

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan proses yang terjadi antara pertemuan sel sperma dan ovum didalam indung telur (ovarium) atau yang disebut dengan konsepsi hingga tumbuh menjadi zigot, lalu menempel di dinding rahim, pembentukan plasenta, hingga hasil konsepsi tumbuh dan berkembang sampai lahirnya janin. Lamanya kehamilan normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari), dihitung dari hari pertama haid terakhir. Namun terkadang kehamilan dapat berlangsung lebih lama dari biasanya (Haninggar et al., 2024).

Gravida, para, abortus adalah suatu sistem yang digunakan untuk menggambarkan riwayat obstetrik (kebidanan). Gravida menunjukkan berapa kali wanita mengalami kehamilan, tanpa memandang umur kehamilan. Para menunjukkan kehamilan berapa kali wanita melahirkan janin tanpa melihat cara lahir dan apakah lahir hidup atau mati. Sedangkan abortus menunjukkan berapa kali wanita mengalami keguguran (Novryanthi & Haryati, 2023).

2. Pembagian Trimester Kehamilan

Kehamilan dibagi menjadi tiga trimester menurut (Wulandari et al., 2021):

a. Trimester I (1 - 12 Minggu)

Trimester pertama berlangsung dari minggu ke 1 hingga ke 12, dimulai dengan proses pembuahan hingga terbentuknya embrio dan janin. Pada periode ini terjadi pembentukan organ-organ tubuh janin (organogenesis), sehingga janin sangat rentan terhadap pengaruh teratogen. Memasuki usia kehamilan 12 minggu, detak jantung, gerakan awal janin, jenis kelamin, serta fungsi ginjal janin mulai dapat diamati. Trimester pertama juga merupakan masa yang paling rentan

terhadap keguguran, dan perdarahan pada awal kehamilan sering terjadi, baik sebagai kondisi fisiologis maupun patologis.

b. Trimester II (13 – 28 Minggu)

Pertengahan trimester berlangsung dari minggu ke 13 hingga minggu ke 28. Dipertengahan trimester kedua pergerakan janin bisa terasa. Pada akhir trimester dua janin dapat bernapas, menelan dan mengatur suhu, surfaktan terbentuk didalam paru paru, mata mulai membuka dan menutup, dan ukuran janin 2/3 pada saat lahir.

c. Trimester III (29 - 40 minggu)

Trimester ketiga adalah dari 29 minggu sampai kira-kira 40 minggu dan diakhiri dengan bayi lahir. Pada periode ini pertumbuhan dan pematangan janin semakin sempurna, ditandai dengan perkembangan lemak cokelat, transfer antibodi dari ibu, serta penyimpanan zat besi, kalsium, dan fosfor. Karena ukuran janin semakin besar, ruang geraknya di dalam rahim menjadi terbatas. Ibu juga sering mengalami ketidaknyamanan seperti sering buang air kecil, pembengkakan kaki, nyeri punggung, sulit tidur, dan peningkatan kontraksi Braxton Hicks sebagai persiapan menuju persalinan.

3. Menentukan Usia Kehamilan

Teknik menghitung usia kehamilan bisa dilakukan dengan beberapa cara diantaranya yaitu (Aliah et al., 2025) :

- a. Menentukan usia kehamilan dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) sampai tanggal pemeriksaan. Estimasi hari perkiraan lahir (HPL) dapat dihitung dengan menggunakan rumus Neagle, dengan syarat HPHT bulan Januari sampai Maret yakni Tanggal (+7), Bulan (+9), Tahun (+0). Sedangkan HPHT bulan April sampai Desember dengan rumus Tanggal (+7), Bulan (-3), Tahun (+0).
- b. Menentukan usia kehamilan dapat juga dihitung berdasarkan pergerakan janin yang pertama kali dirasakan oleh ibu. Gerakan janin

pertama dirasakan oleh ibu primigravida pada usia kehamilan 18 minggu dan ibu multigravida pada usia kehamilan 16 minggu.

- c. Menentukan usia kehamilan dihitung sejak denyut jantung janin mulai dapat didengar baik menggunakan doppler (pada usia kehamilan 16 minggu) maupun *funandoscope/laenec* (pada usia kehamilan 20 minggu).

4. Kebutuhan Dasar Trimester III

Kebutuhan dasar Trimester III menurut Romauli (2023), yaitu;

- a. Kebutuhan Oksigen

Pada kehamilan terjadi perubahan pada sistem respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan O₂, disamping itu terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O₂ yang meningkat, ibu hamil akan bernafas lebih dalam.

- b. Kebutuhan Nutrisi

Pada saat hamil ibu harus makan makanan yang mengandung nilai gizi bermutu tinggi meskipun tidak berarti makanan yang mahal harganya. Gizi pada waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori perhari, ibu hamil seharusnya mengonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, vitamin, dan minum cukup cairan. Pada trimester ketiga, umumnya nafsu makan ibu akan sangat baik dan ibu merasa cepat lapar.

- c. Personal Hygiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, dibawah buah dada, daerah genetalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan. Kebersihan gigi dan mulut perlu diperhatikan karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium.

d. Pakaian

Ibu hamil dianjurkan mengenakan pakaian yang longgar, nyaman, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut, bahan pakaian yang mudah menyerap keringat, memakai bra yang menyokong payudara dengan baik, dan rutin mengganti pakaian dalam.

e. Eliminasi

Keluhan eliminasi yang sering dialami ibu hamil adalah konstipasi dan sering buang air kecil. Konstipasi terjadi akibat pengaruh hormon progesteron yang menyebabkan relaksasi otot usus serta tekanan dari pembesaran janin, sehingga dapat dicegah dengan mengonsumsi makanan tinggi serat, memperbanyak minum air putih, dan segera buang air besar saat ada dorongan. Sementara itu, sering buang air kecil merupakan kondisi fisiologis yang umum terjadi pada trimester I dan III akibat pembesaran uterus dan janin yang menekan kandung kemih. Untuk mengatasinya, ibu hamil tidak dianjurkan mengurangi asupan cairan karena dapat meningkatkan risiko dehidrasi.

f. Seksual

Selama kehamilan normal, hubungan seksual umumnya aman dilakukan hingga mendekati persalinan, kecuali jika terdapat kondisi tertentu seperti perdarahan pervaginam, riwayat abortus berulang, ancaman persalinan prematur, atau ketuban pecah dini. Pada beberapa kasus, aktivitas seksual dapat menyebabkan kontraksi rahim sementara yang memengaruhi denyut jantung janin. Selain itu, praktik stimulasi oral pada genitalia wanita perlu dilakukan dengan hati-hati dan tidak boleh meniupkan udara ke dalam vagina karena berisiko menyebabkan emboli udara yang dapat membahayakan ibu dan janin, terutama menjelang persalinan ketika serviks mulai membuka.

g. Mobilisasi dan Body Mekanik

Mobilisasi dan body mekanik yang tepat pada ibu hamil bermanfaat untuk meningkatkan sirkulasi darah, menjaga kebugaran, mengurangi nyeri punggung dan pembengkakan, mencegah konstipasi, serta

membantu mempertahankan postur dan keseimbangan tubuh. Selain itu, penerapan mekanika tubuh yang benar dapat mengurangi ketegangan otot dan sendi, mencegah cedera, serta mendukung kenyamanan ibu selama kehamilan hingga persalinan.

h. Istirahat/Tidur

Ibu hamil dianjurkan untuk memiliki waktu istirahat dan tidur yang teratur karena dapat menjaga kesehatan fisik dan mental serta mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin. Kebutuhan istirahat yang disarankan adalah tidur malam sekitar 8 jam (atau 6-7 jam) dan beristirahat atau relaksasi selama 1-2 jam pada siang hari.

i. Imunisasi

Adalah suatu cara untuk meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu antigen. Vaksinasi dengan toksoid tetanus (TT), dianjurkan untuk dapat menurunkan angka kematian bayi karena infeksi tetanus. Vaksinasi toksoid tetanus dilakukan dua kali selama hamil. Imunisasi TT sebaiknya diberikan pada ibu hamil dengan umur kehamilan antara tiga bulan sampai satu bulan sebelum melahirkan dengan jarak minimal empat minggu.

5. Ketidaknyamanan pada Kehamilan Trimester III

Ketidaknyamanan yang terjadi pada ibu hamil akan meningkat dengan semakin bertambahnya usia kehamilan terutama pada trimester III, hal ini dikarenakan pada trimester III merupakan masa dimana ibu semakin menekati proses persalinan, sehingga ibu membutuhkan persiapan baik secara fisik maupun psikologis.

Menurut (Munthe et al., 2022), ketidaknyaman kehamilan trimester III baik penyebab dan penanganannya ialah sebagai berikut:

a. Sering Buang Air Kecil

Keluhan sering buang air kecil (BAK) disebabkan oleh tertekannya kandung kemih oleh uterus yang semakin membesar dan menyebabkan kapasitas kandung kemih berkurang serta frekuensi berkemih meningkat. Dalam menangani keluhan ini, perlu dijelaskan

kepada ibu bahwa ibu mengalami sering BAK merupakan hal normal akibat dari perubahan yang terjadi selama kehamilan, serta menganjurkan ibu untuk mengurangi asupan cairan 2 jam sebelum tidur agar istirahat ibu tidak akan terganggu.

b. Varises dan Wasir

Pada kehamilan, peningkatan hormon progesteron dan estrogen serta tekanan rahim yang membesar dapat menyebabkan aliran darah balik vena terhambat sehingga memicu varises pada tungkai, vulva, dan rektum. Varises dapat dikurangi dengan olahraga ringan secara teratur, menjaga postur tubuh yang baik, tidur miring dengan kaki sedikit ditinggikan, menghindari duduk dengan kaki menggantung, serta mengonsumsi kalsium. Selain itu, hemoroid (wasir) sering terjadi akibat konstipasi, relaksasi dinding vena oleh progesteron, dan tekanan rahim pada vena rektum. Penanganannya meliputi mencegah konstipasi, tidak mengejan berlebihan saat BAB, berendam air hangat, melakukan latihan Kegel, dan menjaga sirkulasi darah tetap lancar.

c. Sesak Nafas

Sesak napas ringan pada ibu hamil merupakan kondisi yang umum terjadi akibat meningkatnya kebutuhan oksigen, kerja pernapasan, serta perubahan anatomi dada karena pembesaran rahim yang mendorong diafragma dan tulang iga ke atas. Keluhan ini dapat diatasi dengan mengurangi aktivitas berat, menjaga posisi tubuh yang baik saat duduk maupun berbaring, serta duduk dengan punggung tegak dan disangga bantal bila diperlukan.

d. Bengkak dan Kram pada Kaki

Bengkak dan kram pada kaki merupakan keluhan yang sering terjadi pada kehamilan, terutama setelah usia kehamilan 24 hingga 34 minggu ke atas, akibat penumpukan cairan dan gangguan sirkulasi darah yang disebabkan oleh tekanan rahim yang membesar. Kram juga dapat dipengaruhi oleh ketidakseimbangan kadar kalsium dan fosfat. Keluhan ini dapat dikurangi dengan menghindari posisi kaki

menggantung, tidak berdiri terlalu lama, memakai pakaian yang longgar, melakukan latihan ringan, merendam kaki dengan air hangat, meluruskan kaki saat kram, serta mengonsumsi vitamin dan mineral yang dianjurkan.

e. Gangguan Tidur dan Mudah Lelah

Gangguan tidur dan sering lelah adalah salah satu keluhan yang paling sering dilaporkan oleh ibu hamil. Pada trimester II hampir semua ibu hamil mengalami gangguan tidur, cepat lelah pada kehamilan disebabkan oleh nokturia (sering kencing di malam hari), terbangun di malam hari dan mengganggu tidur yang nyenyak. Untuk cara mengatasinya anjurkan ibu untuk mandi air hangat, minum air hangat, lakukan aktivitas yang tidak menimbulkan stimulus sebelum tidur.

f. Nyeri Perut Bawah

Nyeri perut bagian bawah biasa dikeluhkan 10-30% ibu hamil pada akhir trimester I atau ketika memasuki trimester II. Ini disebabkan karena tertariknya ligamentum, sehingga menimbulkan nyeri seperti kram ringan dan atau terasa seperti tusukan yang akan lebih terasa akibat gerakan tiba-tiba, dibagian perut bawah. Yang dapat dilakukan bidan terkait nyeri fisiologis pada bagian bawah perut pada masa kehamilan, yaitu: Menganjurkan ibu untuk menghindari berdiri secara tiba-tiba dari posisi jongkok, mengajarkan ibu posisi tubuh yang baik, sehingga memperingan gejala nyeri yang mungkin timbul.

g. Heartburn

Sebesar 17-45% wanita hamil mengeluhkan rasa terbakar atau dalam bahasa medis disebut juga heartburn. Ini disebabkan oleh peningkatan hormon progesteron, estrogen, relaxing yang mengakibatkan relaksasi otot-otot dan organ termasuk pencernaan. Hal tersebut menurunkan ritme dan motilitas lambung serta penurunan tekanan spingter esophagus bawah. Akibatnya makanan yang masuk cenderung lambat dicerna sehingga makanan relatif menumpuk.

Langkah pertama untuk mengurangi keluhan heartburn adalah dengan memperbaiki pola hidup, misalkan menghindari makan tengah malam, makan dengan porsi besar, memposisikan kepala lebih tinggi pada saat telentang atau tidur.

h. **Nyeri Punggung**

Nyeri punggung bawah pada ibu hamil trimester ketiga disebabkan oleh perubahan hormonal pada jaringan lunak pendukung dan penghubung, yang mengakibatkan berkurangnya kelenturan otot. Lumbago (nyeri punggung bawah) adalah jenis nyeri punggung yang mempengaruhi daerah lumbosakral. Karena rasa sakit ini disebabkan oleh pergeseran pusat gravitasi dan postur wanita, biasanya rasa sakit ini semakin parah seiring dengan kehamilannya.

Beberapa pencegahan yakni anjurkan agar ibu rileks dengan menarik napas dalam-dalam, memijat dan mengompres punggung yang sakit, serta mengubah postur tidurnya menjadi posisi miring dengan bantal..

6. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

a. Pengertian Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda bahaya kehamilan adalah tanda-tanda yang menunjukkan bahaya yang dapat terjadi selama kehamilan atau periode antenatal yang dapat menyebabkan kematian ibu jika tidak dilaporkan atau diidentifikasi. Salah satu tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk mengurangi risiko ini adalah mendeteksi penyakit atau komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan sejak dini. Pada umumnya 80-90 % kehamilan akan berlangsung normal dan hanya 10-12 % kehamilan yang disertai dengan penyulit atau berkembang menjadi kehamilan patologis. Kehamilan patologis tidak terjadi secara mendadak karena kehamilan dan efeknya terhadap organ tubuh berlangsung secara bertahap dan berangsur-angsur. Deteksi dini gejala dan tanda bahaya selama kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah terjadinya gangguan yang serius terhadap kehamilan

ataupun keselamatan ibu hamil. Faktor predisposisi dan adanya penyulit penyerta sebaiknya diketahui sejak awal sehingga dapat dilakukan berbagai upaya maksimal untuk mencegah gangguan yang berat baik terhadap kehamilan dan keselamatan ibu maupun bayi yang dikandungnya (Dewianti et al., 2025).

b. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Menurut (Dewianti et al., 2025), tanda bahaya kehamilan trimester III yaitu;

1) Perdarahan Pervaginam

Pada akhir kehamilan perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tidak disertai dengan rasa nyeri. Perdarahan semacam ini berarti plasenta previa. Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat yang abnormal yaitu segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri interna. Penyebab lain adalah solusio plasenta dimana keadaan plasenta yang letaknya normal, terlepas dari perlekatannya sebelum janin lahir, biasanya dihitung sejak kehamilan 28 minggu.

2) Sakit Kepala Yang Hebat

Sakit kepala merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin mengalami penglihatan yang kabur. Sakit kepala hebat dalam kehamilan adalah gejala dari preeklampsia.

3) Penglihatan Kabur

Penglihatan menjadi kabur dapat disebabkan oleh sakit kepala yang hebat, sehingga terjadi oedema pada otak dan meningkatkan resistensi otak yang mempengaruhi sistem saraf pusat, yang dapat menimbulkan kelainan serebral (nyeri kepala dan kejang), dan

gangguan penglihatan. Perubahan penglihatan atau pandangan kabur dapat menjadi tanda preeklampsia.

4) Bengkak di muka atau tangan

Hampir separuh dari ibu hamil akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat atau meletakkannya lebih tinggi. Bengkak dapat menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada permukaan muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan diikuti dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini bisa merupakan tanda preeklampsia

5) Janin Kurang Bergerak Seperti Biasa

Gerakan janin tidak ada atau kurang (minimal 3 kali dalam 1 jam). Ibu mulai merasakan gerakan bayi selama bulan ke-5 atau ke-6. Jika bayi tidak bergerak seperti biasa dinamakan IUFD (*Intra Uterine Fetal Death*). IUFD adalah tidak adanya tanda-tanda kehidupan janin didalam kandungan. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam 1 jam jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik.

6) Pengeluaran Cairan Pervaginam (Ketuban Pecah Dini)

Ketuban yang pecah pada kehamilan aterm dan disertai dengan munculnya tanda-tanda persalinan adalah normal. Pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum dimulainya tanda-tanda persalinan ini disebut ketuban pecah dini. Ketuban pecah dini menyebabkan hubungan langsung antara dunia luar dan ruangan dalam rahim sehingga memudahkan terjadinya infeksi. Makin lama periode laten (waktu sejak ketuban pecah sampai terjadi kontraksi rahim), makin besar kemungkinan kejadian kesakitan dan kematian ibu atau janin dalam rahim.

7) Kejang

Pada umumnya kejang didahului oleh makin memburuknya keadaan dan terjadinya gejala-gejala sakit kepala, mual, nyeri ulu hati sehingga muntah. Bila semakin berat, penglihatan semakin kabur, kesadaran menurun kemudian kejang. Kejang dalam kehamilan dapat merupakan gejala dari eklampsia.

8) Selaput kelopak mata pucat

Merupakan salah satu tanda anemia. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan keadaan hemoglobin di bawah 11 gr% pada trimester III. Anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi dan perdarahan akut bahkan tak jarang keduanya saling berinteraksi. Anemia pada Trimester III dapat menyebabkan perdarahan pada waktu persalinan dan nifas, BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah) yaitu kurang dari 2500 gram.

9) Demam Tinggi

Ibu menderita demam dengan suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$ dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan. Penanganan demam antara lain dengan istirahat baring, minum banyak dan mengompres untuk menurunkan suhu. Demam dapat disebabkan oleh infeksi dalam kehamilan yaitu masuknya mikroorganisme patogen ke dalam tubuh wanita hamil yang kemudian menyebabkan timbulnya tanda atau gejala penyakit. Pada infeksi berat dapat terjadi demam dan gangguan fungsi organ vital. Infeksi dapat terjadi selama kehamilan, persalinan dan masa nifas.

7. Konsep Asuhan Kehamilan

a. Pengertian

Asuhan kebidanan adalah rangkaian kegiatan yang didasarkan pada proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya. Salah satu pelayanan kebidanan yang dilakukan oleh seorang bidan yaitu pemberian asuhan kehamilan. Asuhan kehamilan merupakan

pengawasan sebelum persalinan terutama ditujukan paa pertumbuhan dan perkembangan janin dalam uterus ibu (Haninggar et al., 2024).

b. Tujuan Asuhan Kehamilan

Menurut Haninggar et al (2024), tujuan asuhan kehamilan antara lain;

- 1) Memantau kemajuan proses kehamilan, demi memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin.
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, serta sosial ibu dan bayi.
- 3) Menemukan secara dini adanya masalah atau gangguan dan komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan
- 4) Mempersiapkan kehamilan dan persalinan dengan selamat, baik ibu dan bayi dengan trauma seminimal mungkin.
- 5) Mempersiapkan ibu agar masa nifas dan pemberian ASI eksklusif berjalan normal.
- 6) Mempersiapkan ibu dan keluarga dapat berperan dengan baik dalam memelihara bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

c. Standar pelayanan Asuhan Kebidanan (10T)

Standar pelayanan antenatal terpadu merujuk pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 tahun 2021 dalam Haninggar et al (2024) adalah sebagai berikut;

1) Timbang berat badan (BB) dan ukur tinggi badan (TB)

Tujuan pengukuran tinggi badan ibu untuk menentukan status gizi dan risiko pada saat persalinan serta memantau kenaikan berat badan sesuai dengan grafik peningkatan berat badan. Penimbangan berat badan ini dilakukan setiap kali kunjungan ANC (*Antenatal Care*). Pengukuran tinggi badan ibu hamil pada kunjungan pertama bertujuan untuk menepis adanya risiko terjadinya *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD) karena indikator kemungkinan risiko ini adalah tinggi badan kurang dari 145 cm.

Tabel 2. 1 Peningkatan BB Selama Kehamilan sesuai IMT

No	Karakteristik	IMT pra hamil BB/(TB) ²	Kenaikan BB Total selama Kehamilan
1.	Gizi kurang / KEK	<18,5	12,5 – 18 kg
2.	Normal	18,5 – 24,9	11,5 – 16 kg
3.	Kelebihan BB	25 – 29,9	7 – 11,5 kg
4.	Obesitas	>30,0	5-9 kg

Sumber: (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024a)

2) Ukur tekanan darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg). Preeklampsia adalah kondisi peningkatan tekanan darah (hipertensi) disertai dengan adanya protein dalam urin. Preeklampsia ditandai dengan edema (bengkak), sakit kepala sulit hilang, kesulitan bernapas, dan terganggunya penglihatan.

3) Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas/LILA)

Pengukuran lingkar lengan atas atau biasa disebut dengan pengukuran LILA bertujuan untuk mendeteksi ibu hamil dengan kurang energi kronis (KEK). Ibu hamil dengan risiko KEK memiliki lingkar lengan atas < 23,5 cm dan berisiko melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

4) Ukur tinggi puncak rahim (fundus uteri)

Pengukuran tinggi fundus uteri (TFU) bertujuan untuk menentukan kemajuan pertumbuhan janin dan dapat dijadikan perkiraan usia kehamilan. Selain itu pemeriksaan ini juga dapat mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin atau *Intra Uterine Growth Restriction* (IUGR). Pengukuran TFU dapat dilakukan dengan pemeriksaan McDonald dengan menggunakan pita ukur dalam sentimeter yang dilakukan setelah umur kehamilan 24 minggu, sedangkan pengukuran

TFU dengan pemeriksaan Leopold dapat dilakukan setelah usia kehamilan 12 minggu.

Tabel 2. 2 TFU Menurut Usia Kehamilan

Usia Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus Uteri Menurut Penunjuk Badan
12	1-2 jari di atas simpisis
16	Pertengahan antara simpisis-pusat
20	3 jari di bawah pusat
24	Setinggi Pusat
28	3 jari di atas pusat
32	Pertengahan Pusat- Prosesus Xipodeus
36	3 jari di bawah prosesus xipodeus
40	Pertengahan prosesus xipodeus- pusat

Sumber: (Kasmianti et al., 2023)

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

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester 2 dan selanjutnya setiap kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat letak janin apakah ada kelainan atau tidak. Penilaian DJJ dilakukan di akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Denyut jantung janin normal yaitu 120-160x/menit.

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

Skrining status imunisasi tetanus toksoid (TT) dan pemberian imunisasi jika diperlukan untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil di skrining imunisasi TTnya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi TT ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi TT agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status imunisasi TT 5 (TT *long life*) tidak diberikan imunisasi TT lagi. Berikut rentang waktu pemberian tetanus toxoid beserta lama perlindungannya.

Tabel 2. 3 Rentang waktu pemberian imunisasi

No.	Status TT	Interval Miniman Pemberian	Masa Perlindungan
1.	TT1	-	Langkah awal pemberian kekebalan tubuh terhadap penyakit Tetanus
2.	TT2	4 minggu setelah TT1	3 tahun
3.	TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun
4.	TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun
5	TT5	1 tahun setelah TT4	Lebih dari 25 tahun

Sumber: (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024a)

- 7) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama masa kehamilan

Tujuan pemberian tablet tambah darah ini untuk mencegah anemia pada ibu hamil, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan. Tablet tambah darah sedikitnya berisi 60 mg Zat Besi dan 400 microgram Asam Folat. Asam folat berfungsi untuk pembentukan sistem saraf janin, pembentukan plasenta, mencegah keguguran, membantu pembentukan sel darah merah sehingga dapat mencegah anemia serta menurunkan risiko terjadinya preeklampsia pada ibu hamil.

- 8) Tes laboratorium dan USG

Pemeriksaan laboratorium yang perlu dilakukan adalah pemeriksaan golongan darah, kadar hemoglobin (HB), triple eliminasi (HIV, Sifilis, dan Hepatitis B), malaria pada daerah endemis, serta pemeriksaan darah lain sesuai indikasi. Pemeriksaan protein urine untuk mendeteksi kemungkinan terjadinya preeklampsia. Deteksi kondisi kehamilan dan janin dengan Ultrasonografi (USG).

- 9) Tata laksana/penanganan kasus sesuai kewenangan

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan

bidan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

10) Temu wicara (konseling)

Tatap muka antara bidan dengan ibu hamil dalam rangka melakukan konseling dari mulai masa kehamilan sampai dengan perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) yang meliputi tempat persalinan, pendamping persalinan, kendaraan yang digunakan, calon donor darah, dan biaya persalinan pada ibu hamil. Selain itu ibu hamil juga berhak mendapatkan informasi mengenai tanda bahaya kehamilan, persalinan dan nifas, kontrasepsi pasca persalinan, perawatan bayi baru lahir, inisiasi menyusui dini, serta ASI Eksklusif.

8. Kebijakan Kunjungan Asuhan Kehamilan

Frekuensi asuhan kehamilan atau yang biasa disebut sebagai *antenatal care* (ANC) dilakukan minimal 6 kali selama kehamilan dan 2 diantaranya dilakukan pemeriksaan oleh dokter atau dokter spesialis kebidanan yakni pemeriksaan ultrasonografi (USG) dan kandungan pada trimester 1 dan 3. Berikut kunjungan ANC yang disarankan pada ibu hamil menurut peraturan Kemenkes (2021):

- a. Pada trimester 1 melakukan pemeriksaan kehamilan minimal 1 kali.
- b. Pada trimester 2 melakukan pemeriksaan kehamilan minimal 2 kali.
- c. Pada trimester 3 melakukan pemeriksaan kehamilan minimal 3 kali, salah satunya dilakukan oleh dokter spesialis kebidanan dan kandungan.

9. Deteksi Dini Resiko Kehamilan Trimester III Dengan KSPR

a. Pengertian

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) yaitu berupa kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal berbasis keluarga guna menemukan faktor risiko ibu hamil, yang selanjutnya mempermudah pengenalan kondisi untuk mencegah terjadinya komplikasi obstetrik pada saat persalinan (Lustiani et al., 2023).

b. Tujuan

Tujuan skrining menggunakan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) adalah mengelompokkan ibu hamil ke dalam kategori Kehamilan Risiko Rendah (KRR), Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), dan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST), sehingga dapat ditentukan tempat dan penolong persalinan yang sesuai. Selain itu, skrining ini bertujuan memberdayakan ibu hamil, suami, keluarga, dan masyarakat agar memberikan dukungan dalam kesiapan mental, biaya, serta transportasi untuk mendukung rujukan yang terencana bila diperlukan (Lustiani et al., 2023).

c. Sistem Skor dan Kelompok Resiko

Sistem skor memudahkan pengedukasian mengenai berat ringannya faktor resiko pada ibu hamil. Skor dengan nilai 2, 4, dan 8 merupakan bobot resiko dari tiap faktor resiko. Sedangkan jumlah skor setiap kontak merupakan perkiraan besar resiko persalinan dengan perencanaan pencegahan. Kelompok resiko dibagi menjadi 3 yaitu:

- 1) Kehamilan Resiko Rendah (KRR): skor 2 (hijau)
- 2) Kehamilan Resiko Tinggi (KRT): skor 6-10 (kuning)
- 3) Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST): skor ≥ 12 (merah).

d. Klasifikasi Resiko

- 1) Ada potensi gawat obstetri/APGO (hamil yang perlu diwaspadai)
Primi usia kurang dari 16 tahun, primipara usia lebih dari 35 tahun dan hamil pertama setelah menikah lebih dari 4 tahun, anak terkecil kurang dari 2 tahun, primipara sekunder dimana persalinan terakhir 10 tahun lalu, grandemulti yang melahirkan > 4 kali, tinggi badan < 145 cm, memiliki riwayat oberti, post SC, riwayat persalinan dengan tindakan
- 2) Ada gawat obstetri/AGO (tanda-tanda bahaya)
Kasus anemia, malaria, kelainan jantung, diabetes, TBC, IMS/PMS/HIV, preeklampsia, hamil kembar, polihidramnion, IUFD, post matur, sungsang/lintang.

3) Ada gawat darurat obsterti/AGDO (resiko kematian ibu dan bayi)

Perdarahan, preeklampsia berat, eklampsia dan lain-lain.

e. Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)

Tabel 2. 4 Kartu Skor Poedji Rochjati

I KEL F.R	II NO	III Masalah/Faktor Risiko	SKOR	IV Tribulan			
				I	II	III.1	III.2
		Skor awal ibu hamil	2				
	1.	Terlalu muda hamil ≤ 16 th	4				
	2.	Terlalu tua hamil ≥ 35 th	4				
		Terlalu lambat hamil I, kawin ≥ 4 th	4				
	3.	Terlalu lama hamil lagi ≥ 10 th	4				
	4.	Terlalu cepat hamil lagi < 2 th	4				
	5.	Terlalu banyak anak, 4/ lebih	4				
	6.	Terlalu tua, umur ≥ 35 th	4				
	7.	Terlalu pendek ≤ 145 cm	4				
	8.	Pernah gagal kehamilan	4				
	9.	Pernah melahirkan dengan :					
		a. Tarikan tang / vakum	4				
		b. Uri dirogoh	4				
		c. Diberi infus / Transfusi	4				
	10	Pernah Operasi Sesar	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil:	4				
		a. Kurang darah	4				
		b. Malaria	4				
		c. TBC Paru	4				
		d. Payah jantung	4				
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit menular seksual	4				
	12	Bengkak pada muka/tungkai dan tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	Hamil kembar air (Hydramnion)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak sungsang	8				
	18	Letak lintang	8				
	19	Perdarahan pada kehamilan ini	8				
	20	Preeklampsia berat/kejang-kejang	8				
		JUMLAH SKOR					

Sumber: (Lustiani et al., 2023)

Klasifikasi jumlah skor pada KSPR (Lustiani et al., 2023):

1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR): Skor 2 (hijau)

Kehamilan tanpa masalah/faktor risiko, fisiologis dan kemungkinan besar diikuti oleh persalinan normal dengan ibu dan bayi hidup sehat.

Penatalaksanaan:

a) Kehamilan

(1) Pemeriksaan kehamilan (ANC) dapat dilakukan secara rutin sesuai jadwal fasilitas kesehatan terdekat.

(2) Ibu hamil tetap dianjurkan melakukan skrining dini dan pemantauan kesehatan selama kehamilan.

b) Persalinan

Ibu dengan KRR dapat melakukan persalinan di polindes maupun puskesmas, tetapi penolong harus bidan.

2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT): Skor 6-10 (kuning)

Kehamilan dengan satu atau lebih faktor risiko, baik dari pihak ibu maupun janinnya yang memberi dampak kurang menguntungkan baik bagi ibu maupun janinnya, memiliki risiko kegawatan tetapi tidak darurat.

Penatalaksanaan:

a) Kehamilan

(1) Pemeriksaan kehamilan dilakukan oleh dokter atau bidan secara lebih sering dan berkala dibandingkan kehamilan resiko rendah

(2) Kolaborasi dan rujukan

(3) Edukasi dan konseling

(4) Pencegahan komplikasi dengan deteksi dini

b) Persalinan

Pertolongan persalinan dapat dilakukan bidan atau dokter di puskesmas, polindes atau langsung dirujuk ke rumah sakit.

3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST): Skor ≥ 12 (merah)

KRST merupakan kelompok risiko ibu hamil yang jumlahnya paling banyak pada kasus kematian maternal diikuti oleh KRT dan KRR

paling sedikit. Kategori ini diberikan dengan bekas operasi caesar, kelainan letak bayi seperti sungsang dan letak lintang, ibu perdarahan antepartum, preeklampsia maupun eklampsia.

Penatalaksanaan:

a) Kehamilan

- (1) Pemeriksaan kehamilan harus dilakukan oleh dokter dan penanganan oleh dokter spesialis kandungan.
- (2) Lakukan pemantauan kehamilan secara intensif dan berkala
- (3) Persiapkan rujukan terencana sejak dini
- (4) Pemberian KIE
- (5) Melibatkan keluarga dalam pengambilan keputusan dan pendampingan

b) Persalinan

Pertolongan persalinan Ibu dengan faktor risiko lebih dari 12, tingkat risiko kegawatannya meningkat, yang membutuhkan pertolongan persalinan di rumah sakit oleh dokter spesialis.

- 4) Tinggi badan 145 cm atau kurang, ibu hamil pertama sangat membutuhkan perhatian khusus karena resiko terjadinya CPD.
- 5) Bekas operasi sesar ibu hamil, pada persalinan yang lalu dilakukan operasi sesar. Oleh karena itu pada dinding rahim ibu terdapat cacat bekas luka operasi. Bahaya pada robekan rahim dapat menyebabkan kematian janin maupun kematian ibu, perdarahan dan infeksi.

10. Faktor Resiko Terlalu Cepat Hamil Lagi < 2 Tahun

Terlalu cepat hamil lagi < 2 tahun atau dapat disebut juga dengan jarak kehamilan < 2 tahun merupakan kehamilan yang terjadi dimana jarak antara kehamilan saat ini dengan kehamilan sebelumnya kurang dari 2 tahun (24 bulan). Jarak ideal antar kehamilan adalah lebih dari 2 tahun, dengan demikian memberi kesempatan pada tubuh ibu untuk memperbaiki persediaannya dan organ-organ reproduksi untuk siap mengandung lagi, serta agar bayi yang sudah lahir mendapatkan ASI eksklusif dari ibunya (Primadewi, 2023).

1) Dampak dari Kehamilan < 2 Tahun pada Ibu menurut Primadewi, (2023) ialah:

a) Anemia

Jarak kehamilan yang terlalu dekat juga dapat menyebabkan terjadinya anemia, karena kondisi ibu yang masih belum pulih dan pemenuhan zat-zat gizi yang belum optimal, sudah harus memenuhi kebutuhan nutrisi janin yang dikandungnya.

b) Kekurangan Energi Kronik (KEK)

Jarak melahirkan yang terlalu dekat akan menyebabkan kualitas janin/anak yang rendah dan juga akan merugikan kesehatan ibu. Ibu tidak memperoleh kesempatan untuk memperbaiki tubuhnya sendiri (ibu memerlukan energi yang cukup untuk memulihkan keadaan setelah melahirkan anaknya). Dengan mengandung kembali maka akan menimbulkan masalah gizi ibu dan janin/bayi berikut yang dikandung.

c) Preeklampsia sampai Eklampsia

Keadaan organ reproduksi yang belum siap hamil dan anemia makin meningkatkan terjadinya keracunan dalam kehamilan dalam bentuk preeklampsia atau eklampsia. Ibu hamil dengan preeklampsia dan eklampsia memerlukan perhatian serius karena dapat menyebabkan kematian pada ibu maupun janin.

d) Plasenta Previa

Salah satu penyebab dari plasenta previa adalah jarak kehamilan yang terlalu dekat. Hal ini terjadi karena plasenta previa merupakan implantasi di segmen bawah rahim dapat disebabkan oleh endometrium di fundus uteri yang belum siap menerima implantasi, endometrium yang tipis sehingga diperlukan perluasan plasenta untuk mampu memberikan nutrisi pada janin.

e) Perdarahan

Perdarahan pada saat melahirkan antara lain disebabkan karena otot rahim yang terlalu lemah dalam proses involusi. Selain itu

juga disebabkan selaput ketuban stolsel (bekuan darah yang tertinggal didalam rahim), kemudian proses pembekuan darah yang lambat dan juga dipengaruhi oleh adanya robekan pada jalan lahir.

2) Dampak dari Kehamilan < 2 Tahun pada Janin menurut Primadewi, (2023) ialah:

a) Keguguran dan Kelahiran Prematur

Jarak kehamilan yang pendek dapat menjadi penyebab faktor ketidaksuburan lapisan dalam rahim (endometrium) dimana endometrium belum siap untuk menerima implantasi hasil konsepsi, sehingga dapat mengakibatkan abortus pada ibu hamil atau bayi lahir prematur/lahir belum cukup bulan, sebelum 37 minggu

b) Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Kurangnya asupan gizi dan cadangan darah dari ibu membuat janin kekurangan nutrisi, sehingga berat lahir bayi berada di bawah standar normal.

c) Pertumbuhan Janin Terhambat

Kondisi ibu yang rentan mengalami anemia menyebabkan suplai oksigen dan nutrisi ke plasenta menjadi tidak optimal.

d) Kematian Janin

Kombinasi dari komplikasi kehamilan (seperti preeklamsia dan plasenta previa pada ibu) meningkatkan risiko keguguran atau bayi lahir meninggal (*stillbirth*).

B. Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi

persalinan, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan janin turun ke dalam jalan lahir dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Munthe et al., 2022).

2. Tujuan Asuhan Persalinan

Adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal dengan asuhan kebidanan persalinan yang adekuat sesuai dengan tahapan persalinan sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Haninggar et al., 2024).

3. Teori Sebab Terjadinya Persalinan

Menurut Abdullah et al (2025) hal yang menyebabkan mulainya proses persalinan belum diketahui sehingga hanya ada teori-teori antara lain disebabkan oleh hormon, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh tekanan pada saraf, dan nutrisi. Dengan demikian dapat disebutkan beberapa teori yang dapat menyebabkan persalinan sebagai berikut:

a. Teori Keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini mungkin merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi *uteroplasenter* sehingga plasenta mengalami degenerasi.

b. Teori Penurunan Progesteron

Vili korialis mengalami perubahan-perubahan, sehingga kadar estrogen dan progesterone menurun. Menurunnya kadar kedua hormon ini terjadi kira-kira 1-2 minggu sebelum partus dimulai. Selanjutnya otot rahim menjadi sensitive terhadap oksitosin. Penurunan kadar progesteron pada tingkat tertentu menyebabkan otot rahim mulai kontraksi.

c. Teori Oksitosin Internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Oksitosin merangsang uterus melalui reseptor yang ada pada miometrium secara tidak langsung meningkatkan produksi hormon prostaglandin didalam desidua. Uterus mengalami peningkatan sensitivitasnya terhadap hormon oksitosin sejak awal kehamilan. Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior.

d. Teori Menuanya Plasenta

Plasenta yang semakin tua seiring dengan bertambahnya usia kehamilan akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron sehingga timbul kontraksi rahim.

e. Teori Prostaglandin

Prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan. Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan.

4. Klasifikasi atau Jenis Persalinan

Klasifikasi atau jenis persalinan ada 3 klasifikasi persalinan berdasarkan cara dan usia kehamilan menurut Munthe et al (2022):

- a. Persalinan normal (spontan) adalah proses lahirnya bayi pada Letak Belakang Kepala (LBK) dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.
- b. Persalinan buatan adalah persalinan dengan tenaga dari luar dengan ekstrak forcep, ekstraksi vakum dan sectio cesaria.
- c. Persalinan anjuran ialah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan.

Menurut umur kehamilan

- a. Abortus (keguguran) adalah terhentinya kehamilan sebelum janin dapat hidup (*viable*), berat janin dibawah 1000gram, umur kehamilan dibawah 28 minggu.
- b. Partus prematurus adalah persalinan dari hasil konsepsi pada kehamilan 28-36 minggu, janin dapat hidup tetapi prematur, berat janin antara 1000-2500gram.
- c. Partus maturus atau aterem (cukup bulan) adalah partus pada persalinan 37-42 minggu dengan berat janin diatas 2500gram
- d. Partus post maturus (*Serotinus*) adalah partus pada persalinan lebih dari 42 minggu

5. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Abdullah et al (2025) ada beberapa faktor yang mempengaruhi proses persalinan normal yang dikenal dengan istilah 5P yaitu:

a. *Power* (Kekuatan)

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligamen. Kekuatan primer yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga meneran ibu. His atau kontraksi uterus adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan. His dibedakan menjadi dua yakni his pendahuluan dan his persalinan. His pendahuluan atau his palsu (*false labor pains*), yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan dari kontraksi braxton hicks. His ini bersifat tidak teratur dan menyebabkan nyeri di perut bagian bawah, tidak menyebabkan nyeri yang memancar dari pinggang ke perut bagian bawah. His pendahuluan tidak mempunyai pengaruh terhadap serviks. His persalinan merupakan suatu kontraksi dari otot-otot rahim yang fisiologis, akan tetapi bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya dan bersifat nyeri. Kontraksi rahim bersifat otonom yang artinya tidak dipengaruhi oleh kemauan, namun dapat dipengaruhi dari luar misalnya rangsangan oleh jari-jari tangan. Tenaga meneran ibu serupa dengan tenaga meneran saat buang air besar, tetapi jauh lebih kuat lagi. Ketika kepala sampai pada

dasar panggul, timbul suatu reflek yang mengakibatkan pasien menekan diafragmanya kebawah. Tenaga meneran pasien akan menambah kekuatan kontraksi uterus. Pada saat pasien meneran, diafragma dan otot-otot dinding abdomen akan berkontraksi. Kombinasi antara his dan tenaga meneran pasien akan meningkatkan tekanan intrauterin sehingga janin akan semakin terdorong keluar. Kekuatan sekunder tidak mempengaruhi dilatasi serviks, tetapi setelah dilatasi serviks lengkap, kekuatan ini cukup penting untuk mendorong janin keluar. Apabila dalam persalinan melakukan valsava manuver (meneran) terlalu dini, dilatasi serviks akan terhambat. Meneran akan menyebabkan ibu lelah dan menimbulkan trauma serviks.

Tabel 2. 5 Perbedaan His Pendahuluan dan His Persalinan

His pendahuluan	His Persalinan
Tidak teratur	teratur
Tidak pernah kuat	Tambah kuat dan sering
Tidak pernah ada pengaruh terhadap serviks	Ada pengaruh terhadap serviks
Tidak nyeri	Nyeri

Sumber: (Abdullah et al., 2025)

b. *Passenger* (Janin)

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. Faktor lain yang berpengaruh terhadap persalinan adalah faktor janin, yang meliputi berat janin, letak janin, posisi sikap janin (habilitus), serta jumlah janin. Pada persalinan normal yang berkaitan dengan passenger antara lain: janin bersikap fleksi dimana kepala, tulang punggung, dan kaki berada dalam keadaan fleksi, dan lengan bersilang di dada. Taksiran berat janin normal adalah 2500-3500 gram dan DJJ normal yaitu 120-160x/menit.

c. *Passage* (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yaitu bagian tulang padat, dasar panggul, vagina dan introitus vagina (lubang luar vagina). Meskipun

jaringan lunak, khususnya lapisan-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. Oleh karena itu, ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai.

d. *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.

e. *Psikis Ibu Bersalin*

Persalinan dan kelahiran merupakan proses fisiologis yang menyertai kehidupan hampir setiap wanita. Pada umumnya persalinan dianggap hal yang menakutkan karena disertai nyeri hebat, bahkan terkadang menimbulkan kondisi fisik dan mental yang mengancam jiwa. Nyeri merupakan fenomena yang subjektif, sehingga keluhan nyeri persalinan setiap wanita tidak akan sama, bahkan pada wanita yang samapun tingkat nyeri persalinannya tidak akan sama dengan nyeri persalinan yang sebelumnya. Sehingga persiapan psikologis sangat penting dalam menjalani persalinan. Jika seorang ibu sudah siap dan memahami proses persalinan maka ibu akan mudah bekerja sama dengan petugas kesehatan yang akan menolong persalinannya.

Dalam proses persalinan normal, pemeran utamanya adalah ibu yang disertai dengan perjuangan dan upayanya. Sehingga ibu harus meyakini bahwa ia mampu menjalani proses persalinan dengan lancar. Karena jika ibu sudah mempunyai keyakinan positif maka keyakinan tersebut akan menjadi kekuatan yang sangat besar saat berjuang mengeluarkan bayi. Sebaliknya, jika ibu tidak semangat atau mengalami ketakutan yang berlebih maka akan membuat proses persalinan menjadi sulit. Keadaan psikologi ibu mempengaruhi proses persalinan. Ibu bersalin yang didampingi oleh suami dan orang-orang yang dicintainya cenderung

mengalami proses persalinan yang lebih lancar dibandingkan dengan ibu bersalin yang tanpa didampingi oleh suami atau orang-orang yang dicintainya. Ini menunjukkan bahwa dukungan mental berdampak positif bagi keadaan psikis ibu, yang berpengaruh pada kelancaran proses persalinan.

6. Tanda – Tanda Persalinan

Menurut Abdullah et al (2025) terdapat beberapa tanda-tanda persalinan seperti:

a. Kontraksi (His)

Ada 2 macam kontraksi yang pertama kontraksi palsu (Braxton hicks) dan kontraksi yang sebenarnya. Pada kontraksi palsu berlangsung sebentar, tidak terlalu sering dan tidak teratur, semakin lama tidak ada peningkatan kekuatan kontraksi. Sedangkan kontraksi yang sebenarnya bila ibu hamil merasakan kencang-kencang makin sering, waktunya semakin lama, dan makin kuat terasa, disertai mulas atau nyeri seperti kram perut. Perut ibu hamil juga terasa kencang. Kontraksi bersifat fundal recumbent atau nyeri yang dirasakan terjadi pada bagian atas atau bagian tengah perut atas atau puncak kehamilan (fundus), pinggang dan panggul serta perut bagian bawah. Tidak semua ibu hamil mengalami kontraksi (his) palsu.

b. Pembukaan serviks,

Pembukaan serviks pada primigravida akan berlangsung >1cm per jam dan multigravida 1-2cm per jam. Biasanya dengan kehamilan pertama, terjadinya pembukaan ini disertai nyeri perut. Sedangkan pada kehamilan anak kedua dan selanjutnya, pembukaan biasanya tanpa diiringi nyeri. Rasa nyeri terjadi karena adanya tekanan panggul saat kepala janin turun ke area tulang panggul sebagai akibat melunaknya rahim. Pada kehamilan yang pertama setiap pembukaan 1 cm akan berlangsung selama 1 jam sedangkan pada multigravida setiap pembukaan serviks (leher rahim) akan membuka lebih cepat dari pada primigravida.

- c. Pecahnya ketuban dan keluarnya bloody show.

Bloody show seperti lendir yang kental dan bercampur darah. Menjelang persalinan terlihat lendir bercampur darah yang ada di leher rahim tersebut akan keluar sebagai akibat terpisahnya membran selaput yang menegelilingi janin dan cairan ketuban mulai memisah dari dinding rahim. Tanda selanjutnya pecahnya ketuban, di dalam selaput ketuban (korioamnion) yang membungkus janin, terdapat cairan ketuban sebagai bantalan bagi janin agar terlindungi, bisa bergerak bebas dan terhindar dari trauma luar.

7. Tahapan Persalinan

Menurut Herlina et al (2025), tahapan persalinan dibagi menjadi:

- a. Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I terjadi pada primigravida berlangsung selama kurang lebih 12 jam, sedangkan pada multi gravida selama kurang lebih 8 jam. Proses persalinan kala I terbagi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif.

- 1) Fase laten persalinan.

- a) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap
- b) Pembukaan serviks sampai 3 cm
- c) Biasanya berlangsung di bawah hingga 8 jam

- 2) Fase aktif persalinan

Fase ini terbagi menjadi 3 fase yaitu akselerasi, dilatasi maksimal, dan deselerasi.

- a) Fase akselerasi, yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm
- b) Fase dilatasi maksimal, yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm

- c) Fase deselerasi, yaitu pembukaan menjadi lamban kembali dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi pembukaan lengkap (10 cm).

Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih). Serviks membuka dari 4 ke 10 cm biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih per jam hingga pembukaan lengkap (10 cm), serta terjadi penurunan bagian terendah janin.

b. Kala II

Persalinan kala II dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi.

Tanda dan gejala kala II

- 1) Ibu ingin meneran
- 2) Perineum menonjol
- 3) Vulva vagina dan sphincter anus membuka
- 4) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat
- 5) His lebih kuat dan lebih cepat 2-3 menit sekali.
- 6) Pembukaan lengkap (10 cm)
- 7) Pada Primigravida berlangsung rata-rata 1.5 jam dan multipara rata-rata 0.5 jam
- 8) Pemantauan

Tanda dan gejala kala II menurut asuhan persalinan normal (APN) langkah – langkah yaitu :

- 1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua.
 - a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/atau vaginanya.
 - c) Perineum menonjol.
 - d) Vulva vagina dan sfingter anal membuka.

- 2) Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 IU (*international unit*) dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
- 3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
- 4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
- 5) Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
- 6) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).
- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, maka petugas membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi).
- 8) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
- 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta

merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
Mencuci kedua tangan (seperti di atas).

- 10) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120–160 kali/menit).
 - a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
 - b) Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.
- 11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
 - a) Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.
 - b) Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
- 13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran:
 - a) Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.
 - c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang).
 - d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.
 - e) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.

- f) Menganjurkan keluarga untuk memberikan asupan cairan per oral.
- g) Menilai DJJ setiap lima menit.
- h) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60 menit (1 jam) untuk ibu multipara, maupun jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran, maka merujuk segera
- 14) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- 15) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
- 16) Membuka partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan.
- 17) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
- 18) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kelapa bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir
 - a) Jika ada mekonium dalam cairan ketuban, segera hisap mulut dan hidung setelah kepala lahir menggunakan penghisap lendir DeLee disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau bola karet penghisap yang baru dan bersih.
- 19) Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.
- 20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi:
 - a) Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.

- 21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan. Lahir bahu
- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan kearah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior. Lahir badan dan tungkai.
- 23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
- 24) Setelah tubuh dan tangan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung dan kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.
- 25) Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan).
- 26) Segera mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Pastikan bayi dalam kondisi atau posisi aman di perut bagian bawah ibu.
- 27) Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemeli).

- 28) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
- 29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 IU (Intramuskuler) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
- 30) Setelah 2 menit setelah bayi lahir (cukup bulan), jepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
- 31) Pemotongan dan pengikatan tali pusat.
- a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut.
 - b) Ikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
 - c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.
- 32) Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit antara ibu dan bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau areola mammae ibu. Selimuti ibu dan bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi.
- a) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
 - b) Sebagian bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit bayi cukup menyusu dari satu payudara.
 - c) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.

Kala III

- 33) Memindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- 34) Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
- 35) Pada saat uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya kemudian ulangi kembali prosedur di atas.
- 36) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.
 - a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva.
 - b) Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit :
 - (1) Mengulangi pemberian oksitosin 10 IU secara IM.
 - (2) Menilai kandung kemih dan mengkateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.
 - (3) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
 - (4) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.
 - (5) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.
- 37) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinil. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah

disediakan. Dan jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.

- 38) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).
- 39) Evaluasi kemungkinan perdarahan dan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 atau derajat 2 dan atau menimbulkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan.
- 40) Memeriksa kedua sisi plasenta (maternal fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.

d. Kala IV

- 41) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
- 42) Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh, lakukan kateterisasi.
- 43) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
- 44) Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- 45) Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.
- 46) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- 47) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali permenit).
 - a) Jika bayi sulit bernafas, merintih, atau retraksi, lakukan langkah resusitasi dan segera rujuk ke rumah sakit.

- b) Jika bayi nafas terlalu cepat atau sesak nafas, segera rujuk ke rumah sakit.
 - c) Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit antara ibu dan bayi dan hangatkan ibu serta bayi dalam satu selimut.
- 48) Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah di ranjang atau di sekitar ibu berbaring. Menggunakan larutan klorin 0,5 %, lalu bilas dengan air DTT. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 49) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
- 50) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.
- 51) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 52) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5 % .
- 53) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
- 54) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 55) Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk memberikan vitamin K1 (1 mg) intramuskuler di paha kiri bawah lateral dan salep mata profilaksis infeksi dalam 1 jam pertama kelahiran.
- 56) Lakukan pemeriksaan fisik lanjutan (setelah 1 jam kelahiran bayi). Pastikan kondisi bayi tetap baik (pernapasan normal 40-60 kali permenit dan temperatur tubuh normal 36,5 -37,5°C) setiap 15 menit.

- 57) Setelah 1 jam pemberian vitamin K1, berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
- 58) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

a. Kala III

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Disebut juga dengan kala uri atau kala pengeluaran plasenta. Peregangan Tali pusat Terkendali (PTT) dilanjutkan pemberian oksitosin untuk kontraksi uterus dan mengurangi perdarahan.

Tanda-tanda pelepasan plasenta:

- 1) Perubahan ukuran dan bentuk Uterus menjadi bundar dan uterus terdorong ke atas karena plasenta sudah terlepas dari Segmen Bawah Rahim
- 2) Tali pusat memanjang
- 3) Semburan darah tiba tiba

b. Kala IV

Dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Dalam kala IV sangat beresiko karena proses perdarahan yang berlangsung. Masa 1 jam setelah plasenta lahir. Pemantauan 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta, 30 menit pada jam kedua setelah persalinan, jika kondisi ibu tidak stabil, perlu dipantau lebih sering. Observasi intensif karena perdarahan yang terjadi pada masa ini. Observasi yang dilakukan:

- 1) Tingkat kesadaran penderita.
- 2) Pemeriksaan tanda vital.

3) Kontraksi uterus.

4) Perdarahan, dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc.

8. Mekanisme Persalinan

Menurut Abdullah et al (2025) terdapat tujuh gerakan-gerakan janin dalam persalinan atau gerakan kardinal yaitu engagement, penurunan, fleksi, putaran paksi dalam, ekstensi, putaran paksi luar, dan ekspulsi:

a. Engagement

Engagement pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan, sedangkan pada multigravida dapat terjadi pada awal persalinan. Masuknya kepala akan mengalami kesulitan bila saat masuk ke dalam panggul dengan sutura sagitalis dalam anteroposterior. Jika kepala masuk ke dalam pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang di jalan lahir, tulang parietal kanan dan kiri sama tinggi, maka keadaan ini disebut sinklitismus. Kepala pada saat melewati pintu atas panggul dapat juga dalam keadaan dimana sutura sagitalis lebih dekat ke promontorium atau ke symphysis maka hal ini disebut Asinklitismus. Ada dua macam asinklitismus. Asinklitismus posterior dan asinklitismus anterior.

1) Asinklitismus Posterior itu keadaan bila sutura sagitalis mendekati symphysis dan tulang parietal belakang lebih rendah dari pada tulang parietal depan. Terjadi karena tulang parietal depan tertahan oleh symphysis pubis sedangkan tulang parietal belakang dapat turun dengan mudah karena adanya lengkung sakrum yang luas.

2) Asinklitismus Anterior itu keadaan bila sutura sagitalis mendekati promontorium dan tulang parietal depan lebih rendah dari pada tulang parietal belakang.

b. Penurunan

Penurunan diakibatkan oleh kekuatan kontraksi rahim, kekuatan mengejan dari ibu, dan gaya berat kalau pasien dalam posisi tegak. Berbagai tingkat penurunan janin terjadi sebelum permulaan

persalinan pada primigravida dan selama Kala I pada primigravida dan multigravida. Penurunan semakin berlanjut sampai janin dilahirkan, gerakan yang lain akan membantunya.

c. Fleksi

Fleksi sebagian terjadi sebelum persalinan sebagai akibat tonus otot alami janin. Selama penurunan, tahanan dari serviks, dinding pelvis, dan lantai pelvis menyebabkan fleksi lebih jauh pada tulang leher bayi sehingga dagu bayi mendekati dadanya. Pada posisi oksipitoanterior, efek fleksi adalah untuk mengubah presentasi diameter dari oksipitofrontal menjadi suboksipitoposterior yang lebih kecil. Pada posisi oksipitoposterior, fleksi lengkap mungkin tidak terjadi, mengakibatkan presentasi diameter yang lebih besar, yang dapat menimbulkan persalinan yang lebih lama.

d. Putaran Paksi Dalam

Pada posisi oksipitoanterior, kepala janin, yang memasuki pelvis dalam diameter melintang atau miring, berputar, sehingga oksipito kembali ke anterior ke arah simfisis pubis. Putaran paksi dalam mungkin terjadi karena kepala janin bertemu penyangga otot pada dasar pelvis. Ini sering tidak tercapai sebelum bagian yang berpresentasi telah tercapai sebelum bagian yang berpresentasi telah mencapai tingkat spina iskhidika sehingga terjadilah engagement. Pada posisi oksipitoposterior, kepala janin dapat 20 memutar ke posterior sehingga oksiput berbalik ke arah lubang sakrum. Pilihan lainnya, kepala janin dapat memutar lebih dari 90 derajat menempatkan oksiput di bawah simfisis pelvis sehingga berubah ke posisi oksipitoanterior. Sekitar 75% dari janin yang memulai persalinan pada posisi oksipitoposterior memutar ke posisi oksipitoanterior selama fleksi dan penurunan. Bagaimanapun, sutura sagital biasanya berorientasi pada poros anteriorposterior dari pelvis.

e. Ekstensi

Kepala yang difleksikan pada posisi oksipitoanterior terus menurun di dalam pelvis. Karena pintu bawah vagina mengarah ke atas dan kedepan, ekstensi harus terjadi sebelum kepala dapat melintasinya. Sementara kepala melanjutkan penurunannya, terdapat penonjolan pada perineum yang diikuti dengan keluarnya puncak kepala. Puncak kepala terjadi bila diameter terbesar dari kepala janin dikelilingi oleh cincin vulva. Suatu insisi pada perineum (episotomi) dapat membantu mengurangi tegangan perineum disamping untuk mencegah peregangan dan perentangan jaringan perineum. Kepala dilahirkan dengan ekstensi yang cepat sambil oksiput, sinsiput, hidung, mulut, dan dagu melewati perineum. Pada posisi oksipitoposterior, kepala dilahirkan oleh kombinasi ekstensi dan fleksi. Pada saat munculnya puncak kepala, pelvis tulang posterior dan penyangga otot diusahakan berfleksi lebih jauh. Dahi, sinsiput, dan oksiput dilahirkan sementara janin mendekati dada. Sesudah itu, oksiput jatuh kembali saat kepala berekstensi, sementara hidung, mulut, dan dagu dilahirkan.

f. Putaran Paksi Luar

Pada posisi oksipitoanterior dan oksipitoposterior, kepala yang dilahirkan sekarang kembali ke posisi semula pada saat engagement untuk menyebariskan dengan punggung dan bahu janin. Putaran paksi kepala lebih jauh dapat terjadi sementara bahu menjalani putaran paksi dalam untuk menyebariskan bahu itu di bagian anteriorposterior di dalam pelvis.

g. Ekspulsi (Pengeluaran)

Setelah putaran paksi luar dari kepala, bahu anterior lahir dibawah simfisis pubis, diikuti oleh bahu posterior di atas tubuh perineum, kemudian seluruh tubuh anak.

9. Tanda Bahaya Pada Proses Persalinan

Menurut Kemenkes RI (2024) dalam buku kesehatan ibu dan anak, tanda bahaya pada proses persalinan yaitu:

a. Air ketuban hijau dan berbau.

- b. Ibu gelisah atau mengalami kesakitan yang hebat
- c. Ibu mengalami kejang.
- d. Perdarahan lewat jalan lahir
- e. Ibu tidak kuat mengejan
- f. Tali pusat atau tangan bayi keluar dari jalan lahir

C. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1. Pengertian

Bayi baru lahir (BBL) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, dan berusia 0-28 hari. Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterin. Bayi Baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai 42 minggu, dengan berat badan lahir 2500 - 4000 gram, dengan nilai apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan. Neonatus adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstra uterin. Tiga faktor yang mempengaruhi perubahan fungsi dan peoses vital neonatus yaitu maturasi (proses penyesuaian fisiologis yang dialami BBL), adaptasi (proses penyesuaian diri dari kehidupan dalam rahim ke kehidupan luar rahim) dan toleransi (kemampuan bayi untuk dapat hidup dengan baik). Empat aspek transisi pada bayi baru lahir yang paling cepat berlangsung adalah pada sistem pernapasan, sirkulasi, kemampuan menghasilkan glukosa (Raufaindah et al., 2022).

Tumbuh kembang bayi dan balita yang sehat menjadi prioritas utama dalam menilai kesehatan dan kecerdasan anak. Tumbuh kembang terdiri dari fisik, intelektual dan emosional. Faktor-faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak antara lain genetik, lingkungan dan perilaku (Suherlin et al., 2023).

2. Ciri-Ciri Bayi Lahir Normal

Ciri-ciri bayi lahir dalam keadaan normal adalah sebagai berikut ini menurut Raufaindah et al (2022):

- a. Berat badan 2500-4000 gram
- b. Panjang badan 48-52 cm
- c. Lingkar dada 30-38 cm
- d. Lingkar kepala 33-35 cm
- e. Frekuensi jantung 120-160 kali per menit
- f. Pernapasan 40-60 kali per menit
- g. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup
- h. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasaya telah sempurna.
- i. Kuku agak panjang dan lemas
- j. Genetalia: perempuan (labia mayora sudah menutup labia minora), laki-laki (testis sudah turun, skrotum sudah ada).
- k. Refleks:
 - 1) Refleks *sucking* (hisap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik
 - 2) Refleks *morrow* atau gerakan memeluk bila dikagetkan sudah baik.
 - 3) Refleks *grapsing* atau menggenggam sudah baik.
 - 4) Refleks *rooting* atau mencari puting dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut sudah terbentuk dengan baik.
 - 5) Refleks *babynski* dimana jari menggores telapak kaki bayi mulai dari tumit, sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki bayi akan mencengkram saat diusap.
- l. Eliminasi baik (mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan).

3. Penatalaksanaan Bayi Segera Setelah Lahir

Untuk BBL cukup bulan dengan air ketuban jernih yang langsung menangis atau bernapas spontan dan bergerak aktif cukup dilakukan manajemen BBL normal. Jika bayi kurang bulan (< 37 minggu / 259 hari) atau bayi lebih bulan (42 minggu / 283 hari), air ketuban bercampur

mekonium, tidak bernapas atau megap-megap, tonus otot tidak aktif dilakukan manajemen BBL dengan Asfiksia. Keadaan umum bayi dinilai setelah lahir dengan penggunaan nilai APGAR. Penilaian ini perlu untuk mengetahui apakah bayi menderita asfiksia atau tidak. Yang nilai ada 5 poin (Suherlin et al., 2023):

- a. *Appearance* (warna kulit)
- b. *Pulse rate* (frekuensi nadi)
- c. *Grimace* (reaksi rangsangan)
- d. *Activity* (tonus otot)
- e. *Respiratory* (pernapasan)

Setiap penilaian diberi nilai 0, 1, dan 2. Bila dalam 2 menit nilai APGAR tidak mencapai 7, maka harus dilakukan tindakan resusitasi lebih lanjut, oleh karena bila bayi menderita asfiksia lebih dari menit, kemungkinan terjadinya gejala-gejala neurologis lanjutan di kemudian hari lebih besar, berhubungan dengan itu penilaian APGAR selain pada umur 1 menit, juga pada umur 5 menit.

Tabel 2. 6 nilai APGAR Score

Tanda	Skor		
	0	1	2
Appearance (warna kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (frekuensi nadi)	Tidak ada	<100 x/menit	> 100 x/menit
Grimace (Reaksi rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan Mimic/meringis	Batuk/ bersin
Activity (Tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas dalam sedikit fleksi	Gerakan aktif
Respiratory (pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Baik. Menangis

Sumber: (Raufaindah et al., 2022)

Dari hasil penilaian tersebut dapat diketahui apakah bayi tersebut normal atau asfiksia:

- a. Nilai APGAR 7-10: Bayi normal
- b. Nilai APGAR 4-6: Asfiksia sedang ringan
- c. Nilai APGAR 0-3: Asfiksia Berat

4. Mekanisme Kehilangan Panas pada Bayi Baru Lahir

Jika tidak segera dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka BBL mengalami hipotermia. Bayi dengan hipotermia, berisiko tinggi untuk mengalami sakit berat atau bahkan kematian. Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relatif hangat.

Mekanisme Kehilangan Panas BBL menurut Suherlin et al (2024) dapat kehilangan panas tubuhnya melalui cara-cara berikut:

a. Evaporasi

Adalah kehilangan panas akibat penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri. Hal ini merupakan jalan utama bayi kehilangan panas. Kehilangan panas juga terjadi jika saat lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan atau terlalu cepat dimandikan dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

b. Konduksi

Merupakan kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin seperti meja, tempat tidur atau timbangan yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap panas tubuh bayi melalui mekanisme konduksi apabila bayi diletakkan di atas benda-benda tersebut.

c. Konveksi

Merupakan kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang dilahirkan atau ditempatkan di dalam ruangan yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas. Kehilangan panas juga terjadi.

d. Radiasi

Adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi. Bayi dapat kehilangan panas dengan cara ini karena benda-benda

tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung).

5. Tanda Bahaya Pada BBL

Menurut Suherlin et al (2023) ada beberapa tanda bahaya pada bayi baru lahir yaitu:

- a. Tidak mau menyusu atau memuntahkan semua yang diminum
- b. Kejang
- c. Bayi lama bergerak jika dipegang
- d. Sesak nafas
- e. Bayi merintih
- f. Pusing kemerahan sampai dinding perut
- g. Demam suhu tubuh lebih dari 37,5 derajat celsius, atau teraba dingin suhu tubuh kurang dari 36,5 derajat celsius
- h. Mata bayi bernanah banyak dan dapat menyebabkan bayi buta
- i. Bayi diare, mata cekung, tidak sadar, jika kulit perut di cubit akan Kembali lambat
- j. Kulit terlihat kuning

6. Kunjungan Bayi Baru Lahir

Komponen asuhan neonatal adalah pencegahan infeksi, pencegahan kehilangan panas, perawatan tali pusat, inisiasi menyusu dini (IMD), penatalaksanaan menyusui, pencegahan infeksi mata, vaksinasi, pemeriksaan neonatus. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menyatakan dalam Buku Kesehatan Ibu dan Anak bahwa bayi baru lahir sampai bayi baru lahir dapat diberikan asuhan sebanyak tiga kali antara lain:

- a. Kunjungan Bayi Baru Lahir Pertama (KN 1) dilakukan 6 sampai 48 jam setelah bayi lahir dan dirancang untuk menjaga kehangatan tubuh bayi, memungkinkan pemberian ASI eksklusif, mencegah infeksi, perawatan mata, perawatan tali pusat, injeksi vitamin K1 dan vaksin hepatitis B-0
- b. Kunjungan Bayi Baru Lahir Kedua (KN 2) dilakukan 3-7 hari setelah bayi lahir. Perawatan meliputi menjaga bayi tetap hangat, ASI eksklusif, memandikan bayi, perawatan tali pusat dan vaksinasi.

- c. Kunjungan Bayi Baru Lahir ketiga (KN 3) dilakukan pada saat bayi berusia 8 hari hingga 28 hari pascapersalinan. Perawatan bayi meliputi pemeriksaan tanda-tanda bahaya dan penyakit, menjaga bayi tetap hangat, pemberian ASI eksklusif dan vaksinasi.

D. Konsep Dasar Nifas

1. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (*puerperium*) berasal dari bahasa latin, yaitu *puer* yang artinya bayi dan *parous* yang artinya melahirkan atau berarti setelah melahirkan. Masa nifas (*puerperium*) merupakan masa pulihnya kembali organ reproduksi setelah melahirkan, yang dimulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil. Lamanya berkisar 6-8 minggu (Munthe et al., 2022).

2. Tujuan Masa Nifas

Pada masa nifas ini terjadi perubahan-perubahan fisik ataupun psikis berupa organ reproduksi, terjadinya proses laktasi, terbentuknya hubungan antara orang tua dan bayi dengan memberi dukungan. Atas dasar tersebut perlu dilakukan suatu pendekatan antara ibu dan keluarga dalam manajemen kebidanan. Adapun tujuan asuhan masa nifas adalah sebagai berikut (Indrianita et al., 2022):

- a. Kesehatan ibu dan bayi, baik fisik maupun psikis.
- b. Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi, baik pada ibu maupun bayi.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayi dan perawatan bayi sehat.
- d. Memberikan pelayanan KB.
- e. Untuk mendapatkan kesehatan emosi.
- f. Memperlancar pembentukan air susu ibu (ASI).

- g. Mengajarkan ibu untuk melaksanakan perawatan mandiri sampai masa nifas selesai dan memelihara bayi dengan baik sehingga bayi dapat mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang normal.
- h. Melakukan Manajemen Asuhan dengan cara mengumpulkan data, menentukan diagnosis dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama masa nifas.
- i. Memberikan asuhan secara profesional.

3. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

a. Perubahan Sistem Reproduksi menurut (Indrianita et al., 2022)

1) Involusi Uterus

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat hanya 60 gram. Proses involusi uterus menurut antara lain, sebagai berikut:

a) Iskemia Miometrium

Iskemia miometrium disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus-menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta membuat uterus relatif anemia dan menyebabkan serat otot atrofi.

b) Atrofi Jaringan

Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon esterogen saat pelepasan plasenta

2) Autolisis

Autolisis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga panjangnya 10 kali dari semula dan lebar lima kali dari semula selama kehamilan atau dapat juga dikatakan sebagai perusakan secara langsung jaringan hipertrofi yang berlebihan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon esterogen dan progesteron.

3) Efek Oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi perdarahan. Penurunan ukuran uterus yang cepat itu dicerminkan oleh perubahan lokasi uterus ketika turun keluar dari abdomen dan kembali menjadi organ pelvis.

b. Perubahan Pada Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Perubahan yang terdapat pada serviks postpartum adalah bentuk serviks yang akan menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri terbentuk semacam cincin. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Beberapa hari setelah persalinan, ostium eksternum dapat dilalui oleh 2 jari, pinggir - pinggirnya tidak rata, tetapi retak-retak karena robekan dalam persalinan. Pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh satu jari saja, dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari kranialis servikallis. Pada serviks terbentuk sel - sel otot baru yang mengakibatkan serviks memanjang seperti celah.

c. Lokhea

Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lokhea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lokhea yang berbau tak sedap menandakan adanya infeksi.

Tabel 2. 7 Macam-macam Lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan sisa meconium. Lokhea rubra yang menetap pada awal priode postpartum menunjukkan adanya perdarahan postpartum sekunder yang mungkin disebabkan tinggalnya sisa atau selaput plasenta.
Sanguinolenta	4-7 hari	Merah kecoklatan dan berlendir	Sisa darah segar bercampur lendir.
Serosa	7-14 hari	Kuning kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan atau laserasi plasenta. Lokhea serosa dan albayang berlanjut bisa menandakan adanya endometris, terutama jika disertai demam, rasa sakit atau nyeri tekan pada abdomen.
Alba	>14 hari berlangsung 2-6 postpartum	Putih	Mengandung leukosit, sel desidua, dan sel epitel, selaput lendir serviks serta serabut jaringan yang mati.
Lochea purulenta			Terjadi infeksi keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
Locheastatis			Lochea tidak lancar keluar

Sumber: (Indrianita et al., 2022)

d. Perubahan pada Vulva, Vagina dan Perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut. Kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol. Hymen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi kurunkulae motiformis yang khas bagi wanita multipara. Pada post natal hari kelima, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.

e. Perubahan pada Payudara

Perubahan pada payudara dapat meliputi hal - hal sebagai berikut:

- 1) Penurunan kadar progesteron dan peningkatan hormon prolaktin setelah persalinan.
- 2) Kolostrum sudah ada saat persalinan, produksi ASI terjadi pada hari kedua atau hari ketiga setelah persalinan.
- 3) Payudara menjadi besar sebagai tanda mulainya proses laktasi.

2. Kebutuhan dasar ibu masa nifas

Menurut Indrianita et al (2022) beberapa kebutuhan dasar masa nifas adalah:

a. Nutrisi

Ibu nifas memerlukan nutrisi dan cairan untuk pemulihan kondisi kesehatan setelah melahirkan, cadangan tenaga serta untuk memenuhi produksi air susu.

b. Kalori

Kebutuhan kalori pada masa menyusui sekitar 400-500 kalori. Wanita dewasa memerlukan 1800 kalori per hari. Sebaliknya ibu nifas jangan mengurangi kebutuhan kalori, karena akan mengganggu proses metabolisme tubuh dan menyebabkan ASI rusak.

c. Kalsium dan vitamin D

Kalsium dan vitamin D berguna untuk pembentukan tulang dan gigi, kebutuhan kalsium dan vitamin D di dapat dari minum susu rendah kalori atau berjamur di pagi hari. Konsumsi kalsium pada masa menyusui meningkat menjadi 5 porsi per hari. Satu setara dengan 50-60 gram keju, satu cangkir susu krim, 160 gram ikan salmon, 120 gram ikan sarden, atau 280 gram tahu.

d. Magnesium

Magnesium dibutuhkan sel tubuh untuk emmbantu gerak otot, fungsi syaraf dan memperkuat tulang. Kebutuhan magnesium didapat pada gandum dan kacang-kacangan.

e. Sayuran hijau dan buah

Kebutuhan yang diperlukan setidaknya tiga porsi sehari. Satu porsi setara dengan 1/8 semangka, 1/4 mangga, 3/4 cangkir brokoli, 1/2 wortel, 1/4- 1/2 cangkir sayuran hijau yang telah dimasak, satu tomat.

f. Karbohidrat

Selama menyusui, kebutuhan karbohidrat kompleks diperlukan enam porsi perhari. Satu porsi setara dengan 1/2 cangkir nasi, 1/4 cangkir jagung pipi, satu porsi sereal atau oat, satu iris roti dari bijian utuh, 1/2 kue maffin dari bijian utuh, 2-6 biskuit kering atau crackers, 1/2 cangkir kacang-kacangan, 2/3 cangkir kacang koro, atau 40 gram mi/pasta dari bijian utuh.

g. Lemak

Rata-rata kebutuhan lemak orang dewasa adalah 41/2 porsi lemak (14 gram porsi) perharinya. Satu porsi lemak sama dengan 80 gram keju, tiga sendok makan kacang tanah atau kenari, empat sendok makan krim, secangkir es krim, 1/2 buah alpukat, 2 sendok makan selai kacang, 120-140 gram daging tanpa lemak, Sembilan kentang goreng, 2 iris cake, satu sendok makan mayones atau mentega, atau 2 sendok makan salad.

h. Cairan

Konsumsi cairan sebanyak 8 gelas per hari. Minum sedikitnya 3 liter tiap hari. Kebutuhan akan cairan diperoleh dari air putih, sari buah, susu dan sup.

i. Vitamin

Kebutuhan vitamin selama menyusui sangat dibutuhkan. Vitamin yang diperlukan antara lain: Vitamin A yang berguna bagi kesehatan kulit, kelenjar serta mata. Vitamin A terdapat dalam telur, hati dan keju. Jumlah yang dibutuhkan adalah 1.300 mcg, Vitamin B6 membantu penyerapan protein dan meningkatkan fungsi syaraf. Asupan vitamin B6 sebanyak 2,0 mg per hari. Vitain B6 dapat ditemui dari daging, hati, padi-padian, kacang polong dan kentang; Vitamin E berfungsi sebagai

antioksidan, meningkatkan stamina dan daya tahan tubuh. Terdapat dalam

j. Ambulasi

Setelah bersalin, ibu akan merasa lelah. Oleh karena itu, ibu harus istirahat. Mobilisasi yang akan dilakukan pada komplikasi persalinan, nifas dan sembuhan luka. Ambulasi dini (*early ambulation*) adalah mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidurnya. Ibu post partum diperbolehkan bangun dari tempat tidurnya 24-48 jam setelah melahirkan.

k. Eliminasi

1) Miksi

Buang air kecil sendiri sebaiknya dilakukan secepatnya. Miksi normal bila dapat BAK spontan setiap 3-4 jam. Kesulitan BAK dapat disebabkan karena sfingter uretra tertekan oleh kepala janin dan spasmus oleh iritasi muskulo sfingter ani selama persalinan. Lakukan keteterisasi apabila kandung kemih penuh dan sulit berkemih

2) Defekasi

Ibu diharapkan dapat BAB sekitar 3-4 hari post partum. Apabila mengalami kesulitan BAB, lakukan diet teratur, cukup cairan, konsumsi makanan berserat, olahraga, berikan obat perangsang per oral/ rektal atau lakukan klisma bila perlu.

n. Kebersihan diri atau perineum

Kebersihan diri berguna mengurangi infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman. Kebersihan diri meliputi kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur maupun lingkungan. Beberapa hal yang dapat dilakukan ibu post partum dalam menjaga kebersihan diri, adalah sebagai berikut mandi teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur, menjaga lingkungan sekitar tempat tinggal, melakukan perawatan perineum, mengganti pembalut minimal 2 kali sehari, mencuci tangan setiap membersihkan daerah genitalia.

o. Istirahat

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Hal-hal yang dapat dilakukan ibu dalam memenuhi kebutuhan istirahatnya antara lain anjurkan ibu untuk cukup istirahat, sarankan ibu untuk melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan, tidur siang atau istirahat saat bayi tidur, kurang istirahat dapat menyebabkan jumlah ASI berkurang, memperlambat proses involusi uteri, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan dalam merawat bayi.

p. Seksual

Program Keluarga Berencana sebaiknya dilakukan ibu setelah masa nifas selesai atau 40 hari (6 minggu), dengan tujuan menjaga kesehatan ibu. Pada saat melakukan hubungan seksual sebaiknya perhatikan waktu, penggunaan kontrasepsi, dipareuni, kenikmatan dan kepuasan pasangan suami istri. Beberapa cara yang dapat mengatasi kemesraan suami istri setelah periode nifas antara lain (hindari menyebut ayah dan ibu, mencari pengasuh bayi, membantu kesibukan istri, menyempatkan berkencan, meyakinkan diri, bersikap terbuka dan konsultasi dengan ahlinya.

q. Latihan atau senam nifas

Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan sampai dengan kesepuluh. Tujuan senam nifas adalah sebagai berikut membantu mempercepat pemulihan kondisi ibu, mempercepat proses involusi uteri, membantu memulihkan dan mengencangkan otot panggul, perut dan perineum, memperlancar pengeluaran lochea, membantu mengurangi rasa sakit, merelaksasikan otot-otot yang menunjang proses kehamilan dan persalinan, mengurangi kelainan dan komplikasi masa nifas..

4. Tahapan Masa Nifas

Tahapan masa nifas menurut Indrianita et al (2022):

a. *Puerperium dini (immediate puerperium)*

Immediate postpartum merupakan masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Fase ini merupakan fase kritis karena pada masa ini sering terjadi perdarahan postpartum yang disebabkan karena atonia uteri. Pada masa ini bidan perlu melakukan pemantauan secara rutin yang meliputi kontraksi uterus, pengeluaran lochea, kandung kemih, tekanan darah dan suhu.

b. *Early puerperium* (>24 jam - 1 minggu)

Pada fase ini, bidan perlu memastikan proses involusi uteri berjalan dengan normal, yaitu dengan memastikan tidak terjadi perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak terjadi demam, ibu mendapat asupan makanan dan cairan yang cukup sehingga proses menyusui berjalan dengan baik.

c. *Remote puerperium* (*later puerperium*)

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan yang sempurna secara bertahap terutama jika selama masa kehamilan dan persalinan ibu mengalami komplikasi, waktu untuk sehat bisa berminggu-minggu, bulan bahkan tahun.

5. Tanda Bahaya Masa Nifas

Tanda bahaya pada masa nifas menurut Munthe et al (2022), adalah sebagai berikut:

- a. Perdarahan darah segar setelah minggu ketiga setelah persalina
- b. Demam tinggi $>38^{\circ}\text{C}$, apabila ibu memiliki suhu tubuh yang tinggi harus memikirkan apakah ada infeksi atau dehidrasi ibu. Mencari sumber masalah ataupun penyebabnya untuk memberikan intervensinya.
- c. Kontraksi uterus kurang baik, disebabkan ibu multipara dan bayi besar, peregangan otot uterus yang maksimal, uterus yang tidak kompeten, KU ibu lemah. Rencana tindakan yang dilakukan dengan merangsang kerja baik uterus misal masage fundus, injeksi oksitosin bila perlu KBI/KBE untuk mencegah perdarahan yang hebat.

- d. Perdarahan banyak 24 jam postpartum disebabkan oleh kontraksi uterus yang tidak baik, adanya laserasi jalan lahir, sisa plasenta serta perdarahan yang belum diketahui sumbernya sehingga perlu kolaborasi dokter maupun petugas kesehatan
- e. Lochea berbau tidak enak, normalnya seperti bau menstruasi biasa
- f. Adanya tanda human menandakan tanda homan dengan cara kaki diluruskan dan telapak kaki ditekuk. Bila terdapat tanda kemerahan pada tungkai maka ibu memiliki tanda homan. Langkah yang bisa dilakukan ambulasi dan kolaborasi dengan dokter.
- g. Bendungan Asi Bendungan ASI terjadi pada ibu yang tidak mau menyus bayinya. Atau ibu menyusui tidak efektif dan perlekatan/posisi menyusui yang salah. Hal ini diberi penyuluhan tentang keuntungan pemberian ASI dan ajarkan ibu teknik menyusui yang benar, perawatan payudara agar puting tidak lecet sehingga dapat menyusui dengan baik dan tidak kesakitan

6. Kunjungan Masa Nifas

Kebijakan Program Nasional Masa Nifas Berdasarkan Kementerian Kesehatan Tahun 2020 dalam (Munthe et al., 2022) adalah sebagai berikut:

- a. Kunjungan Pertama (KF 1), 6-8 jam setelah persalinan yang bertujuan:
 - 1) Mencegah perdarahan masa nifas karena persalinan akibat terjadinya atonia uteri.
 - 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, segera merujuk bila perdarahan terus berlanjut.
 - 3) Memberikan konseling pada ibu dan anggota keluarga bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas akibat atonia uteri.
 - 4) Konseling tentang pemberian ASI awal.
 - 5) Melakukan bonding attachment antara ibu dengan bayi yang baru dilahirkan.
 - 6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.

- 7) Jika petugas kesehatan menolong persalinan ibu, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi yang baru lahir untuk 2 jam pertama atau sampai keadaan ibu dan bayinya stabil.
- b. Kunjungan Kedua (KF 2), 3-7 hari setelah persalinan yang bertujuan:
 - 1) memastikan proses involusi uteri berjalan dengan normal.
 - 2) evaluasi adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
 - 3) memastikan ibu cukup makan, minum, dan istirahat.
 - 4) memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda adanya penyulit
 - 5) memberikan konseling pada ibu mengenai hal-hal berkaitan dengan asuhan pada bayi.
 - 6) Kunjungan Ketiga (KF 3), 8-28 hari setelah persalinan yang bertujuan
- c. Kunjungan ke Tiga (KF 3), 8-28 hari setelah persalinan
Sama seperti pada kunjungan ke-3.
- d. Kunjungan Empat, 29-42 hari setelah persalinan yang bertujuan:
 - 1) menanyakan penyulit-penyulit yang ada.
 - 2) memberikan konseling untuk KB secara dini.

E. Konsep Dasar Keluarga Berencana

1. Keluarga Berencana (KB)

Keluarga berencana (KB) adalah upaya untuk mengontrol kelahiran, jumlah kehamilan, dan jarak kehamilan dengan menggunakan strategi promosi, perlindungan, dan bantuan yang sesuai dengan hak reproduksi wanita dan pria untuk membentuk keluarga yang baik. Diharapkan bahwa program keluarga berencana akan menghasilkan penduduk yang lebih baik, sumber daya manusia yang lebih baik, dan kesejahteraan keluarga yang lebih baik (Fatonah et al., 2023).

Kesehatan reproduksi adalah keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh (tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan)

dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi serta fungsi dan prosesnya. Sebagai komponen kesehatan reproduksi, pelayanan KB diarahkan untuk menunjang tercapainya kesehatan ibu dan bayi. Pelayanan KB bertujuan untuk menunda, menjarangkan/ menjaga jarak kelahiran dan atau membatasi kehamilan bila jumlah anak sudah cukup. Dengan demikian, pelayanan KB sangat berguna dalam pengaturan kehamilan dan pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan atau tidak tepat waktu (Fatonah et al., 2023)

2. Tujuan Keluarga Berencana

Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, Keluarga Berencana dan Sistem Informasi Keluarga, tujuan program keluarga berencana menurut Fatonah et al (2023) yaitu:

- a. Mengantur kehamilan yang diinginkan.
- b. Menjaga kesehatan dan menurunkan angka kematian ibu (AKI), angka kematian bayi atau balita (AKB) dan anak.
- c. Meningkatkan kualitas dan akses informasi, konseling, pendidikan dan pelayanan keluarga berencana serta kesehatan reproduksi.
- d. Meningkatkan peran serta partisipasi pria dalam program keluarga berencana.
- e. Mensosialisasikan dan mempromosikan pemberian air susu ibu (ASI) sebagai upaya untuk menjarangkan kehamilan.

3. Tujuan Penggunaan Kontrasepsi Menurut Sasarannya

Ada 3 fase tujuan penggunaan kontrasepsi menurut sasarannya adalah sebagai berikut menurut Lorensia (2024) sebagai berikut :

- a. Fase menunda kehamilan

Fase ini sebaiknya dilakukan apabila perempuan belum mencapai usia reproduksi yang ideal yaitu 20 tahun, sehingga kriteria kontrasepsi yang dapat digunakan sebaiknya memiliki reversibilitas dan efektivitas tinggi. Hal ini penting agar kembalinya kesuburan dapat terjamin dan pasangan dapat hamil segera setelah kontrasepsi dilepas.

Pilihan kontrasepsi:

- 1) KB Pil
- 2) Kondom
- 3) KB Suntik
- 4) MAL

b. Fase menjarangkan kehamilan

Ciri kontrasepsi yang dibutuhkan dalam fase ini adalah yang memiliki efektifitas dan reversibilitas tinggi, karena biasanya pasangan masih menginginkan memiliki anak lagi, namun ingin mengatur jarak dari masing-masing kelahiran anak sekitar 2- 4 tahun.

Pilihan Kontrasepsi:

- 1) KB Pil
- 2) KB Suntik
- 3) Implan
- 4) IUD
- 5) MAL

c. Fase menghentikan

kehamilan Pada ibu yang sudah memasuki usia risiko tinggi yaitu lebih dari 35 tahun dan telah memiliki 3 anak atau lebih, sebaiknya menggunakan kontrasepsi yang memiliki efektifitas tinggi. Kehamilan yang terjadi pada usia tersebut berisiko tinggi bagi ibu dan anak, dan biasanya pasangan sudah tidak ingin punya anak lagi. Kontrasepsi yang dapat disarankan terutama yang bersifat jangka panjang yaitu:

- 1) Kontrasepsi mantap (MOW/MOP)
- 2) AKDR
- 3) Implant

4. Jenis jenis Alat Kontrasepsi

Terdapat beberapa jenis metode kontrasepsi (Kemenkes, 2021)

- a. AKDR Copper
- b. Kontrasepsi Implan

Serta metode yang ingin ibu gunakan yaitu dengan kontrasepsi MAL yaitu:

b. Metode Amenore Laktasi (MAL)

Pengertian: Metode keluarga berencana sementara yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan ataupun minuman apa pun lainnya.

MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila. :

- 1) Ibu belum menstruasi bulanan.
- 2) Bayi disusui secara penuh (ASI Eksklusif) dan sering disusui lebih dari 8 kali sehari, siang dan malam.
- 3) Bayi berusia kurang dari 6 bulan

Cara Kerja: Mekanisme kerja utama dengan cara mencegah pelepasan telur dari ovarium (ovulasi). Sering menyusui secara sementara mencegah pelepasan hormon alami (Prolaktin Dan Oksitoin) yang dapat menyebabkan ovulasi.

Keuntungan:

- 1) Tidak memberi beban biaya untuk keluarga berencana atau untuk makanan bayi
 - 2) Efektivitasnya tinggi
 - 3) Segera efektif
 - 4) Tidak mengganggu hubungan seksual
 - 5) Tidak ada efek samping secara sistemik
 - 6) Tidak perlu pengawasan medis
 - 7) Tidak perlu obat atau alat
 - 8) Bayi mendapat kekebalan pasif
 - 9) Sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal
 - 10) Mengurangi perdarahan pasca persalinan
 - 11) Meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi
- Keterbatasan:
- 12) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan

13) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi social

14) Efektif hanya sampai dengan 6 bulan

F. Manajemen Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 Tentang Standar Profesi Bidan, manajemen asuhan kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam memberikan layanan mereka, mulai dari pengkajian, perumusan diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan pencatatan.

Manajemen asuhan kebidanan 7 langkah menurut varney dalam Ronalen (2021) antara lain:

1. Langkah 1 Pengumpulan Data Dasar

Masalah adalah informasi yang didapatkan dari klien dan keluarga atau profesi kesehatan lain yang menjadi acuan dalam melakukan penelusuran melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.

Pengkajian adalah pengumpulan semua data yang akurat, relevan, dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien/klien secara holistik meliputi biopsikososio, spritual dan kultural. Terdiri dari data subyektif (hasil anamnesis; biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya) dan data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang) (Kemenkes RI No HK.01.07/MENKES/320/2020).

2. Langkah 2. Mengidentifikasi diagnosis atau masalah actual

Mengidentifikasi data dengan cepat untuk mengidentifikasi diagnosa atau masalah aktual dengan klien berdasarkan data dasar, menguraikan bagaimana suatu data pada kasus diinterpretasikan menjadi suatu diagnosa atau secara teori data apa yang mendukung untuk timbulnya diagnosa tersebut. Masalah lebih sering berhubungan dengan bagaimana klien menguraikan keadaan yang ia rasakan, sedangkan diagnosa lebih sering diidentifikasi oleh bidan yang difokuskan pada apa yang di alami oleh klien.

3. Langkah 3. Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial

Diagnosis Kebidanan adalah kesimpulan hasil analisis data yang diperoleh dari pengkajian secara akurat dan logis yang dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

4. Langkah 4. Penetapan kebutuhann/ tindakan segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan

5. Langkah 5. Intervensi/ Perencanaan tindakan asuhan kebidanan.

Perencanaan adalah rencana tindakan yang disusun Bidan berdasarkan diagnosis kebidanan mulai dari tindakan segera, tindakan antisipasi dan tindakan komprehensif melibatkan klien dan/atau keluarga, mempertimbangkan kondisi psikologi dan sosialbudaya klien/keluarga, tindakan yang aman (safety) sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based serta mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

6. Langkah 6. Implementasi/ pelaksanaan asuhan

Implementasi adalah pelaksanaan tindakan kebidanan berdasarkan rencana yang diberikan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman (safety) kepada klien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, baik secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

7. Langkah 7. Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian secara sistematis dan berkesinambungan terhadap efektifitas tindakan dan asuhan kebidanan yang telah diberikan sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien, dilakukan sesuai standar dan segera setelah melaksanakan asuhan, dicatat dan dikomunikasikan kepada klien dan/atau keluarga serta segera ditindak lanjuti.

Pendokumentasian Tindakan Asuhan Kebidanan:

1. S (Data Subjektif)

Data subjektif (S) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut helen varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui anamnesis. Data Subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Berdasarkan teori data subjektif yang diperoleh pada ibu hamil dengan anemia yaitu ibu mengeluh sering merasa lelah, mengantuk, merasa pusing.

2. O (Data Objektif)

Data Objektif (O) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien.

3. A (Assessment)

A (Analysis/Assessment) merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif.

4. P (Planning)

Planning/perencanaan, adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data

G. Kewenangan Bidan

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 tahun 2019 tentang standar pemenuhan mutu pelayanan dasar pada standar pelayanan minimal bidang kesehatan kewenangan bidan ialah sebagai berikut:

Pasal 46

- (1) Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan bertugas memberikan pelayanan yang meliputi:

- a. pelayanan kesehatan ibu;
 - b. pelayanan kesehatan anak;
 - c. pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga beencana;
 - d. pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang; dan/atau
 - e. pelaksanaan tugas dalam keadaan ketebatasan tertentu.
- (2) Tugas bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilaksanakan secara bersama atau sendiri
- (3) Pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara bertanggung jawab dan akuntabel

Pasal 47

- (1) Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan dapat berperan sebagai:
- a. Pemberi pelayanan kebidanan;
 - b. Pengelola pelayanan kebidanan;
 - c. Penyuluh dan konselor;
 - d. Pendidik, pembimbing, dan fasilitator klinik;
 - e. Penggerak peran serta masyarakat dan pemberdayaan perempuan; dan/atau
 - f. Peneliti
- (2) Peran bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan-undangan

Pasal 48

Bidan dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 dan pasal 47, harus sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya.

Pasal 49

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1) huruf a, Bidan berwenang:

- a. Memberikan asuhan kebidanan pada masa sebelum hamil;
- b. Memberikan asuhan kebidanan pada masa kehamilan normal;

- c. Memberikan asuhan kebidanan pada masa persalinan, pasca persalinan, masa nifas serta asuhan pasca keguguran dan dilanjutkan dengan rujukan

Pasal 50

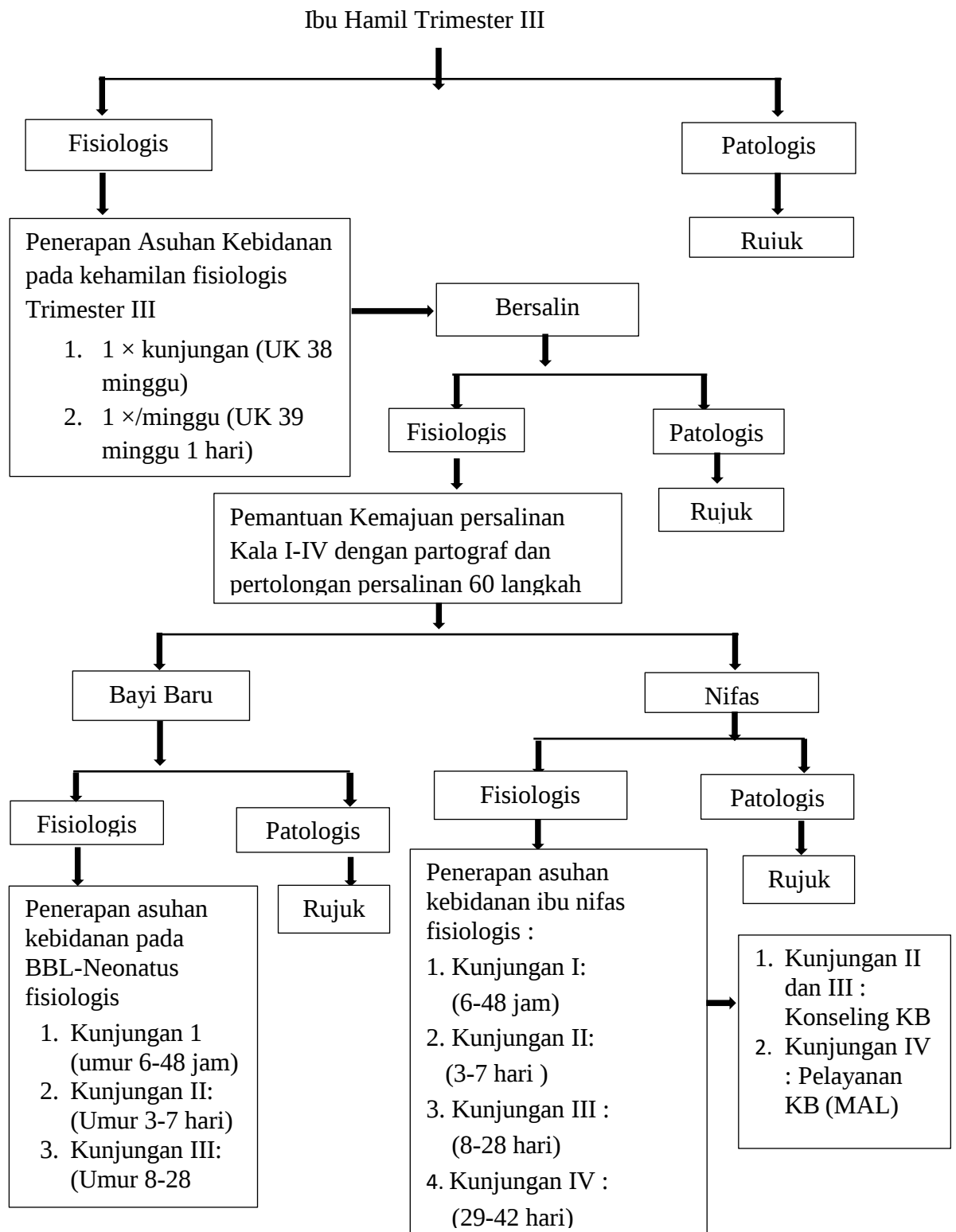
Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan anak bagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1) huruf b, bidan berwenang:

- a. Memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, bayi, balita dan anak pra sekolah;
- b. Memberikan imunisasi sesuai program pemerintah pusat;
- c. Melakukan pemantauan tumbuh kembang pada bayi, balita dan anak prasekolah serta deteksi dini kasus penyulit, gangguan tumbuh kembang dan rujukan; dan
- d. Memberikan pertolongan pertama kegawatdaruratan pada bayibaru lahir di lanjutkan dengan rujukan

Pasal 51

Dalam menjalankan tugas dan memberikan pelayanakesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebgaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1) huruf c, bidan berwenang melakukan komunikasi, informasi, edukasi, konseling dan memberikan pelayanan kontrasepsi seuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

H. Kerangka Pikir



Gambar 2. 1 Kerangka Pikir
Modifikasi teori berdasarkan kasus pada Ny. S