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) adalah suatu uji saring yang bertujuan untuk mengidentifikasi bayi yang menderita hipotiroid kongenital.

Waktu pengambilan spesimen darah yang paling optimal adalah pada bayi berusia 48-72 jam. Kondisi ini memungkinkan ibu untuk dipulangkan setelah 48 jam dengan tetap memperhatikan koordinasi dengan tenaga kesehatan terkait. Dalam situasi tertentu, pengambilan sample darah masih dapat ditoleransi pada rentang usia 24-48 jam, namun tidak boleh kurang dari 24 jam pertama setelah kelahiran karena kadar TSH pada periode tersebut masih tinggi sehingga berpotensi menghasilkan hasil positif palsu. Apabila bayi telah dipulangkan sebelum mencapai 24 jam, maka pengambilan specimen perlu dilakukan pada kunjungan neonatal berikutnya, baik melalui kunjungan rumah maupun dengan meminta pasien datang ke fasilitas kesehatan (Permenkes RI, 2020).

B. Kerangka Pikir

