

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Kehamilan

1. Pengertian kehamilan

Kehamilan merupakan suatu fase kehidupan yang istimewa bagi perempuan. Selama periode ini, seorang perempuan mengalami berbagai perasaan, termasuk kebahagiaan, kecemasan, kelelahan, serta kegembiraan secara bersamaan. Kecemasan dan ketakutan umumnya lebih dirasakan oleh ibu yang menjalani kehamilan pertamanya. Namun, tidak sedikit pula ibu hamil yang mengalami perubahan suasana hati pada setiap trimesternya. Perubahan ini dapat dipahami sebagai perubahan psikologis dan emosional yang dialami oleh ibu hamil (Lestari *et al.*, 2023).

Kehamilan adalah masa dimana seorang wanita membawa embrio atau fetus didalam tubuhnya. Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya kehamilan mulai dari konsepsi sampai partus yaitu kira-kira 280 hari (40 minggu), dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu). Apabila ditinjau dari lamanya, kehamilan dibedakan menjadi 3 yaitu Kehamilan premature (kehamilan antara 28 sampai 36 minggu), Kehamilan mature (kehamilan antara 37 minggu sampai 42 minggu), Kehamilan postmature (kehamilan lebih dari 43 minggu) (Sekar Arum *et al.*, 2021).

Berdasarkan dua pengertian diatas, kehamilan dapat disimpulkan sebagai suatu fase kehidupan yang istimewa bagi perempuan, dimulai dari proses konsepsi biologis dan berlanjut hingga kelahiran janin. Selama periode ini, perempuan merasakan berbagai macam perubahan fisik dan emosional yang umumnya lebih dirasakan oleh ibu dengan kehamilan pertama. Kehamilan juga dapat diklasifikasikan berdasarkan lamanya, yaitu kehamilan prematur, matur, dan postmatur. Oleh karena itu, kehamilan adalah pengalaman kompleks yang melibatkan interaksi antara aspek biologis, psikologis, dan emosional. Proses kehamilan mencakup serangkaian tahapan, dimulai dari ovulasi, perpindahan sperma dan ovum,

serta implantasi pada endometrium, diikuti oleh pembentukan plasenta dan pertumbuhan embrio atau janin. Umumnya, kehamilan normal berlangsung antara 37 hingga 42 minggu yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir.

2. Kehamilan Trimester Ketiga

Trimseter III adalah waktu untuk mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua seperti terpusatnya perhatian pada kehadiran bayi. Trimester III merupakan saat persiapan aktif untuk persiapan menjadi orang tua. Keluarga mulai menduga- duga tentang jenis kelamin bayinya (apakah laki-laki atau perempuan) dan akan mirip siapa. Sosok suami dan keluarga pada saat persiapan kehamilan sangat penting karena suami dianggap orang pertama yang bertanggungjawab untuk memberikan dukungan psikologis selama kehamilan. Dukungan suami dan keluarga akan menjadi faktor positif dalam menambah kenyamanan bagi istri dan memicu semangatnya terutama pada kehamilan pertama (Nursifa *et al.*, 2024).

Trimester ketiga kehamilan adalah periode tiga bulan terakhir dari keseluruhan masa kehamilan, yang dimulai pada minggu ke-28 dan berakhir pada minggu ke-40 (normalnya bisa mencapai 42 minggu). Pada fase ini, janin mengalami pertumbuhan pesat dan mempersiapkan diri untuk kelahiran, sementara ibu hamil juga merasakan berbagai perubahan fisik dan emosional (Febriyeni *et al.*, 2021).

Berdasarkan kedua pengertian diatas, dapat disimpulkan trimester III merupakan tahap akhir kehamilan yang berlangsung dari minggu ke-28 hingga menjelang persalinan (sekitar minggu ke 40–42). Pada fase ini, terjadi pertumbuhan pesat janin dan berbagai perubahan fisik serta emosional pada ibu. Selain menjadi masa persiapan fisik untuk kelahiran, trimester ketiga juga merupakan periode penting bagi calon orang tua untuk menyiapkan peran dan tanggung jawab baru mereka. Dukungan dari suami dan keluarga sangat berperan dalam memberikan kenyamanan emosional bagi ibu hamil, terutama pada kehamilan pertama. Trimester ini tidak hanya fokus pada aspek medis, tetapi juga pada kesiapan psikologis dan sosial dalam menyambut kehadiran bayi.

3. Perubahan Psikologis Ibu Hamil Trimester III

Beberapa wanita juga banyak yang merasa takut jika tidak bisa melahirkan secara normal, dan mulai ingin melindungi bayinya yang bisa terjadi pada kemungkinan hal buruk yang bisa saja terjadi pada ibu dan juga bayi. Ketakutan itu juga mulai ditambah dengan rasa sedih ibu karena penampilan dirinya yang semakin tidak menarik, sehingga memang perlu dilakukan berbagai dukungan dari suami dan juga keluarga (Situmorang *et al.*, 2021).

Menurut Arfiyanti, Widyawati and Kurnianingsih (2022) Pada akhir trimester ini, ibu hamil cenderung memiliki perubahan dalam segi psikologis, di antaranya:

a. Perubahan Emosional

Perubahan emosional pada trimester III terutama saat mendekati persalinan, emosi yang dimiliki ibu semakin mudah berubah, tidak jarang menjadi sulit untuk dikontrol. Perubahan pada emosi berakhir dengan munculnya rasa khawatir, takut, kebingungan, dan keraguan.

b. Depresi

Penyebab timbulnya depresi ibu hamil adalah akibat perubahan hormonal yang berhubungan dengan otak, hubungan dengan suami atau anggota keluarga, kegagalan, dan komplikasi hamil serta kejadian berat.

c. Stres

Stres diakibatkan dari pemikiran yang negatif dan perasaan takut. Semua yang dipikirkan ibu akan tersalurkan melalui hormon saraf ke bayinya, dan stres ekstrem yang berkelanjutan dapat menyebabkan kelahiran prematur, berat badan rendah, hiperaktif, dan mudah marah. Stres dapat membuat aktif sistem saraf endokrin dari tubuh bayi dan memengaruhi perkembangan otaknya, bahkan dapat mengakibatkan anak mengalami perilaku yang menyimpang di masa depan. Hormon dari ibu stres kronis ketika mengalir ke

dalam plasenta akan mengganggu distribusi aliran darah janin dan mengakibatkan perubahan karakter psikis bagi bayi.

d. Kecemasan

Sejumlah ketakutan muncul dalam trimester ini yaitu merasa cemas dengan kehidupan bayinya dan dirinya sendiri, seperti: Apakah bayinya nanti akan lahir abnormal, terkait dengan persalinandan kelahiran (nyeri, luka saat melahirkan, kehilangan kendali dan hal-hal lain yang tidak diketahui), apakah ia akan bersalin normal atau tidak, atau bayinya tidak mampu keluar karena perutnya sudah luar biasa besar, atau apakah organ vitalnya akan mengalami cedera akibat tendangan bayi, bagaimana perubahan hubungan dengan suami, rasa kahwatir serta cemas yang diakibatkan ibu yang merasa kurang mampu dalam menjalankan perannya sebagai seorang ibu sebelah melahirkan bayinya.

Kebutuhan Psikologis yang sangat diperlukan oleh ibu menurut Ulfah *et al.*, (2023) yaitu :

- 1) Dukungan Sosial ; dukungan ini meliputi dukungan orang tua, dukungan suami, dukungan teman, termasuk dukungan tenaga kesehatan.
- 2) Persiapan menjadi orang tua.
- 3) Perasaan aman dan nyaman.

4. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil Trimester III

Menurut Herlinda and Widyaningsih (2023), kebutuhan dasar ibu hamil trimester III diantaranya:

a. Nutrisi

Kecukupan gizi ibu hamil diukur berdasarkan kenaikan berat badan. Kalori ibu hamil 300-500 kalori lebih banyak dari sebelumnya. Kenaikan berat badan juga bertambah pada trimester ini antara 0,3-0,5 kg/minggu. Kebutuhan protein juga 30 gram lebih banyak dari biasanya.

b. Seksual

Hubungan seksual pada trimester 3 tidak berbahaya kecuali ada beberapa riwayat berikut yaitu pernah mengalami abortus sebelumnya, riwayat perdarahan pervaginam sebelumnya, terdapat tanda infeksi dengan adanya pengeluaran cairan disertai rasa nyeri dan panas pada jalan lahir. Walaupun ada beberapa indikasi tentang bahaya jika melakukan hubungan seksual pada trimester III bagi ibu hamil, namun faktor lain yang lebih dominan yaitu turunnya rangsangan libido pada trimester ini yang membuat kebanyakan ibu hamil tidak tertarik untuk berhubungan intim dengan pasangannya, rasa nyaman yang sudah jauh berkurang disertai ketidaknyamanan seperti pegal/nyeri di daerah punggung bahkan terkadang ada yang merasakan adanya kembali rasa mual seperti sebelumnya, hal inilah yang mempengaruhi psikologis ibu di trimester III.

c. Istirahat

Cukup istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani, rohani, untuk kepentingan kesehatan ibu sendiri dan tumbuh kembang janinya di dalam kandungan. Kebutuhan tidur yang efektif yaitu 8 jam/hari.

d. Kebersihan Diri (Personal Hygiene)

Penting bagi ibu menjaga kebersihan dirinya selama hamil, hal ini dapat mempengaruhi fisik dan psikologis ibu. Kebersihan lain yang juga penting di jaga yaitu persiapan laktasi dengan cara penggunaan bra yang

longgar dan menyangga membantu memberikan kenyamanan dan keamanan bagi ibu.

e. Mobilitas dan Mekanika Tubuh

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan atau aktivitas fisik biasa selama tidak melelahkan. Ibu dapat melakukan pekerjaan seperti menyapu, mengepel memasak atau pekerjaan rumah lainnya. Semua pekerjaan tersebut harus sesuai dengan kemampuannya dan tetap mempunyai cukup waktu untuk istirahat.

f. Mempersiapkan Kelahiran dan Kemungkinan Darurat

Kebutuhan pribadi yang diperlukan saat persalinan ialah kebutuhan ibu (pakaian dengan kancing di depan, kain panjang, pakaian dalam, korset bila perlu, pembalut ibu bersalin, dan kebutuhan pribadi lainnya) serta kebutuhan bayi (pakaian bayi, handuk, selimut, kain pembungkus, minyak telon dan sabun mandi). Selain itu, bekerja sama dengan ibu, keluarganya, serta masyarakat untuk mempersiapkan rencana kelahiran, termasuk mengidentifikasi penolong dan tempat persalinan, serta perencanaan tabungan untuk mempersiapkan biaya persalinan. Bekerja sama dengan ibu, keluarganya dan masyarakat untuk mempersiapkan rencana jika terjadi komplikasi, termasuk mengidentifikasi kemana harus pergi dan transportasi untuk mencapai tempat tersebut, mempersiapkan donor darah, mengadakan persiapan finansial, mengidentifikasi pembuat keputusan kedua jika pembuat keputusan pertama tidak ada ditempat.

g. Memberikan konseling tentang tanda-tanda persalinan

Beberapa tanda-tanda persalinan yang harus diketahui ibu yaitu rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur, keluar lendir bercampur darah yang lebih banyak karena robekan- robekan kecil pada serviks, kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya, pada pemeriksaan dalam serviks mendatar dan pembukaan telah ada.

5. Ketidaknyamanan Ibu Hamil Trimester III dan Penanganannya

a. Sering Berkemih

Pada akhir kehamilan, bila kepala janin mulai turun kepintu atas panggul keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kemih mulai tertekan kembali oleh penurunan kepala janin (Putri *et al.*, 2022).

Cara menanganinya yaitu cukupi kebutuhan cairan disiang hari agar tidak mengganggu kualitas tidur di malam hari, Hindari konsumsi minuman berkafein (kopi, teh, minuman kola) karena zat ini membuat ibu lebih sering pipis (Oktavia and Lubis, 2024).

b. Edema

Edema bisa terjadi pada trimester III, hal yang menjadi faktor penyebab yaitu tekanan pada vena cava inferior pada saat ibu terbaring terlentang, pembesaran uterus yang mengakibatkan tekanan pada vena pelvik sehingga menimbulkan gangguan sirkulasi (terutama pada waktu ibu duduk atau berdiri terlalu lama), kadar natrium yang meningkat karena pengaruh hormonal, pakaian atau kaos kaki terlalu ketat (Igirisa *et al.*, 2021).

Untuk meringankan atau mencegah dapat dilakukan beberapa cara antara lain : Hindari pakaian ketat; hindari makanan yang berkadar garam tinggi; hindari duduk atau berdiri dalam jangka waktu lama; makan makanan tinggi protein; istirahat dan naikkan tungkai selama 20 menit berulang-ulang; hindari berbaring terlentang; hindari kaos kaki yang ketat (Yulivantina *et al.*, 2024).

c. Haemoroid

Haemoroid biasa disebut wasir biasa terjadi pada ibu hamil trimester III. Penyebab : konstipasi, *progesterone* dapat menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar, pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan spesifik juga secara umum pada haemoroid, tekanan dari uterus yang membesar akan mengganggu sirkulasi vena dan mengakibatkan kongesti pada vena panggul (Prastiwi *et al.*, 2024)

Cara meringankan atau mencegah haemoroid antara lain : Hindari hal yang menyebabkan konstipasi; Hindari mengejan saat defikasi; Buat kebiasaan defikasi yang baik; Jangan duduk terlalu lama di toilet; Lakukan senam kegel secara teratur (Yulivantina *et al.*, 2024).

d. Kelelahan

Mudah lelah yang dirasakan ibu hamil trimester ini umumnya disebabkan oleh pembesaran ukuran dan bobot janin sehingga ibu menjadi mudah lelah dalam menjaga keseimbangan tubuhnya dan berdampak pada kelelahan mulai tahap ringan sampai berat (Zahara *et al.*, 2024).

Cara menanganinya yaitu kurangi jam kerja untuk tubuh dapat beristirahat, lakukan olahraga ringan seperti berjalan-jalan, pastikan ibu mengonsumsi makanan bergizi seimbang dan minum yang cukup (Oktavia and Lubis, 2024).

e. Nyeri punggung

Nyeri punggung yang dialami ibu pada kehamilan trimester 3 merupakan hal fisiologis yang umum terjadi. Hal ini disebabkan karena membesarkan ukuran dan bobot janin sehingga titik berat bagian tubuh ibu menjadi lebih condong ke depan. Akibatnya ibu merasa nyeri pada bagian punggung karena adanya tarikan pada titik berat perut ibu. Di sisi lain penyebab nyeri punggung ibu juga dipengaruhi oleh perubahan hormon yang mengakibatkan jaringan ikat lumbal menjadi lebih lunak sehingga punggung ibu menjadi lordosis (Zahara *et al.*, 2024)

Cara menanganinya yaitu dengan olahraga rutin berolahraga bisa memperkuat dan meningkatkan kelenturan dan kekuatan otot serta mengurangi tekanan pada tulang belakang contohnya melakukan senam hamil trimester III (Oktavia and Lubis, 2024).

f. Keputihan

Keputihan disebabkan karena peningkatan produksi lendir dan kelenjar organ kewanitaan (endoservikal) karena adanya peningkatan hormon progesteron (Kartikasari *et al.*, 2021).

Cara meringankan dan mencegah antara lain: Jaga kebersihan dengan mandi setiap hari, Bersihkan alat kelamin dan keringkan setiap sehabis BAB atau BAK, Membersihkan alat kelamin (cebok) dari arah depan ke belakang, Ganti celana dalam apabila basah, Pakai celana dalam yang terbuat dari katun sehingga menyerap keringat dan membuat sirkulasi udara yang baik, Tidak dianjurkan memakai semprot atau douch (Oktavia and Lubis, 2024).

g. Gusi Berdarah

Pada ibu hamil sering terjadi gusi bengkak yang disebut epulis kehamilan. Gusi yang hiperemik dan lunak cenderung menimbulkan gusi menjadi mudah berdarah terutama pada saat menuikat gigi. Gusi berdarah ini paling parah terjadi pada kehamilan trimester III. Beberapa faktor penyebab gusi berdarah adalah: Estrogen berpengaruh terhadap peningkatan aliran darah ke rongga mulut; pergantian sel - sel pelapis ephitel gusi lebih cepat; Terjadi hipervaskularisasi pada gusi dan penyebaran pembuluh darah halus sangat tinggi; Ketebalan permukaan epithelial berkurang sehingga mengakibatkan jaringan gusi menjadi rapuh dan mudah berdarah (Liawati *et al.*, 2023).

Cara mengurangi atau mencegah: Minum suplemen vit C dapat mengurangi incident gusi berdarah; Berkumur dengan air hangat, air garam; Jaga kebersihan gigi; Periksa ke dokter gigi secara teratur (Oktavia and Lubis, 2024).

h. Insomnia

Kejadian insomnia pada ibu hamil, dapat terjadi pada pertengahan masa kehamilan. Penyebab: perubahan pola tidur, meningkatnya tidur nyenyak pada kehamilan minggu ke 25 mencapai klimaks pada usia

kehamilan 33-36 minggu, kemudian menurun ke tingkat sebelum hamil pada saat penuh bulan (Prastiwi *et al.*, 2024) .

Cara meringankan atau mencegah insomnia antara lain: mandi air hangat sebelum tidur; minum minuman hangat (susu hangat, teh hangat) sebelum tidur; sebelum tidur jangan melakukan aktifitas yang dapat membuat susah tidur; tidur dengan posisi nyaman dan lakukan relaksasi (Oktavia and Lubis, 2024).

i. Keringat Bertambah

Perubahan hormon pada kehamilan berakibat pada peningkatan aktivitas kelenjar keringat, aktivitas kelenjar sebacea (kelenjar minyak) dan folikel rambut meningkat. Keringat yang bertambah dapat dipengaruhi oleh penambahan berat badan dan meningkatnya metabolisme pada ibu hamil (Qomarasari *et al.*, 2024).

Cara meringankan atau mencegahnya antara lain: Mandi/berendam secara teratur; Memakai pakaian yang longgar dan tipis, terbuat dari katun supaya menyerap keringat; Perbanyak minum cairan untuk menjaga hidrasi (Oktavia and Lubis, 2024).

j. Sesak Nafas

Sesak nafas ini biasanya mulai terjadi pada awal Trimester II sampai pada akhir trimester 3. Ibu hamil dapat terserang nafas sesak oleh karena pembesaran uterus dan pergeseran organ-organ abdomen. Pembesaran uterus membuat pergeseran diafragma naik sekitar 4 cm. Ada kalanya terjadi peningkatan hormon progesterone membuat hyperventilasi (Sukini, 2023).

Untuk meringankan atau mencegah bidan dapat menjelaskan penyebab fisiologisnya. Bidan juga dapat melatih ibu hamil untuk membiasakan dengan pernapasan normal. Ibu hamil juga harus tetap mengatur sikap tubuh yang baik, saat berdiri tegak engan kedua tangan direntangkan diatas kepala kemudian menarik nafas panjang (Oktavia and Lubis, 2024).

6. Standar Pelayanan ANC

Pemeriksaan *Antenatal Care* terbaru sesuai dengan standar pelayanan yaitu minimal 6 kali pemeriksaan selama kehamilan, dan minimal 2 kali pemeriksaan oleh dokter pada trimester I dan III. 2 kali pada trimester pertama (kehamilan hingga 12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (kehamilan diatas 12 minggu sampai 26 minggu), 3 kali pada trimester ketiga (kehamilan diatas 24 minggu sampai 40 minggu) (Kemenkes 2021). Standar Minimal pelayanan *Antenatal Care* yang diberikan kepada ibu hamil menurut Sitorus *et al.*, (2024) yaitu 10 T :

a. Pengukuran Tinggi Badan dan Penimbangan Berat Badan (T1)

Pengukuran tinggi badan cukup sekali dilakukan pada saat kunjungan pemeriksaan kehamilan saja, untuk penimbangan berat badan dilakukan setiap kali kunjungan. Hal ini sangat penting dilakukan untuk mendeteksi faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan keadaan rongga panggul. Berat badan ideal untuk ibu hamil sendiri tergantung dari IMT (Indeks Masa Tubuh) ibu sebelum hamil. Indeks massa tubuh (IMT) adalah hubungan antara tinggi badan dan berat badan. Pemeriksaan antropometri yang biasa dilakukan adalah penimbangan berat, pengukuran tinggi badan, penentuan berat ideal dan pola pertambahan berat. Seorang ibu dengan tinggi badan yang lebih tinggi mempunyai kecenderungan kenaikan BB yang lebih besar pada waktu hamil dari pada orang yang lebih pendek. Rumus yang digunakan untuk menghitung IMT ibu hamil yaitu BB (dalam satuan Kg) dibagi dengan TB^2 (dalam satuan meter) (Sitorus *et al.*, 2024).

Tabel 2. 1 Kenaikan Berat Badan Ibu Berdasarkan IMT

Kategori IMT	Kenaikan BB yang dianjurkan
Rendah (IMT <19,8)	12,5-18 kg
Normal (IMT 19,8-26)	11,5-16 kg
Tinggi (IMT >26-29)	7-11,5 kg
Obesitas (IMT >29)	<6 kg

Sumber : (Mufdlilah *et al.*, 2024).

b. Pengukuran Tekanan Darah (T2)

Pengukuran tekanan darah dilakukan setiap kali melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan, dicatat pada halaman 2 di kolom pemeriksaan ibu. Tekanan darah tinggi dapat mengakibatkan keterlambatan pertumbuhan janin dalam kandungan atau *Intrauterine Growth Restriction* (IUGR) dan kelahiran mati, hal ini disebabkan karena preeklampsia dan eklampsia pada ibu akan menyebabkan pengapuran di daerah plasenta. Sedangkan bayi memperoleh makanan dan oksigen dari plasenta, dengan adanya pengapuran di daerah plasenta, suplai makanan dan oksigen yang masuk ke janin berkurang menyebabkan mekonium bayi yang berwarna hijau keluar dan membuat air ketuban keruh, sehingga akan mengakibatkan asfiksia neonatorum (Sitorus *et al.*, 2024).

Deteksi tekanan darah yang cenderung naik diwaspadai adanya gejala hipertensi dan preeklampsia. Apabila turun dibawah normal maka merujuk ke arah anemia. Tekanan darah normal berkisar 110/70 – 140/80 mmHg (Septiasari and Mayasari, 2023).

c. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA) (T3)

Pengukuran lingkar lengan atas dilakukan pada awal kunjungan ANC, hasil pengukuran dicatat di halaman 2 pada kolom pemeriksaan ibu hamil, ini dilakukan untuk mengetahui status gizi ibu hamil (skrinning KEK) dengan normal lebih dari 23,5 cm, jika didapati kurang dari 23,5 cm maka perlu perhatian khusus tentang asupan gizi selama kehamilan. Pengukuran LILA tidak dapat digunakan untuk memantau perubahan status gizi dalam jangka pendek. LILA merupakan salah satu pilihan untuk penentuan status gizi ibu hamil (Sitorus *et al.*, 2024).

d. Pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU) (T4)

Pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU) dilakukan pada saat usia kehamilan masuk 22-24 minggu dengan menggunakan pita ukur, ini dilakukan bertujuan mengetahui usia kehamilan dan tafsiran berat badan janin. Tujuan pemeriksaan TFU menggunakan tehnik Mc. Donald adalah

menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya bisa di bandingkan dengan hasil anamnesis hari pertama haid terakhir (HPHT) dan kapan gerakan janin mulai dirasakan. Tinggi fundus uteri (TFU) dalam konteks pemeriksaan Leopold adalah pengukuran jarak dari bagian atas rahim (fundus uteri) ke tulang kemaluan ibu hamil. Pemeriksaan Leopold sendiri adalah metode pemeriksaan fisik dengan palpasi (meraba) perut ibu hamil untuk mengetahui posisi dan presentasi janin. TFU digunakan sebagai salah satu indikator dalam pemeriksaan Leopold untuk memperkirakan usia kehamilan dan pertumbuhan janin. TFU yang normal harus sama dengan UK dalam minggu yang dicantumkan dalam HPHT. Tinggi fundus uteri dan asupan gizi ibu hamil berpengaruh terhadap berat bayi lahir dan erat hubungannya dengan tingkat kesehatan bayi dan angka kematian bayi (Sitorus *et al.*, 2024).

Tabel 2. 2 Tinggi Fundus Uteri Menurut Leopold

Umur (Minggu)	Kehamilan	TFU
12 minggu		3 jari diatas simfisis
16 minggu		½ simfisis pusat
20 minggu		3 jari dibawah pusat
24 minggu		Setinggi pusat
28 minggu		3 jari diatas pusat
32 minggu		½ pusat – Processus Xifoideus
36 minggu		Setinggi Processus Xifoideus
40 minggu		½ Processus Xifoideus - pusat

Sumber : (Herlina et al., 2024)

Menurut Spiegelberd dengan jalan mengukur tinggi fundus uteri dari simfisis, maka diperoleh:

Tabel 2. 3 Tinggi Fundus Uteri Menurut Mc.Donald

Umur (Minggu)	Kehamilan	TFU
22-28 minggu		24 – 25 cm diatas simfisis
28 minggu		26,7 cm diatas simfisis
30 minggu		29,5–30cm diatas simfisis
32 minggu		29,5–30cm diatas simfisis
34 minggu		31 cm diatas simfisis
36 minggu		32 cm diatas simfisis
38 minggu		33 cm diatas simfisis
40 minggu		37,7 cm diatas simfisis

Sumber : (Herlina *et al.*, 2024)

Hasil pengukuran TFU dalam sentimeter juga dipergunakan untuk menghitung taksiran berat janin. Rumusnya perhitungan taksiran berat janin menurut Rumus Lohson adalah $TFU \text{ (dalam cm-n)} \times 155$. Bila kepala belum masuk panggul maka $n = 12$, jika kepala sudah masuk panggul maka $n = 11$ (Nawangsari and Shofiyah, 2022).

e. Pengukuran Persentasi Janin dan Detak Jantung Janin (DJJ) (T5)

Pengukuran Persentasi janin dan Detak jantung janin (DJJ) dilakukan setiap kunjungan pemeriksaan kehamilan. DJJ adalah sebuah indikator atau dalam sebuah pemeriksaan kandungan yang menandakan bahwa ada kehidupan di dalam kandungan seorang ibu. Pengukuran detak jantung janin dilakukan menggunakan doppler dengan frekuensi hitungan selama 15 detik lalu kalikan dengan 4 untuk mendapatkan jumlah DJJ per menit atau bisa juga dihitung selama 30 detik dan dikalikan 2. Sebagai acuan untuk mengetahui kesehatan ibu dan

janin khususnya denyut jantung janin dalam rahim dengan detak jantung janin yang normal 120-160x/menit dilakukan pada ibu hamil pada akhir minggu ke 20 (Sitorus *et al.*, 2024).

Pada akhir trimester III menjelang persalinan, presentasi normal janin adalah presentasi kepala dengan letak memanjang dan sikap janin fleksi (Simamora and Debataraja, 2021).

Untuk mengetahui letak dan persentasi janin dapat digunakan palpasi. Menurut (Prastiwi *et al.*, 2023) berikut adalah salah satu cara palpasi yang sering digunakan :

- 1). Leopold I : Posisi pemeriksa sehingga menghadap kebagian kepala ibu. Tujuan Leopold I yaitu untuk menentukan tingginya fundus uteri dan mengetahui bagian apa dari anak yang terdapat dalam fundus. Sifat kepala ialah keras, bundar dan melenting. Sifat bokong lunak, kurang bundar dan kurang melenting. Pada letak lintang fundus uteri kosong.
- 2). Leopold II : Pemeriksa meraba bagian kiri dan kanan perut ibu adanya bagian yang rata dan memanjang (punggung) atau bagian yang kecil (ekstremitas) pada perut ibu (Simamora and Debataraja, 2021). Tujuan Leopold II untuk menentukan batas samping kanan kiri. Menentukan letak punggung janin dan bagian-bagian kecil.
- 3). Leopold III : pemeriksa menentukan bagian bawah bayi (bagian keras, bulat dan hampir homogen adalah kepala, sedangkan tonjolan yang lunak dan kurang simetris adalah bokong). Tujuan Leopold III yaitu untuk menentukan bagian terbawah janin dan bagian bawah janin sudah masuk PAP/belum.
- 4). Leopold IV : Pemeriksa menghadap ke arah kaki ibu hamil dan menentukan konvergen (Kedua jari- jari pemeriksa menyatu yang berarti bagian terendah janin belum masuk panggul) atau divergen (Kedua jari- jari pemeriksa tidak menyatu yang berarti bagian terendah janin sudah masuk panggul) serta seberapa jauh bagian terbawah janin masuk ke pintu atas panggul.

Menentukan penurunan bagian terbawah Pada palpasi abdomen, penentuan penurunan bagian terbawah janin dilakukan dengan metode lima jari (perlinaan). Pengukuran perlinaan (*station*) dan bidang Hodge digunakan untuk menentukan seberapa jauh penurunan kepala janin. Hasil pemeriksaan dengan perlinaan menurut Herlina *et al.*, (2025) yaitu:

- 1) 5/5 (Hodge I) jika bagian terendah janin masih seluruhnya teraba diatas simfisis,
- 2) 4/5 (Hodge I-II) jika sebagian 1/5 bagian telah memasuki rongga panggul (hanya 4 jari pemeriksa yang dapat mengakomodasi bagian terendah di simfisis pubis) .
- 3) 3/5 (Hodge II-III) jika sebagian 2/5 bagian telah memasuki rongga panggul (hanya 3 jari pemeriksa yang dapat mengakomodasi bagian terendah di simfisis pubis).
- 4) 2/5 (Hodge III) jika sebagian 3/5 bagian telah memasuki rongga panggul (hanya 2 jari pemeriksa yang dapat mengakomodasi bagian terendah di simfisis pubis).
- 5) 1/5 jika 4/5 (Hodge III-IV) bagian telah memasuki rongga panggul (hanya 1 jari pemeriksa yang dapat mengakomodasi bagian terendah di simfisis pubis).
- 6) 0/5 (Hodge IV) jika seluruh bagian telah masuk ke rongga panggul atau sudah tidak dapat teraba oleh tangan pemeriksa .

Pengukuran perlinaan (*station*) dan bidang Hodge digunakan untuk menentukan seberapa jauh penurunan kepala janin. Perlinaan mengukur tinggi kepala janin relatif terhadap spina ischiadica, sedangkan bidang Hodge membagi rongga panggul menjadi empat bidang untuk menilai kemajuan penurunan janin. Berikut 4 bidang panggul atau bidang hodge menurut Subiastutik and Maryanti, (2022) :

- 1) Bidang Hodge I, setinggi PAP yang dibentuk oleh promontorium, artikulasi sacro-illiaca, sayap sakrum, linea inominata, ramus superior os pubis, dan tepi atas simfisi pubis.

- 2) Bidang Hodge II, bidang setinggi pinggir bawah simfisi pubis berhimpit dengan PAP (Hodge I).
 - 3) Bidang Hodge III, bidang setinggi spina ischiadika berhimpit dengan PAP (Hodge I).
 - 4) Bidang Hodge IV, bidang setinggi ujung os coccygis terhimpit dengan PAP (Hodge I).
- f. Melakukan Skrinning TT (Tetanus Toksoid) (T6)

Skrinning TT (Tetanus Toksoid) menanyakan kepada ibu hamil jumlah vaksin yang telah diperoleh dan sejauh mana ibu sudah mendapatkan imunisasi TT, secara idealnya WUS (Wanita Usia Subur) mendapatkan imunisasi TT sebanyak 5 kali. Pemberian imunisasi TT artinya memberi kekebalan terhadap penyakit tetanus kepada ibu hamil dan bayi yang dikandungnya (Sitorus *et al.*, 2024).

Penentuan status imunisasi TT dilakukan saat kunjungan ANC pertama dan dilakukan skrining status imunisasi TT berdasarkan riwayat imunisasi TT sebelumnya (Oktavia and Lubis, 2024).

Tabel 2. 4 Pemberian Imunisasi TT

Pemberian	Selang waktu minimal	Masa perlindungan	Dosis
TT 1	Saat kunjunga l		0.5
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3 tahun	0.5
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun	0,5
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun	0.5
TT 5	1 tahun setelah TT 4	25 tahun	0.5

Sumber : (Oktavia and Lubis, 2024)

- g. Pemberian Tablet Fe (T7)

Zat besi merupakan mikro elemen esensial bagi tubuh yang diperlukan dalam sintesa hemoglobin dimana untuk mengkonsumsi tablet Fe sangat berkaitan dengan kadar hemoglobin pada ibu hamil.

Pemberian tablet Fe diberikan setiap kunjungan ANC (Sitorus *et al.*, 2024).

Ibu dalam kehamilannya harus mengonsumsi tablet tambah darah sedikitnya 1 tablet (60 mg elemental iron dan 0,25 mg asam folat) selama 90 hari berturut-turut. Mulai pemberian pada waktu pertama kali ibu hamil memeriksakan kehamilannya (K1). Ibu hamil disebut telah mendapatkan Fe²⁺ bila ibu tersebut telah mendapatkan tablet besi sebanyak 30 tablet pada bulan pertama, dan telah mendapatkan Fe³⁺ bilamana ibu tersebut telah mendapatkan tablet besi sebanyak 90 tablet atau 30 tablet pada bulan ketiga. Tablet Fe oral dapat menyebabkan mual, muntah, kram lambung, nyeri uluhati dan konstipasi. Minum tablet Fe pada saat makan atau segera sesudah makan dapat mengurangi gejala mual tetapi juga dapat menurunkan jumlah zat besi yang diabsorpsi. Sebaiknya mengonsumsi tablet Fe dilakukan pada malam hari sebelum tidur. Serta menghindari teh, kopi, susu, tablet kalk atau obat sakit maag dalam 1 jam sebelum/sesudah makan karena akan mengganggu penyerapan zat besi. Indikasi pemberian TTD yaitu pencegahan dan pengobatan anemia defisiensi besi (terutama pada ibu hamil, remaja putri, wanita usia subur, pasien pasca operasi atau perdarahan), meningkatkan kadar hemoglobin, serta dapat mendukung pembentukan sel darah merah. TTD tidak boleh dikonsumsi oleh pasien dengan kondisi berikut (kecuali atas petunjuk dokter) yaitu hemokromatosis (kelebihan zat besi dalam tubuh), hemosiderosis, anemia hemolitik (bukan karena kekurangan zat besi), alergi terhadap zat besi atau komponen tablet (U. Evi Nasla, 2022).

h. Pemeriksaan Laboratorium (Rutin dan khusus) (T8)

Menurut Oktavia and Lubis (2024) pemeriksaan ini dilakukan pada kunjungan kehamilan pertama dan trimester ketiga (sesuai indikasi) melakukan pemeriksaan laboratorium seperti:

- 1) Tes Hemoglobin : darah Nilai normal kadar hemoglobin ibu hamil menurut WHO adalah 11 g/dl. Kadar hemoglobin 8-11 g/dl

diartikan anemia ringan, dan kadar hemoglobin kurang dari 7 g/dl disebut anemia berat. Volume darah mengalami peningkatan yang tinggi pada kehamilan yang bertujuan memenuhi kebutuhan perbesaran uterus dan sistem vaskularisasinya.

- 2) Golongan darah : Bertujuan untukantisipasi jika sewaktu-waktu diperlukan transfusi maka ibu sudah mengetahui golongan darahnya dan siapa saja yang cocok untuk mendonorkan darah untuk ibu.
- 3) Test triple eliminasi : Pemeriksaan dilakukan pada trimester I yaitu test triple eliminasi (sifilis, HBsAG, dan HIV), bisa dilakukan pada trimester III bila ada resiko (misalnya ibu baru saja berganti pasangan, transfusi darah, atau penggunaan jarum yang tidak steril) dan jika ibu belum melakukan pemeriksaan triple eliminasi di trimester I. Sifilis yang tidak diobati pada kehamilan dapat menyebabkan keguguran atau menyebabkan cacat bawaan pada janin seperti buta atau tuli. HBsAg merupakan protein yang terdapat pada permukaan virus hepatitis B. Kadar protein ini akan meningkat dalam serum jika seseorang sedang terinfeksi hepatitis B baik dalam fase akut maupun kronis. HIV dapat menyebabkan AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*).
- 4) Pemeriksaan gula darah : Pemeriksaan ini diadakan untuk mendeteksi dini dan persiapan jika salah satu hasil pemeriksaan ibu positif, maka hal tersebut dapat direncanakan penatalaksanaannya. Faktor risiko pada ibu dengan kadar glukosa tinggi (GDP kurang dari 95 mg/dl, GDS kurang 120 mg/dl) saat hamil akan menyebabkan kegemukan, riwayat stillbirth (kematian dalam kandungan), riwayat melahirkan dengan kelainan kongenital.
- 5) Pemeriksaan protein urine : Jika ibu dengan kadar protein positif dan mengalami preeklamsi akan berisiko pada bayi mengalami prematur dan pada ibu mengalami gagal ginjal. Standar kekeruhan protein yaitu: Negatif, Positif 1 (+) Urine jernih, Positif 2 (++) Ada

kekeruhan, Positif 3 (+++) Kekeruhan mudah di lihat dan ada endapan, Positif 4 (++++). Urine lebih keruh dan endapan yang lebih jelas.

6) Pemeriksaan USG : Pemeriksaan USG dilakukan untuk mendapatkan ultrasound atau struktur jaringan dalam tubuh.

i. Tatalaksana atau penanganan khusus (T9)

Berdasarkan hasil pemeriksaan di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium atau setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan. Pengisian tersebut dicatat pada halaman 2 dikolom pemeriksaan ibu hamil yang tertulis tatalaksana kasus (Sitorus *et al.*, 2024).

j. Temu wicara (Konseling) (T10)

Dilakukan pada setiap kunjungan antenatal, yang meliputi kesehatan ibu, perilaku hidup bersih dan sehat, peran Suami/Keluarga dalam kehamilan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan pemberian ASI Eksklusif, KB (Keluarga Berencana) paska persalinan dan imunisasi (Sitorus *et al.*, 2024).

7. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Menurut Prastiwi *et al.*, (2024) berikut beberapa tanda bahaya pada kehamilan trimester III :

a. Perdarahan Pervaginam

Kematian ibu seringkali disebabkan oleh perdarahan, yang menyumbang sekitar 28 persen. Pada tahap akhir kehamilan, perdarahan yang tidak normal biasanya berwarna merah, cukup banyak, dan terkadang tidak disertai rasa nyeri. Jenis perdarahan seperti ini menunjukkan adanya plasenta previa, yaitu kondisi di mana plasenta menempel di tempat yang tidak normal, terutama di segmen bawah rahim, sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri interna. Penyebab lainnya adalah solusio plasenta, di mana plasenta yang

sebelumnya melekat dengan normalnya, terlepas sebelum janin lahir, biasanya terjadi sejak kehamilan mencapai usia 28 minggu.

b. Sakit Kepala Yang Hebat

Sakit kepala selama kehamilan adalah hal yang umum dan sering dianggap sebagai ketidaknyamanan normal. Namun, sakit kepala yang mengindikasikan masalah serius adalah ketika sakit kepala yang sangat parah terus-menerus dan tidak mereda meskipun beristirahat. Sakit kepala parah ini bisa disertai dengan gangguan penglihatan (penglihatan yang kabur). Sakit kepala yang hebat selama kehamilan adalah salah satu gejala dari pre-eklampsia.

c. Penglihatan Kabur

Gangguan penglihatan seperti kekeruhan atau bayangan mungkin disebabkan oleh sakit kepala yang parah, yang dapat menyebabkan pembengkakan otak dan meningkatkan tekanan pada otak yang memengaruhi sistem saraf pusat. Ini dapat menyebabkan gangguan serebral seperti sakit kepala dan kejang, serta masalah penglihatan. Perubahan dalam penglihatan, seperti kekeruhan atau bayangan, bisa menjadi tanda adanya pre-eklampsia. Masalah penglihatan yang menunjukkan kondisi yang mengancam jiwa meliputi perubahan tiba-tiba dalam penglihatan, seperti kekeruhan atau bayangan, melihat bintik-bintik, atau sensasi berkunang-kunang. Selain itu, adanya kegelapan atau bayangan, penglihatan ganda, dan penglihatan kabur juga merupakan tanda-tanda pre-eklampsia berat yang bisa berkembang menjadi eklampsia. Ini disebabkan oleh perubahan dalam aliran darah ke pusat penglihatan di korteks cerebri atau retina, seperti pembengkakan retina dan spasme pembuluh darah.

d. Bengkak di Muka atau Tangan

Hampir setengah dari para ibu akan mengalami pembengkakan yang umum terjadi di kaki, yang seringkali muncul terutama pada sore hari dan cenderung menghilang setelah istirahat atau menaikkan kaki ke posisi yang lebih tinggi. Namun, pembengkakan dapat menjadi tanda

masalah serius jika terjadi di wajah dan tangan, tidak menghilang setelah istirahat, dan disertai dengan keluhan fisik lainnya. Ini bisa menjadi indikasi pre-eklampsia.

e. Janin Kurang Bergerak Seperti Biasa

Ketika gerakan janin tidak terasa atau terasa kurang sering (minimal tiga kali dalam satu jam), umumnya ibu mulai merasakan gerakan bayi pada bulan kelima atau keenam kehamilan. Jika aktivitas bayi berkurang dari biasanya, kondisi ini dikenal sebagai IUFD (*Intra Uterine Fetal Death*), yang menandakan tidak adanya tanda-tanda kehidupan janin di dalam rahim. Beberapa ibu mungkin merasakan gerakan bayi lebih awal. Saat bayi sedang tidur, gerakan biasanya akan berkurang. Secara ideal, bayi seharusnya bergerak minimal tiga kali dalam satu jam ketika ibu beristirahat atau berbaring, dan ketika ibu mengonsumsi makanan dan minuman yang cukup.

f. Pengeluaran Cairan Pervaginam (Ketuban Pecah Dini)

Yang dimaksud dengan cairan di sini adalah air ketuban. Pada kehamilan yang telah mencapai waktu persalinan yang normal dan ditandai dengan munculnya tanda-tanda persalinan, pecahnya ketuban adalah hal yang wajar. Namun, jika ketuban pecah sebelum munculnya tanda-tanda persalinan dan tidak diikuti oleh dimulainya proses persalinan dalam satu jam, ini disebut sebagai ketuban pecah dini. Ketuban pecah dini menyebabkan hubungan langsung antara lingkungan luar dan dalam rahim, yang dapat meningkatkan risiko infeksi. Semakin lama periode laten (waktu antara pecahnya ketuban dan dimulainya kontraksi rahim), semakin besar kemungkinan terjadinya komplikasi yang menyebabkan sakit atau bahkan kematian bagi ibu atau janin dalam rahim.

g. Kejang

Kematian ibu karena eklampsia menyumbang sekitar 24 persen dari keseluruhan. Biasanya, kejang merupakan gejala yang muncul setelah

kondisi semakin memburuk, ditandai dengan adanya sakit kepala, mual, nyeri di ulu hati yang kemudian menyebabkan muntah. Ketika kondisinya semakin parah, penglihatan menjadi semakin kabur, kesadaran menurun, dan akhirnya terjadi kejang.

h. Conjunctiva Pucat

Ini merupakan tanda dari anemia. Anemia pada kehamilan adalah ketika seorang ibu memiliki kadar hemoglobin di bawah 11 g/dL selama trimester ketiga. Penyebab anemia pada kehamilan adalah kekurangan zat besi dan adanya perdarahan akut, kadang-kadang keduanya dapat berinteraksi. Anemia pada trimester ketiga dapat meningkatkan risiko perdarahan saat persalinan dan masa nifas, serta meningkatkan risiko bayi lahir dengan berat badan rendah (BBLR), yaitu kurang dari 2500 gram.

i. Demam Tinggi

Keadaan di mana seorang ibu mengalami demam dengan suhu tubuh di atas 38°C selama kehamilan dianggap sebagai masalah yang serius. Demam tinggi bisa menjadi gejala adanya infeksi dalam kehamilan, yang dapat menyebabkan kematian ibu sebanyak 11 persen. Penanganan demam meliputi istirahat total, meningkatkan asupan cairan, dan mengompres tubuh untuk menurunkan suhu. Demam bisa disebabkan oleh infeksi dalam kehamilan, dimana mikroorganisme patogen memasuki tubuh wanita hamil dan menyebabkan munculnya gejala penyakit.

Langkah yang harus dilakukan ibu saat mengalami salah satu tanda bahaya yaitu segera ke fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) terdekat dan beri tahu keluarga untuk mendapat pendampingan. Dalam asuhan kebidanan, jika seorang ibu hamil mengalami salah satu tanda bahaya kehamilan, bidan atau tenaga kesehatan harus segera mengambil tindakan sesuai standar pelayanan obstetri darurat yaitu melakukan pengkajian cepat untuk mengidentifikasi jenis dan penyebab tanda bahaya, stabilisasi awal (jika memungkinkan lakukan

pemasangan infus jika perdarahan, pemberian oksigen, posisi miring kiri untuk ibu dengan tekanan darah tinggi, pengawasan tanda vital), merujuk ibu hamil ke rumah sakit rujukan dengan fasilitas penanganan obstetri emergensi, edukasi kepada keluarga dan pendamping, serta pendokumentasian (Kemenkes RI., 2021).

8. Deteksi dini Faktor Resiko menggunakan Kartu Skor Poedji Rochjati

a. Pengertian

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) adalah kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal berbasis keluarga untuk menemukan faktor risiko ibu hamil, yang selanjutnya mempermudah pengenalan kondisi untuk mencegah terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan. KSPR disusun dengan format kombinasi antara checklist dari kondisi ibu hamil/faktor risiko dengan sistem skor. Kartu skor ini dikembangkan sebagai suatu teknologi sederhana, mudah, dapat diterima dan cepat digunakan oleh tenaga non professional (Suryani, dkk 2022).

b. Fungsi

- 1) Melakukan skrining deteksi dini ibu hamil risiko tinggi
- 2) Memantau kondisi ibu dan janin selama kehamilan
- 3) Memberi pedoman penyuluhan untuk persalinan aman berencana (Komunikasi Informasi Edukasi/KIE).
- 4) Mencatat dan melaporkan keadaan kehamilan, persalinan, nifas.
- 5) Validasi data mengenai perawatan ibu selama kehamilan, persalinan, nifas dengan kondisi ibu dan bayinya
- 6) Audit Maternal Perinatal (AMP) (Suryani, dkk 2022).

KARTU SKOR POEDJI ROCHJATI
SKRINING/DETEKSI DINI IBU BERESIKO TINGGI
OLEH PKK DAN PETUGAS KESEHATAN

Nama : Umur Ibu : Th
 Hamil ke : Haid Terakhir tgl : Perkiraan Persalinan tgl : bln
 Pendidikan : Ibu : Suami :
 Pekerjaan : Suami :

KEL FR	NO	Masalah / Faktor Resiko	SKOR	IV Tribulan			
				I	II	III 1	III 2
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda, hamil < 16 th	4				
	2	a. Terlalu lambat hamil 1, kawin > 4 th	4				
		b. Terlalu tua, hamil > 35 th	4				
	3	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4				
	4	Terlalu lama hamil lagi (> 10 th)	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur > 35 tahun	4				
	7	Terlalu pendek < 145 Cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan:	4				
	a. Tarikan tang / vakum	4					
	b. Un dirogo	4					
	c. Diberi infus / Transfusi	4					
II	10	Pernah Operasi Besar	8				
	11	Penyakit pada ibu hamil :	4				
		a. Kurang darah b. Malaria	4				
		c. TBC Paru 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				
III	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak Sanggung	8				
	18	Letak lintang	8				
	19	Perdarahan dalam kehamilan, ut	8				
	20	Preklampsia Berat / Kejang 3	8				
JUMLAH SKOR							

PENYULUHAN KEHAMILAN / PERSALINAN AMAN – RUJUKAN TERENCANA

KEHAMILAN				PERSALINAN DENGAN RESIKO				
JML SKOR	KEL REBKO	PERA WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENG LONG	RUJUKAN		
						KDB	KDK	RTW
2	KRR	BIDAN	TIDAK DIRUJUK	RUMAH POLINDRES	BIDAN			
6-10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDRES PKMAS	BIDAN DOKTER			
≥ 12	KRT	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER			

Keterangan:
 Skor 2 : kehamilan risiko rendah
 Skor 6-10 : kehamilan risiko tinggi
 Skor ≥ 12 : kehamilan risiko sangat tinggi

Gambar 2. 1 Kartu Skor Poedji Rochjati

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

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

Kehamilan resiko rendah (KRR) merupakan kehamilan tanpa masalah atau faktor risiko, fisiologis dan berkemungkinan besar persalinan

normal dengan ibu dan bayi sehat. Ibu KRR dapat melakukan persalinan di Polindes dan Puskesmas atau tidak dirujuk, tetapi penolong harus bidan.

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

Kehamilan resiko tinggi (KRT) adalah kehamilan dengan satu atau lebih faktor risiko, yang berasal dari ibu maupun janin, risiko tergolong gawat tapi tidak darurat. Pertolongan persalinan dapat dilakukan bidan atau dokter di Puskesmas, Polindes atau langsung rujuk ke Rumah Sakit.

c) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) Skor ≥ 12 (merah)

Sehubungan dengan kehamilan resiko sangat tinggi (KRST), ibu hamil membutuhkan pertolongan persalinan di Rumah Sakit oleh dokter spesialis. Hal ini karena kehamilan dengan risiko sangat tinggi beresiko perdarahan sebelum lahir sebelum persalinan, termasuk kondisi gawat dan darurat bagi keselamatan ibu dan bayi, sehingga membutuhkan rujukan tepat waktu dan tindakan segera untuk penanganan yang adekuat

Terdapat 20 faktor risiko yang dibagi menjadi 3 kelompok faktor risiko pada penilaian KSPR yaitu:

(1) Kelompok Faktor Risiko I (Ada Potensi Gawat Obstetrik)

- (a) Primi muda terlalu muda, hamil pertama usia 16 tahun atau kurang.
- (b) Primi Tua : terlalu tua, hamil usia ≥ 35 tahun.
- (c) Primi Tua Sekunder : jarak anak terkecil >10 tahun.
- (d) Anak terkecil < 2 tahun terlalu cepat memiliki anak lagi.
- (e) Grande multi : terlalu banyak memiliki anak, anak ≥ 4 .
- (f) Umur ibu ≥ 35 tahun : terlalu tua.
- (g) Tinggi badan ≤ 145 cm : terlalu pendek, belum pernah melahirkan normal dengan bayi cukup bulan dan hidup, curiga panggul sempit.
- (h) Pernah gagal kehamilan.

- (i) Persalinan yang lalu dengan tindakan.
 - (j) Bekas operasi sesar.
- (2) Kelompok Faktor Risiko II
- (a) Penyakit Ibu : anemia, malaria, TBC paru, payah jantung, dan penyakit lain.
 - (b) Preeklampsia ringan.
 - (c) Hamil kembar.
 - (d) Hidramnion: air ketuban terlalu banyak.
 - (e) IUFD (*Intra Uterine Fetal Death*) bayi mati dalam kandungan.
 - (f) Hamil serotinus hamil lebih bulan (42 minggu belum melahirkan).
 - (g) Letak sungsang.
 - (h) Letak Lintang.
- (3) Kelompok Faktor Risiko III
- (a) Ada Gawat Darurat Obstetri (AGDO) yang mencakup kondisi darurat atau tindakan cepat.
 - (b) Perdarahan Antepartum dapat berupa solusio plasenta, plasenta previa atau vasa previa.
 - (c) Preeklampsia berat/eclampsia.
- BAKSOKUDAPN.
- (1) B (Bidan)
- Bidan yang mendampingi pasien merupakan tenaga terampil dan memiliki kompetensi dalam menangani kegawatdaruratan.
- (2) A (Alat)
- Alat dan perlengkapan yang dibutuhkan dibawa saat melakukan rujukan. Misal alat tensi meter, tabung dan selang oksigen dan partus set.
- (3) K (Keluarga)
- Lakukan edukasi pada keluarga terkait dengan kondisi ibu dan adanya persetujuan proses tersebut. Pastikan ada anggota keluarga yang ikut dalam prosesnya rujukan.

(4) S (Surat)

Surat rujukan sesuai dengan peraturan yang ada sekurang-kurangnya terdapat informasi antara lain: identitas pasien, hasil pemeriksaan (anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang) yang telah dilakukan, diagnosis kerja, terapi dan atau tindakan yang telah diberikan, tujuan rujukan, nama dan tanda tangan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan.

(5) O (Obat)

Sediakan obat-obatan esensial dalam proses rujukan, misal: oxytosin, metil ergometrin, magnesium sulfat, dexamethasone dan fenobarbital.

(6) K (Kendaraan)

Kendaraan yang digunakan sebaiknya memiliki ruang yang cukup bagi pasien dan perujuk sehingga apabila dilakukan tindakan akan lebih leluasa.

(7) U (Uang)

Uang atau jaminan kesehatan sebagai penunjang administrasi terhadap tindakan yang dilakukan.

(8) DA (Darah)

Siapkan calon pendonor darah dari keluarga untuk berjaga-jaga dari kemungkinan kasus yang memerlukan donor darah.

(9) P (Posisi)

Tentukan posisi yang diinginkan pasien.

(10) N (Nutrisi)

Pastikan penderita mendapatkan kebutuhan nutrisi yang cukup.

9. Kehamilan Risiko Tinggi

a. Pengertian

Kehamilan risiko tinggi adalah keadaan yang dapat memengaruhi optimalisasi ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi (Rejeki *et al.*, 2024). Kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan dimana kehidupan atau kesejahteraan ibu dan bayi terganggu oleh gangguan biofisik dan

psikososial yang berbarengan dengan atau khas pada kehamilan (Sholikah et al., 2024).

b. Kriteria Kehamilan Risiko Tinggi

Menurut Sholikah *et al.*, (2024) kriteria kehamilan risiko tinggi antara lain:

1) Faktor Ibu

a) Primi muda

Ibu hamil pertama pada umur kurang dari 16 tahun. Rahim dan panggul ibu sering kali belum tumbuh mencapai ukuran dewasa. Akibatnya diragukan keselamatan dan kesehatan janin dalam kandungan. Selain itu mental ibu belum cukup dewasa sehingga diragukan keterampilan perawatan diri dan bayinya.

b) Primi tua

Primi tua adalah ibu yang hamil pertama pada umur ≥ 35 tahun. Pada usia tersebut mudah terjadi penyakit pada ibu dan organ kandungan menua. Jalan lahir juga tambah kaku. Ada kemungkinan lebih besar ibu hamil mendapatkan anak cacat, terjadi persalinan macet dan perdarahan.

c) Grande multipara

Grande multipara adalah ibu yang pernah hamil atau melahirkan anak 4 kali atau lebih. Karena ibu sering melahirkan maka kemungkinan akan banyak ditemui keadaan seperti kesehatan terganggu yaitu anemia dan kurang gizi, terjadi kekendoran pada dinding perut dan dinding rahim, serta tampak perut ibu dengan perut menggantung. Komplikasi yang terjadi adalah peralihan lama, kelainan letak janin dan perdarahan post partum.

d) Jarak kehamilan kurang dari 2 tahun

Ibu yang hamil dengan jarak kehamilan saat ini dengan yang lalu kurang dari 2 tahun kemudian akan terjadi perdarahan setelah bayi lahir karena kondisi ibu masih lemah dan terjadi kelahiran prematur, serta terjadi BBLR.

e) Perdarahan antepartum

Perdarahan antepartum adalah perdarahan sebelum persalinan, perdarahan terjadi sebelum kelahiran bayi. Tiap perdarahan keluar dari liang senggama pada ibu hamil setelah 28 minggu. Bahaya yang terjadi yaitu bayi terpaksa dilahirkan sebelum cukup bulan, dan bagi ibu akan kehilangan darah timbul anemia berat dan syok, ibu dapat meninggal, janin dapat mati dalam kandungan.

f) Riwayat kehamilan yang buruk

Ibu hamil yang pernah mengalami keguguran, bayi lahir belum cukup bulan, lahir mati, lahir hidup lalu mati umur ≤ 7 hari. Bahaya yang dapat terjadi adalah dapat menimbulkan komplikasi serupa yang berulang, menimbulkan perdarahan dan infeksi.

g) Riwayat persalinan yang lalu dengan tindakan

Persalinan yang ditolong dengan alat melalui jalan lahir biasa atau pervaginam antara lain:

(1) Tindakan dengan tarikan tang/cunam/forcep atau vakum. Bahaya yang dapat terjadi adalah robekan atau luka pada jalan lahir dan perdarahan pasca persalinan.

(2) Panduan Uri. Tindakan pengeluaran uri atau plasenta dari rongga rahim dengan menggunakan tangan. Bahaya yang terjadi adalah radang, perforasi dan perdarahan.

(3) Ibu diberi infus atau tranfusi pada persalinan. Kemudian persalinan yang lalu mengalami perdarahan pasca persalinan yang banyak lebih dari 500 cc, sehingga ibu menjadi syok dan membutuhkan infus, serta transfusi darah.

(4) Bekas operasi caesar

Bekas operasi caesar mengakibatkan pada dinding rahim ibu terdapat cacat bekas luka operasi, bekas luka pada dinding rahim merupakan jaringan kaku, ada kemungkinan mudah robek pada kehamilan/persalinan berikutnya yang disebut robekan rahim. Keadaan ini dapat terjadi pada operasi sesar klasik (corporil)

yaitu rahim dibuka pada badan rahim, tetapi tidak pada bagian bawah dari rahim. Bahaya yang dapat terjadi yaitu kematian ibu dan janin, perdarahan dan infeksi.

2) Faktor Janin

a) Letak lintang

Letak lintang adalah suatu keadaan di masa janin melintang di dalam uterus dengan kepala pada posisi yang satu sedangkan bokong berada pada sisi yang lain. Dampak bagi ibu adalah dapat terjadi ruptura uteri, sampai meninggal karena perdarahan yang banyak sedangkan bagi janin terjadi tali pusat menumbung, trauma dari versi ekstraksi, sampai bayi meninggal.

b) Letak sungsang

Letak sungsang terjadi apabila bokong atau kaki di bawah. Dampak bagi ibu adalah terjadi partus lama dan perdarahan post partum sedangkan bagi janin dapat terjadi asfiksia sampai kematian janin.

c) Kehamilan ganda atau kembar

Merupakan suatu kehamilan dengan dua janin atau lebih. Dampak kehamilan ganda ini adalah dapat terjadi partus prematurus, inertia uteri dan perdarahan post partum. Pada janin mengalami bayi dengan berat lahir rendah dan asfiksia

d) Janin mati dalam Rahim

Keluhan-keluhan dari ibu hamil dengan janin mati dalam kandungan/rahim yaitu tidak terasa gerakan janin, perut terasa mengecil, payudara mengecil. Dampak untuk ibu bila janin mati terlalu lama dalam rahim menimbulkan gangguan pada ibu. Bahaya yang terjadi berupa gangguan pembekuan darah.

e) Hidramnion

Hidramnion adalah kehamilan dengan jumlah air ketuban lebih dari 2 liter. Hidramnion memberikan dampak keracunan kehamilan, cacat bawaan pada bayi, kelainan letak, persalinan prematur, perdarahan pasca persalinan.

c. Pencegahan kehamilan resiko tinggi

Adapun pencegahan yang bisa dilakukan dari kehamilan risiko tinggi antara lain:

- 1) Pemeriksaan harus lebih sering dan lebih intensif, bila ditemukan kelainan risiko tinggi (Sulastri, 2024).
- 2) Memeriksa kehamilan sedini mungkin dan teratur ke Posyandu, Puskesmas atau Rumah Sakit, paling sedikit 4 kali selama masa kehamilan (Sulastri, 2024).

B. Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Menurut World Health Organization (WHO) persalinan adalah proses fisiologis dimulai dengan kontraksi uterus teratur menyebabkan pembukaan serviks, dilanjutkan dengan pengeluaran janin dan plasenta, dan diakhiri dengan masa nifas. persalinan normal adalah persalinan dengan presentasi janin belakang kepala yang terjadi secara spontan dengan lama persalinan dalam batas normal, berisiko rendah sejak awal persalinan hingga partus dengan usia kehamilan 37-42 minggu (Ruhayati *et al.*, 2024).

Sedangkan menurut Vitania *et al.*, (2024) persalinan atau intranatal adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan serangkaian kejadian pengeluaran bayi diikuti dengan pengeluaran plasenta dan selaput melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan ibu sendiri).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa persalinan merupakan proses fisiologis pengeluaran hasil konsepsi dari dalam uterus dengan usia kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) melalui jalan lahir atau jalan lain dengan kekuatan ibu sendiri atau dengan bantuan dan tanpa adanya komplikasi dari ibu maupun janin.

2. Tanda dan Gejala Persalinan

a. Tanda Permulaan Persalinan

Menurut Vitania *et al.*, (2024) persalinan yang semakin dekat ditandai dengan:

1) *Lightening*

Lightening merupakan kondisi ketika bagian presentasi janin yang sudah turun ke rongga panggul. Hal ini menimbulkan perasaan yang tidak nyaman seperti ibu menjadi sering berkemih, perasaan tidak nyaman akibat tekanan panggul, kram pada tungkai yang disebabkan oleh tekanan pada saraf yang menjalar melalui foramina iskiadika mayor menuju tungkai, peningkatan statis vena yang menyebabkan edema akibat tekanan aliran balik darah dari ekstremitas bawah.

2) *Pollakisuria*

Pada akhir bulan ke-9, didapatkan terjadi kekendoran pada egigastrium, fundus uteri lebih rendah dari pada kedudukannya, kepala janin sudah masuk ke pintu atas panggul. Keadaan ini yang menyebabkan ibu untuk sering berkemih atau disebut pollakisuria.

3) *False labor*

Kontraksi pada persalinan palsu sebenarnya timbul akibat peningkatan dari kontraksi Braxton Hicks. Biasanya pasien mengeluh adanya sakit yang ditimbulkan yaitu rasa sakit pada pinggang. Terjadinya his permulaan atau sering distilahkan sebagai his palsu ditandai dengan rasa nyeri pada perut bagian bawah, datangnya his tidak teratur dan durasinya pendek dan tidak bertambah kuat, tidak ada perubahan pada pendataran atau pembukaan serviks.

4) *Perubahan serviks*

Menjelang persalinan, serviks akan menjadi lebih matang, kematangan serviks ini mengidentifikasikan kesiapan untuk persalinan. Jika selama kehamilan serviks masih tertutup, panjang dan lunak, saat menjelang persalinan serviks akan menjadi lebih lembut dan beberapa menunjukkan terjadi penipisan (*effacement*) dan pembukaan.

5) *Bloody show*

Keluarnya lendir bercampur darah sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks menjelang akhir kehamilan adalah hal wajar. Tanda ini tidak selalu berarti persalinan akan segera dimulai, tetapi biasanya merupakan tanda jika persalinan sudah dekat.

6) *Energy spurt*

Beberapa ibu mengalami lonjakan energi kurang lebih 24-48 jam sebelum persaliann dimulai. Umumnya ibu merasa energik selama beberapa jam sehingga bersemangat melakukan berbagai aktivitas. Akibatnya saat memasuki persalinan ibu dalam keadaan kelelahan. Hal ini yang sering memicu terjadinya persalinan panjang dan sulit.

7) Gangguan saluran pencernaan

Beberapa ibu menjelang persalinan mungkin akan mengalami tanda-tanda seperti obstipasi, diare, mual dan muntah dikarenakan efek penurunan hormon tertentu terhadap sistem pencernaan.

b. Tanda Masuk dalam Proses Persalinan

Menurut Vitania *et al.*, (2024) terdapat tiga tanda yang paling utama dalam persalinan, yaitu:

1) Penipisan dan pembukaan serviks

Penipisan dan pembukaan serviks ditandai dengan pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula. Pembukaan menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas dan terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah. Biasanya pada primigravida terjadinya pembukaan disertai dengan nyeri perut. Sedangkan pada multigravida pembukaan biasanya tanpa diiringi nyeri. Rasa nyeri terjadi karena adanya tekanan pada panggul saat bagian terendah janin turun ke area tulang panggul sebagai akibat melunaknya rahim. Terjadinya

pembukaan dapat dipastikan dengan melakukan pemeriksaan dalam.

2) Kontraksi uterus (his)

Biasanya disebut juga dengan his persalinan yaitu his pembukaan, Menurut Vitania *et al.*, (2024) his mempunyai sifat sebagai berikut:

- a) Nyeri pada punggung, pinggang menjalar ke perut bagian depan.
- b) Sifat his teratur, dengan interval makin lama semakin pendek dan kekuatannya semakin besar.
- c) Memiliki dampak pada pendataran dan pembukaan serviks.
- d) Jika ibu menambah aktivitasnya, misalnya berjalan maka kekuatannya his semakin bertambah.

3) Pecahnya ketuban

Sebagian ibu mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Biasanya ketuban akan pecah jika pembukaan hampir lengkap atau lengkap. Terkadang juga ditemukan ketuban pecah pada pembukaan kecil, walaupun demikian diharapkan persalinan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar.

3. Tahapan Persalinan dan 60 Langkah APN

Tahapan persalinan pada proses persalinan melalui 4 tahapan meliputi:

a. Kala I (kala pembukaan)

Kala 1 persalinan adalah kala dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya sehingga serviks membuka lengkap (10 cm). Persalinan kala I dibagi menjadi fase laten dan fase aktif. Fase laten dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan (1-3 cm), pada umumnya fase laten berlangsung hingga 7-8 jam. Fase aktif (pembukaan 4-10 cm), frekuensi dan lama kontraksi uterus meningkat secara bertahap secara adekuat hingga terjadi 3 kali dalam 10 menit berdurasi 40 detik atau lebih, kecepatan pembukaan jalan lahir rata-rata 1 cm per jam pada primipara/nullipara atau lebih

dari 1-2 cm pada multipara. Pada fase aktif persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi bagian penurunan bagian terbawah janin (Maimunah *et al.*, 2025).

Pembukaan serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Berdasarkan kurve friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm per jam dan pembukaan multigravida 2 cm per jam (Wijayanti, Prabandari, *et al.*, 2023)

Menurut Maimunah *et al.*, (2025) fase laten berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase yaitu:

- 1) Periode akselerasi: Berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
- 2) Periode dilatasi maksimal: Berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
- 3) Periode deselerasi: Berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan jadi 10 cm atau lengkap.

b. Kala II (kala pengeluaran janin)

Kala II merupakan kala pengeluaran bayi, dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Rahim dengan kekuatan kontraksinya ditambah kekuatan meneran akan mendorong bayi hingga lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Diagnosis persalinan kala II ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah nampak di vulva 5-6 cm (Wijayanti, Prabandari, *et al.*, 2023).

Penatalaksanaan asuhan kala II persalinan normal sesuai 60 Langkah APN menurut (Ma'rifah *et al.*, 2022) :

1) Melihat tanda dan gejala kala II

Asuhan pada persalinan kala II dimulai melihat adanya tanda-tanda persalinan kala II yaitu ibu merasa adanya dorongan ingin

meneran, adanya tekanan yang kuat pada anus, perineum ibu tampak menonjol, dan terlihat vulva dan sfingter ani membuka.

- 2) Memastikan kelengkapan alat yang akan digunakan pada pertolongan persalinan untuk ibu dan bayinya.
- 3) Memakai alat pelindung diri, untuk menghindari bidan terkontaminasi cairan, dan untuk membuat ibu menjadi aman selama proses persalinan.
- 4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai, mencuci tangan dengan sabun dibawah air mengalir, dan mengeringkan tangan dengan handuk pribadi.
- 5) Menggunakan sarung tangan DTT atau steril, pada tangan yang digunakan untuk periksa dalam.
- 6) Menghisap oksitosin ke dalam spuit (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT steril dan memastikan spuit tidak terkontaminasi).
- 7) Membersihkan vulva dan perineum, dari depan kebelakang menggunakan kapas DTT sampai bersih.
- 8) Melakukan pemeriksaan dalam memastikan pembukaan lengkap sambil menilai pembukaan, penunjuk, penurunan, dan kelainan. Jika selaput ketuban masih utuh maka lakukan amniotomi. Untuk portio, ketuban, presentasi, setelah selesai periksa dalam.
- 9) Dekontaminasi sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit dan lepaskan secara terbalik. Cuci tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
- 10) Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) ketika tidak ada kontraksi (relaksasi), memastikan DJJ masih dalam batas normal yaitu 120-160x/menit. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam partograf. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses meneran.

- 11) Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan janin dalam keadaan baik, mengatur posisi senyaman mungkin sesuai keinginan ibu.
- 12) Meminta suami atau keluarga membantu menyiapkan Posisi menganjurkan keluarga untuk memberikan support pada ibu, memberi minum dan makan ketika tidak ada kontraksi/ ibu sedang istirahat diantara kontraksi meneran ibu.
- 13) Mengajarkan ibu cara meneran yang baik yaitu dengan cara mengumpulkan rasa sakitnya, dan ketika sakit atau his memuncak ibu dianjurkan menarik nafas panjang, lalu meneran kuat. Menganjurkan ibu istirahat jika tidak ada kontraksi, dan melakukan penilaian DJJ.
- 14) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasakan dorongan untuk meneran.
- 15) Meletakkan handuk bersih diatas perut ibu (untuk mengeringkan bayi), ketika kepala bayi sudah berada 5-6 cm didepan introitus vagina.
- 16) Meletakkan kain bersih dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu.
- 17) Membuka tutup partus set dan memeriksa kembali kelengkapan alat.
- 18) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
- 19) Setelah kepala bayi tampak berdiameter 5-6 cm membuka vulva maka tangan kanan dibawah kain segitiga menahan perineum ibu, dan tangan kiri menahan belakang mempertahankan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran secara efektif dan ketika kepala bayi lahir anjurkan ibu bernafas cepat dan dangkal.

- 20) Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi). Hal yang perlu diperhatikan yaitu :
 - a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara klem tersebut.
- 21) Tunggu kepala melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang kepala bayi secara biparietal, anjurkan ibu meneran, kemudian arahkan kepala bayi kebawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 23) Setelah kedua bahu lahir, tangan kanan bergeser kebawah untuk menyanggah kepala bayi dan bahu. Tangan kiri melakukan penelusuran dari bahu, tangan, punggung, bokong dan kaki,
- 24) Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk).
- 25) Lakukan penilaian selintas
 - a) Apakah bayi cukup bulan?
 - b) Apakah bayi menangis kuat dan/bernafas tanpa kesulitan ?
 - c) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

Bila salah satu jawaban adalah "TIDAK" lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia (lihat penuntun belajar resusitasi bayi asfiksia) Bila semua jawaban "YA" lanjut ke-26.
- 26) Meletakkan bayi diatas perut ibu kemudian mengeringkan tubuh bayi, dari kepala, badan dan kaki kecuali telapak tangan, ganti handuk basah dengan kain kering.

27) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada janin kedua.

c. Kala III (kala pengeluaran plasenta)

Kala III merupakan persalinan kala pengeluaran plasenta yang berlangsung maksimal 30 menit. Dengan lahirnya bayi dan proses retraksi rahim maka plasenta lepas dari insersinya. Menurut Wijayanti *et al.*, (2023) lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda sebagai berikut:

- 1) Bentuk uterus menjadi bundar.
- 2) Uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.
- 3) Talipusat bertambah panjang.
- 4) Adanya semburan darah.

Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara crede pada fundus uterus. Sebab-sebab lepasnya plasenta menurut Wijayanti *et al.*, (2023):

- 1) Saat bayi dilahirkan, rahim mengecil karena rahim merupakan organ dengan dinding yang tebal dan rongganya hampir tidak ada. Posisi fundus uterus turun sedikit dibawah pusat karena terjadi pengecilan uterus maka tempat perlekatan plasenta juga mengecil. Plasenta mengikuti proses pengecilan ini hingga tebalnya menjadi dua kali lipat dari pada permulaan persalinan. Kerena pengecilan tempat perlekatannya maka plasenta menjadi berlipat-lipat pada bagian yang terlepas dari dinding rahim karena tidak dapat mengikuti pengecilan dari dasarnya. Jadi faktor yang paling penting dalam pelepasan plasenta ialah retraksi dan kontraksi rahim setelah bayi lahir.
- 2) Di tempat pelepasan plasenta terjadi perdarahan karena hematom ini. membesar maka seolah-olah plasenta terangkat dari dasarnya oleh hematom tersebut sehingga daerah pelepasan meluas.

Asuhan persalinan kala III (Lanjutan langkah ke 28 dari 60 Langkah APN) menurut Ma'rifah *et al.*, (2022) :

- 28) Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi.
- 29) Melakukan penyuntikkan oksitosin 10 IU secara IM (Intramuskular) dalam waktu 1 menit kelahiran bayi di 1/3 distal lateral paha (paha bagian luar).
- 30) Setelah 2 menit bayi lahir, jepit tali pusat 3 cm dari pusar bayi, kemudian urut tali pusat ke arah bayi (sekitar 5 cm) dan tahan lakukan klem tali pusat pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama.
- 31) Lakukan pemotongan tali pusat dengan tangan kiri sebagai alas pada saat pemotongan, kemudian ikat tali pusat dengan simpul mati sebanyak tiga kali. Lepaskan klem dan masukkan ke dalam wadah yang telah disediakan.
- 32) Letakkan bayi tengkurap di dada ibu, untuk kontak kulit ibu-bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau areola mammae ibu,
 - a) Selimuti ibu-bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi. Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit didada ibu paling sedikit 1 jam.
 - b) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan insiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit.
 - c) Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit bayi cukup menyusui dari satu payudara.
- 33) Memindahkan klem tali pusat ke depan introitus vagina dengan jarak 5-10 cm.
- 34) Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut bawah ibu (di atas simfisis) untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat.

- 35) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi kembali prosedur diatas.
- a) Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
- 36) Bila pada penekanan bagian bawah dinding depan uterus ke arah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke kranial hingga plasenta dapat dilahirkan.
- a) Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya ditegangkan (jangan ditarik secara kuat terutama jika uterus tak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (Kearah bawah-sejajar lantai-atas).
- b) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta
- 37) Saat plasenta muncul di introitus vagina, sambut plasenta lalu putar satu arah hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.
- a) Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem ovum DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.
- 38) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).

- a) Lakukan tindakan yang diperlukan (Kompresi Bimanual Internal, Kompresi Oorta Abdominalis, Tampon Kondom-Kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/masase.

39) Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus.

d. Kala IV (Observasi)

Kala IV dimulai dari setelah plasenta lahir hingga 2 jam post partum. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan setelah persalinan yang dilakukan setiap 15 menit pada 1 jam pertama, karena inilah waktu paling kritis dimana sebagian besar kasus perdarahan pasca persalinan terjadi. Pada saat ini pastikan bahwa rahim berkontraksi, perdarahan tidak berlebihan, serta tanda vital dalam batas normal, serta diperhatikan apakah kandung kemih ibu penuh karena dapat menghambat kontraksi rahim. Setelah melewati jam pertama tanpa adanya kelainan atau tanda bahaya, frekuensi observasi dapat dikurangi menjadi setiap 30 menit pada jam kedua. Meskipun intensitas pemantauan berkurang, perhatian tetap diperlukan karena risiko perdarahan masih ada. Observasi yang dilakukan yaitu tingkat kesadaran pasien, pemeriksaan tanda-tanda vital (meliputi: tekanan darah, suhu, nadi, pernafasan), kontraksi uterus, perdarahan yang dianggap perdarahan normal jika jumlahnya tidak melebihi 500 cc (Wijayanti, Prabandari, *et al.*, 2023).

Asuhan persalinan kala IV (Lanjutan langkah ke 40 dari 60 Langkah APN) menurut Maimunah *et al.*, (2025) :

- 40) Evaluasi kemungkinan adanya laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi yang luas dan menimbulkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan.

- 41) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 42) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 persen, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, bilas dengan air DTT lalu keringkan dengan handuk pribadi.
- 43) Memastikan kandung kemih ibu kosong.
- 44) Mengajarkan ibu atau keluarga masase fundus uteridan menilai kontraksi.
- 45) Mengevaluasi dan mengestimasi jumlah kehilangan darah.
- 46) Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.
- 47) Memantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit).
 - a. Jika bayi sulit bernafas, merintih, atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit.
 - b. Jika bayi nafas terlalu cepat atau sesak napas,segera rujuk ke RS rujukan.
 - c. Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut.
- 48) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 persen untuk dekontaminasi (10 menit) dan cuci bilas peralatan setelah didekontaminasi.
- 49) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai
- 50) Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah diranjang atau disekitar ibu berbaring dan membantu ibu memakai pakaian yang bersih.
- 51) Pastikan ibu merasa nyaman, membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya

- 52) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5 persen.
- 53) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 persen, lepaskan secara terbalik sarung tangan dan rendam selama 10 menit.
- 54) Mencuci tangan dengan sabun dan air yang mengalir kemudian keringkan dengan tisu atau handuk pribadi.
- 55) Melakukan pemantauan pada ibu meliputi tanda vital, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan setiap 15 menit pada jam, pertama dan 30 menit pada jam kedua
- 56) Setelah 1 jam pemberian ASI, memakai sarung tangan kembali untuk melakukan pemeriksaan fisik pada bayi, pemberian vitamin K₁ 1 Mg IM dipaha kiri bawah lateral dan salp mata pada bayi.
- 57) Setelah 1 jam pemberian vitamin K₁ berikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan bawah lateral. Letakkan bayi didalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan
- 58) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5 persen selama 10 menit.
- 59) Cuci ke dua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

4. Asuhan Sayang Ibu dan Perubahan Psikologi Dalam Persalinan

Asuhan sayang ibu merupakan asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan, dan keinginan ibu. Konsep ini menekankan pada pemberian asuhan yang manusiawi, empati, dan berbasis bukti untuk menciptakan pengalaman persalinan yang positif. Asuhan ini memastikan bahwa ibu mendapatkan pelayanan yang aman, nyaman, dan menghormati hak-haknya. Prinsip-prinsip dasar asuhan sayang ibu (Wijayanti *et al.*, 2024) yaitu :

- a. *Respect* (Menghormati): hak dan privasi ibu, keputusan informed choice, budaya dan kepercayaan.

- b. *Empathy* (Empati): memahami perasaan ibu, memberikan dukungan emosional, responsif terhadap kebutuhan.
- c. *Dignity* (Martabat): menjaga martabat ibu, menghindari diskriminasi, memberikan pelayanan yang setara.
- d. *Safety* (Keamanan): praktik berbasis bukti, pencegahan infeksi, kesiapan emergensi.

Berikut adalah implementasi asuhan sayang ibu dalam persalinan kala 1- 4 dan perubahan psikologi dalam persalinan.:

a. Kala I

Asuhan Sayang Ibu menurut Wijayanti *et al.*, (2024):

- 1) Pendampingan Persalinan: kehadiran suami/keluarga, komunikasi terapeutik, sentuhan yang menenangkan.
- 2) Manajemen Nyeri: teknik relaksasi, pijatan, perubahan posisi, aromaterapi.

Perubahan psikologis ibu bersalin pada kala I menurut Happy *et al.*, (2021) :

- 1) Perasaan cemas dan takut akan persalinan yang akan dihadapi
- 2) Sering memikirkan tentang apakah persalinan berjalan normal
- 3) Menganggap persalinan sebagai percobaan
- 4) Apakah penolong persalinan bijaksana dalam menolongnya?
- 5) Apakah bayinya normal apa tidak?

b. Kala II

Asuhan sayang ibu menurut Wijayanti *et al.*, (2024) :

- 1) Panduan Mengejan: teknik mengejan efektif, posisi melahirkan sesuai pilihan, istirahat di antara kontraksi.
- 2) Komunikasi: informasi kemajuan persalinan, motivasi dan pujian, panduan setiap tahap.

Perubahan psikologis ibu bersalin pada Kala II menurut Happy *et al.*, (2021) :

- 1) Badan selalu kegerahan, karena saat ini metabolisme ibu meningkat, denyut jantung meningkat, nadi, suhu, pernapasan meningkat ibu, berkeringat lebih banyak, akibatnya ibu merasa lelah sekali, kehausan ketika bayi sudah di lahirkan karena tenaga habis dipakai untuk meneran.
 - 2) Ibu tidak sabaran, sehingga harmoni antara ibu dan janin yang dikandungnya terganggu. Hal ini disebabkan karena bagian terendah janin sudah memasuki panggul dan timbul kontraksi pada uterus.
 - 3) Setiap ibu akan tiba pada tahap persalinan dengan antisipasi dan tujuannya sendiri serta rasa takut dan kekhawatiran. Para ibu mengeluh bahwa bila mampu mengejan "terasa lega".
- c. Kala III dan IV

Asuhan Sayang Ibu menurut Wijayanti *et al.*, (2024) :

1) *Bonding Attachment*

- a) Kontak Kulit ke Kulit: Inisiasi Menyusu Dini (IMD).
 - b) Dukungan Menyusui: posisi menyusui, perlekatan yang benar, motivasi dan dukungan.
- 2) Dukungan *Recovery*: kebersihan diri, nutrisi post partum, istirahat yang cukup.

Perubahan psikologis ibu bersalin pada kala III menurut Happy *et al.*, (2021) :

1) Bahagia

Kelahiran bayi adalah waktu yang telah di tunggu, dan ibu bahagia sudah menjadi wanita sempurna (bisa melahirkan, dan memberikan anggota keluarga yang baru).

2) Cemas dan takut

Cemas dan takut kalau terjadi bahaya atas dirinya saat persalinan karena persalinan dianggap sebagai suatu keadaan antara hidup dan mati.

Perubahan psikologis pada Kala IV menurut Happy *et al.*, (2021) :

1) *Phase honeymoon*

Phase honeymoon ialah phase anak lahir dimana terjadi intimasi dan kontak yang lama antara ibu-ayah-anak. Hal ini dapat dikatakan sebagai '*psikis honeymoon*' yang tidak memerlukan hal-hal romantik.

2) Ikatan kasih (*Bounding* dan *Attachment*)

Bounding attachment pada kala IV, terjadi dimana adanya kontak antara ibu-ayah-anak dalam ikatan kasih.

5. Kebutuhan Dasar Dalam Persalinan Kala I sampai IV

Kebutuhan dasar selama persalinan kala I sampai kala IV menurut Widyastuti, (2021) :

a. Kala I : Pembukaan (Fase Laten dan Aktif)

- 1) Dukungan psikologis dan emosional : Memberikan rasa tenang dengan kehadiran pendamping atau informasi yang jelas mengenai proses persalinan.
- 2) Asupan cairan dan nutrisi ringan : Memberikan cairan oral atau infus sesuai kebutuhan, kecuali ada indikasi medis yang membatasi.
- 3) Posisi yang nyaman : Ibu boleh bergerak bebas dan memilih posisi yang nyaman selama proses pembukaan.

b. Kala II : Pengeluaran Janin

- 1) Bimbingan mengejan : Membantu ibu dengan teknik yang benar dalam mengejan untuk kelahiran bayi yang lancar.
- 2) Posisi yang sesuai : Membantu ibu memilih posisi yang nyaman untuk kelahiran.

c. Kala III dan Kala IV

- 1) Dukungan psikologis dan *bounding* ibu-bayi : Mendukung inisiasi menyusui dini dan mendampingi ibu dalam fase pemulihan.

6. Pemantauan Dengan Partograf

Partograf disebut sebagai alat yang sangat berperan untuk membantu petugas kesehatan membuat suatu keputusan klinik, melakukan pemantauan, mengevaluasi dan dalam penatalaksanaan dalam proses persalinan (Zulliati *et al.*, 2023).

Pencatatan dalam partograf diisi mulainya fase aktif persalinan (pembukaan serviks 4 cm dan diakhiri dengan pembukaan lengkap). Awal pencatatan wajib dimulai dari garis waspada dengan harapan terjadi pembukaan lengkap dengan laju pembukaan 1 cm per jam. Adapun menurut Fitriyani *et al.*, (2024) keadaan atau kondisi ibu dan janin dicatat dan dilakukan penilaian dengan ketetapan sebagai berikut:

- 1) Denyut jantung janin (DJJ): setiap 30 menit
- 2) Frekuensi dan lama kontraksi uterus: setiap 30 menit
- 3) Tekanan darah (TD) dan temperatur tubuh (S): setiap 4 jam
- 4) Nadi (N): setiap 30 menit
- 5) Pembukaan serviks: setiap 4 jam
- 6) Penurunan bagian terbawah janin: setiap 4 jam
- 7) Produksi urin (2-4 Jam), aseton dan protein: sekali.

Cara pengisian partograf adalah sebagai berikut:

1) Lembar depan partograf

a) Informasi tentang Ibu

Lengkapi di bagian atas terkait informasi ibu yang dituliskan sesuai identitasnya. Waktu kedatangan dicatat sebagai jam. Catat waktu kapan selaput ketuban pecah, dan waktu mulai timbulnya rasa mules (Fitriyani *et al.*, 2024).

b) Kondisi/keadaan janin

Denyut Jantung Janin (DJJ) DJJ dicatat setiap 30 menit (lebih sering bila terjadi fetal distress atau gawat janin). Setiap kotak menunjukkan waktu 30 menit. Hasil penilaian DJJ di konversi

dengan memberikan tanda"." (tanda titik) dengan menghubungkan satu titik ke titik lainnya Saat pemeriksaan melakukan vagina/vaginal touch, maka dilihat warna dari air ketuban dengan lambang U: Ketuban Utuh (Belum pecah), J: Ketuban sudah pecah dan airnya berwarna Jernih, M: Air ketuban berwarna kecokelatan campur Mekonium, D: Air ketuban sudah pecah campur Darah, K: Cairan ketuban sudah pecah dan Kering, Molase/penyusupan dinilai setiap dilakukan pemeriksaan dalam. Catat temuan yang ada di kotak yang sesuai di bawah lajur air ketuban. Skor dan lambang 0: Tulang-tulang cranium/sutura janin terpisah, sutura dapat melewati panggul, 1: Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan, 2: Tulang-tulang sutura saling tumpang tindih, tapi masih bisa diperbaiki atau dipisahkan, 3: Sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki atau dipisahkan (Zulliati *et al.*, 2023).

c) Kemajuan persalinan

Besarnya dilatasi serviks dapat dilihat dalam kolom paling kiri dengan angka 0 sampai 10. Temuan hasil pemeriksaan pada persalinan kala satu fase aktif dicatat di dalam partograf. Penilaian dan pencatatan dilakukan setiap 4 jam sekali kecuali ada indikasi dengan membuat tanda silang "X" pada garis sesuai lajur berapa besar pembukaannya. Metode digunakan perlimaan untuk menilai penurunan kepala dengan angka 1-5 dan hasil penilaian ditandai dengan "0" dengan menulis garis yang terhubung. Pencatatan selama fase aktif persalinan dimulai pada garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke bagian sebelah kanan garis waspada (pembukaan kurang dari satu cm/jam) maka harus dipertimbangkan kemungkinan besar adanya penyulit. Pertimbangkan untuk segera dirujuk. Garis bertindak, yang tertera sejajar dan disebelah kanan (jarak empat jam) pada garis waspada. Jika pembukaan serviks telah melampaui atau mengarah berada di

sebelah kanan garis bertindak maka dilakukan tindakan mengakhiri persalinan.(Fitriyani *et al.*, 2024).

d) Jam dan waktu.

Tersedia kotak yang angkanya dimulai dari 1-16 dan Setiap kotak menyatakan jam. Waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan di bagian bawah lajur kotak. tercantum kotak-kotak guna melakukan pencatatan waktu aktual periksa (Zulliati *et al.*, 2023).

e) Kontraksi uterus

Ada 5 kotak kontraksi uterus per 10 menit. Lamanya kontraksi diimplementasikan dengan diberikan tanda titik-titik di dalam kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik, garis-garis di dalam kotak sesuai hasil penilaian untuk menyatakan kontraksi uterus yang lamanya detik. antara 20-40, arsir penuh di dalam kotak untuk menyatakan adanya kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik (Fitriyani *et al.*, 2024).

f) Obat dan cairan yang diberikan

Oksitosin dilakukan pendokumentasian setiap 30 menit dari awal tetesan drip dimulai berdasarkan berapa unit jumlah oksitosin yang diberikan dengan satuannya adalah tetes per menit dan per volume cairan. Mencatat semua jenis obatan dan cairan IV dalam lajur kotak yang sesuai dengan kolom waktunya (Zulliati *et al.*, 2023).

g) Kondisi kesehatan dan kenyamanan ibu

Nadi (N), tekanan darah (TD) dan suhu tubuh (S) , dicatat 30 menit sekali. Beri tanda titik (.) pada kolom yang sesuai. TD dicatat setiap 4 jam atau lebih sering jika diduga ada penyulit. Suhu tubuh, diukur dan dicatat setiap 2 jam atau lebih sering jika terjadi peningkatan mendadak atau diduga ada infeksi. Pengukuran dan pencatatan dari volume/jumlah produksi urine dilakukan setiap 2 jam atau setiap ibu hendak berkemih.

Pemeriksaan aseton dan protein urine dilakukan jika ditemukan adanya komplikasi terkait kondisi ibu (Fitriyani *et al.*, 2024).

2) Lembar bagian belakang partograf

Lembar ini merupakan bagian dari pemantuan proses persalinan untuk menentukan tindakan kepada ibu bersalin sebagai data dasar, kala I, II, III, dan IV, serta bayi baru lahir. Setelah plasenta lahir, catat waktu keluarnya plasenta dengan tepat. Periksa fundus uteri untuk memastikan rahim keras dan posisinya tepat, lalu catat kondisi tersebut. Amati dan catat jumlah serta sifat perdarahan; jika berlebihan, segera laporkan dan beri tindakan. Periksa perineum untuk robekan atau jahitan, lalu catat hasilnya. Pantau tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, napas) secara berkala sesuai frekuensi observasi kala IV (setiap 15 menit pada jam pertama, setiap 30 menit pada jam kedua) dan tuliskan hasilnya. Pengisian harus lengkap dan akurat untuk memastikan penanganan yang tepat selama masa nifas. (Zullianti *et al.*, 2023)

C. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1. Pengertian Bayi Baru Lahir

Definisi Bayi baru lahir menurut WHO (*World Health Organization*) adalah anak yang berusia di bawah 28 hari. Neonatus dapat disebut juga *newborn*, merupakan 4 minggu pertama kehidupan seorang anak dimana perubahan terjadi dengan sangat cepat (Sandriani *et al.*, 2024).

Bayi baru lahir (BBL) normal adalah bayi yang lahir melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2.500 - 4.000 gram, nilai Apgar lebih dari 7 tanpa cacat bawaan. Bayi lahir normal adalah bayi yang lahir cukup bulan, 38 - 42 minggu dengan berat badan sekitar 2.500 - 3.000 gram dan panjang badan sekitar 50 - 55 cm (Rivanica and Oxyandi, 2024).

Bayi baru lahir (BBL) adalah anak yang berusia di bawah 28 hari dan dapat disebut juga *newborn*. Bayi lahir normal adalah bayi yang lahir cukup bulan (37 - 42 minggu), dengan berat badan 2.500 - 4.000 gram, panjang badan sekitar 50 - 55 cm, dan nilai Apgar lebih dari 7, tanpa cacat bawaan.

2. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

Dikutip dari Murniati, (2023) klasifikasi bayi baru lahir dibedakan menurut tiga kategori, meliputi :

a. Klasifikasi menurut masa gestasi

- 1) Neonatus kurang bulan (*preterm infant*): janin dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu.
- 2) Neonatus cukup bulan (*term infant*): janin dengan usia kehamilan 37- 42 minggu.
- 3) Neonatus lebih bulan (*postterm infant*): janin dengan usia kehamilan lebih dari 42 minggu.

b. Klasifikasi menurut berat badan

- 1) Neonatus berat lahir rendah: janin dengan berat badan lahir kurang dari 2500 gram.
- 2) Neonatus berat lahir cukup: janin dengan berat badan lahir 2500-4000 gram.
- 3) Neonatus berat lahir lebih: janin dengan berat badan lahir lebih dari 4000 gram.

c. Klasifikasi menurut berat lahir terhadap masa gestasi

Dideskripsikan dengan masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilannya, yaitu neonatus cukup/kurang/ lebih bulan (NCB/NKB/NLB) apakah sesuai/kecil/ besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK).

3. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal

Menurut Rivanica and Oxyandi, (2024) berikut adalah ciri-ciri bayi baru lahir normal :

- a. Lahir aterm antara 37- 42 minggu.

- b. Berat badan 2.500 - 4.000 gram.
 - c. Panjang badan 48 - 52 cm.
 - d. Lingkar dada 30 - 38 cm.
 - e. Lingkar kepala 33 - 35 cm.
 - f. Lingkar lengan 11 - 12 cm.
 - g. Frekuensi denyut jantung 120 - 160 x/menit.
 - h. Pernapasan $\pm$ 40 - 60 x/menit.
 - i. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup.
 - j. Rambut lanugo tidak terlihat dan biasanya rambut kepala telah sempurna.
 - k. Kuku agak panjang dan lemas.
 - l. Niai APGAR lebih dari 7.
 - m. Gerak aktif.
 - n. Bayi lahir langsung menangis kuat.
 - o. Refleks rooting (mencari puting susu dengan merangsang taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.
 - p. Refleks sucking (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.
 - q. Refleks moro (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.
 - r. Refleks grasping (menggenggam) sudah baik.
 - s. genitalia, (Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang. Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora).
 - t. Eliminasi baik, yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecokelatan.
4. Asuhan Bayi Baru Lahir Normal
- Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dalam 1 jam pertama dan 2 jam setelah kelahiran bertujuan untuk memastikan transisi kehidupan bayi dari dalam rahim ke dunia luar berjalan dengan aman dan stabil.

Asuhan kebidanan pada BBL dalam 1 – 2 jam pertama setelah kelahiran sangat penting untuk memastikan adaptasi fisiologis yang optimal dan mencegah komplikasi (Parwatiningsih *et al.*, 2021).

a. Asuhan kebidanan bayi baru lahir dalam 1 jam pertama menurut Kemenkes RI., (2022)

1) Segera setelah bayi lahir (0-5 menit)

a) Penilaian segera (pastikan bayi menangis atau bernafas spontan) dan nilai skor APGAR pada menit ke-1 dan ke-5.

Tabel 2. 5 Nilai APGAR

Tanda	0	1	2
<i>Appearance</i>	Pucat atau biru	Tubuh merah dan ekstremitas biru	Tubuh dan ekstremitas kemerahan
<i>Pulse</i>	Tidak terdeteksi	<100x/menit	>100x/menit
<i>Grimace</i>	Tidak memberikan respon pada simulasi	Sedikit gerak	Menangis kuat
<i>Activity</i>	Lemah atau tidak ada gerakan	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
<i>Respiration</i>	Tidak ada usaha nafas	Lambat	Baik, Menangis

Sumber; (Baroroh and Maslikhah, 2024)

b) Keringkan bayi dengan handuk bersih, letakkan bayi di dada ibu (*skin to skin contact*), dan tutup kepala bayi dengan topi.

c) Klem dan potong tali pusat 1-3 menit setelah lahir.

2) Setelah Stabil (5-60 menit)

a) Biarkan bayi menyusu sendiri pada payudara ibu selama minimal 1 jam (Inisiasi Menyusu Dini/IMD).

b) Pemberian Vit K dan salep mata setelah IMD atau 1 jam setelah lahir.

c) Pemeriksaan fisik dan antropometri.

b. Asuhan kebidanan bayi baru lahir pada 2 jam setelah lahir menurut Kemenkes RI., (2022)

1) Pemantauan lanjutan

- a) Tanda-tanda vital (napas, denyut jantung, suhu tubuh).
- b) Warna kulit dan aktivitas bayi.
- c) Frekuensi menyusui.

2) Pencegahan infeksi

Rawat tali pusat secara bersih dan kering, cuci tangan sebelum memegang bayi, pembersihan tali pusat tanpa alkohol (biarkan kering terbuka).

3) Imunisasi awal HB-0 (hepatitis B dosis pertama) pada 1 jam setelah pemberian Vit K

5. Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir

Berikut beberapa adaptasi fisiologis bayi baru lahir menurut Andriana *et al.*, (2022) :

a. Sistem Pernafasan

Nafas pada seorang bayi untuk pertama kalinya yaitu mengeluarkan cairan di dalam paru-paru dan mengembangkan jaringan alveolus paru-paru. an hal ini akan menyebabkan keluar 1/3 cairan, kemudian digantikan oleh udara. Agar alveolus berfungsi baik maka harus terdapat surfaktan untuk menstabilkan dinding alveolus sehingga tidak terjadi kolaps.

b. Sistem Peredaran darah

Setelah tali pusat bayi dipotong maka adanya penutupan dari duktus venosus yang akan meningkatkan resistensi vaskular secara sistemik, dimana tekanan atrium kanan juga akan menurun dan mengakibatkan aliran darah juga menurun. Hal ini akan membantu aliran oksigen dalam darah, sehingga membantu mengalir ke paru-paru.

c. Sistem Gastrointestinal

Saat lahir gerakan usus bayi juga mulai aktif, sehingga memerlukan enzim pencernaan dan kolonisasi bakteri secara positif. Untuk syarat pemberian minum itu adalah sirkulasinya sudah mulai baik, kemudian bising usus positif, tidak ada kembung, tidak ada sesak nafas, maupun muntah.

d. Ginjal

Setelah lahir ginjal berperan dalam homeostasis cairan/eletrolit. Lebih dari 90 persen bayi berkemih dalam usia 24 jam, dan memproduksi urine 1-2 ml/kg/jam. Pematangan ginjal berkembang sampai usia gestasi 36 minggu. Bila terjadi anuria dalam periode 24 jam setelah lahir, harus segera dilaporkan karena bisa menandakan anomali kongenital pada sistem perkemihan.

e. Hati

Fungsi hati ini adalah memetabolisme karbhidrat, protein, lemak, serta cairan empedu, hati ini mempunyai fungsi juga secara ekskresi dan detoksifikasi obat maupun toksin. Bila menemukan bayi itu kuning lebih dari 2 minggu dan feses berbentuk dempul kemungkinan itu terjadi atresia bilier.

f. Sistem Neorologi

Setelah bayi lahir sebenarnya bayi sudah bisa melihat dan mendengar, dan hal ini membutuhkan stimulasi suara atau penglihatan. Untuk jumlah dan ukuran sel saraf tidak bertambah,

tapi adanya pembentukan sinaps terjadi secara progresif sampai dengan bayi itu berusia 2 tahun.

g. Sistem Imunologi

Bayi setelah lahir dengan cukup bulan itu, imunitasnya masih rendah dibanding orang dewasa, tapi lebih tinggi dari pada neonatus yang kurang bulan, karena neonatus yang kurang bulan itu masih memiliki kulit yang masih rapuh kemudian membran mukosa yang bisa cedera dan pertahanan tubuh yang lebih rendah.

h. Integumen

Bayi setelah lahir dan cukup bulan biasanya kulitnya berwarna merah, dengan sedikit vernix caseosa, tetapi bayi yang premature memiliki banyak vernix caseosa, dan kulitnya berwarna tembus pandang. Untuk kulit bayi tidak perlu diberi krim/bedak karena akan mengganggu pH bayi.

6. Reflek Bayi Baru Lahir

Refleks bayi baru lahir atau disebut juga dengan refleks primitif adalah gerakan spontan yang secara alami dilakukan oleh bayi ketika ia mendapatkan sebuah rangsangan tertentu. Gerakan-gerakan ini muncul sejak bayi lahir dan akan hilang dengan sendirinya seiring usianya bertambah. Refleks yang dimiliki bayi baru lahir menurut Andriana *et al.*, (2022) yaitu:

a. Refleks Menggenggam (*Grasp Reflex*):

Bayi akan menggenggam jari atau benda apapun yang disentuh ke telapak tangannya.

b. Refleks Moro

Bayi akan merentangkan kedua lengan dan kakinya, kemudian menariknya kembali saat terkejut atau merasa seperti akan jatuh.

c. Refleks Babinski

Saat telapak kaki bayi diusap dengan lembut, bayi akan merentangkan jari-jari kaki dan menekuk jari kaki yang besar.

d. Refleks Mencari (*Rooting Reflex*)

Bayi akan menoleh ke arah pipi atau mulut yang disentuh, seolah-olah mencari sumber makanan.

e. Refleks Menghisap (*Sucking Reflex*)

Bayi akan menghisap benda apapun yang dimasukkan ke dalam mulutnya.

f. Refleks Leher Tonik (*Asymmetric Tonic Neck Reflex*)

Saat kepala bayi dirotasikan ke satu sisi, lengan dan kaki di sisi tersebut akan lurus dan kuat, sedangkan lengan dan kaki di sisi yang lain akan melengkung.

g. Refleks Melangkah (*Stepping Reflex*):

Ketika bayi didorong dengan kakinya menyentuh permukaan, bayi akan melakukan gerakan seperti melangkah.

h. Refleks Menggenggam Jari-jari Kaki (*Plantar Grasp Reflex*)

Saat telapak kaki bayi disentuh, bayi akan menggenggam jari-jari kakinya.

7. Imunisasi Dasar Terbaru Sesuai Usia (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia., 2024) :

< 24 jam: Hepatitis B0

0-1 bulan: BCG, Polio 1

2 bulan: DTP-HB-Hib 1, Polio 2, PCV 1, RV 1

3 bulan: DTP-HB-Hib 2, Polio 3, PCV 2, RV 2

4 bulan: DTP-HB-Hib 3, Polio 4, IPV 1, RV 3

9 bulan: Campak Rubella, IPV 2

10 bulan: Japanese Encephalitis

12 bulan: PCV 3

18 bulan: DPT-HB-Hib Lanjutan, Campak Rubella Lanjutan

8. Tanda Bahaya Pada Bayi Baru Lahir

Tanda bahaya pada bayi baru lahir menurut A'yun, (2022) sebagai berikut :

- a. Pernapasan sulit / lebih dari 60x/menit.

- b. Terlalu hangat ($>38^{\circ}\text{C}$) atau terlalu dingin ($<36^{\circ}\text{C}$).
- c. Isapan saat menyusu lemah, sering muntah.
- d. Warna kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru/pucat, memar.
- e. Tali pusat merah, bengkak, berbau busuk dan berdarah.
- f. Tidak BAB dalam 3 hari, tidak BAK dalam 24 jam, feses lembek atau cair, sering berwarna hijau tua, dan terdapat lendir atau darah.
- g. Menggigil, rewel, lemas, mengantuk, kejang, tidak bisa tenang, menangis terus menerus.

9. Kebutuhan Dasar Bayi Baru Lahir

Berikut beberapa kebutuhan dasar bayi baru lahir menurut Andriana *et al.*, (2022) :

a. Kebutuhan nutrisi

Kebutuhan nutrisi BBL dapat dipenuhi melalui Air Susu Ibu (ASI) yang mengandung komponen paling seimbang. Pemberian ASI secara eksklusif dilakukan sampai dengan enam bulan tanpa adanya makanan pendamping lain, sebab kebutuhannya sesuai dengan jumlah yang dibutuhkan bayi.

b. Kebutuhan Cairan

Air merupakan nutrisi yang berfungsi menjadi medium untuk nutrisi lainnya. Air merupakan kebutuhan nutrisi yang sangat penting mengingat kebutuhan air pada bayi relatif tinggi 75-80 persen dari berat badan dibandingkan dengan orang dewasa yang hanya 55-60 persen. BBL memenuhi kebutuhan cairannya melalui ASI. Segala kebutuhan nutrisi dan cairan didapat dari ASI.

c. Kebutuhan Personal Hygiene

Dalam menjaga kebersihan BBL sebenarnya tidak harus dengan langsung memandikannya, karena sebaiknya untuk BBL disarankan untuk memandikannya setelah 6 jam dilahirkan. Hal ini bertujuan agar bayi tidak kehilangan suhu panas yang berlebihan, sehingga tidak terjadi hipotermi.

d. Lingkungan yang Baik

Terhindar dari asap rokok, debu, sampah yang dapat mempengaruhi kesehatan bayi.

e. Kebutuhan Psikososial

Kebutuhan psikososial meliputi rasa aman, kasih sayang, rasa memiliki, kebutuhan mendapat pengalaman dan kebutuhan stimulasi serta bounding attachment.

10. Kunjungan Neonatus (KN 1-3)

Kunjungan neonatal terbagi dalam 3 kategori menurut Suherlin, Yulianingsih and Porrouw, (2023) yaitu:

- a. Kunjungan Neonatal Pertama (KN 1) adalah kunjungan neonatal pertama kali yaitu pada 6-48 jam setelah bayi lahir.
 - 1) Mempertahankan suhu tubuh Bayi
 - 2) Melakukan pemeriksaan fisik pada bayi (*head To Toe*)
 - 3) Melakukan konseling tentang pemberian ASI dan tanda bahaya pada BBL
 - 4) Melakukan perawatan tali pusat
 - 5) Memberikan imunisasi HB-0
- b. Kunjungan Neonatal Kedua (KN 2) adalah kunjungan neonatal yang kedua kali yaitu pada hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah bayi lahir.
 - 1) Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih
 - 2) Menjaga Kebersihan Bayi
 - 3) Melakukan pemeriksaan fisik untuk memastikan bayi dalam keadaan normal
 - 4) Memberikan ASI Bayi disusukan 10-15 kali dalam 24 jam dalam 2 minggu pasca persalinan
 - 5) Menjaga suhu tubuh bayi tetap dalam batas normal
 - 6) Memberikan konseling kepada ibu dan keluarga tentang ASI eksklusif dan pencegahan hipotermi
 - 7) Penanganan dan rujukan bila ada komplikasi.

- c. Kunjungan Neonatal Ketiga (KN 3) adalah kunjungan neonatal yang ketiga kali yaitu pada hari ke-8 sampai ke-28 setelah bayi lahir.
- 1) Melakukan pemeriksaan fisik
 - 2) Menjaga kebersihan Bayi
 - 3) Melakukan pemeriksaan fisik untuk memastikan bayi dalam keadaan normal
 - 4) Memberikan ASI Bayi disusukan 10-15 kali dalam 24 jam dalam 2 minggu pasca persalinan
 - 5) Menjaga suhu tubuh bayi tetap dalam batas normal
 - 6) Memberikan konseling kepada ibu dan keluarga tentang ASI eksklusif dan pencegahan hipotermi
 - 7) Memberitahu ibu tentang Imunisasi BCG
 - 8) Penanganan dan rujukan bila ada komplikasi.

D. Konsep Dasar Nifas

1. Pengertian

Masa nifas (Puerperium) berasal dari bahasa latin, yaitu puer yang artinya bayi dan parous yang artinya melahirkan atau berarti setelah melahirkan (Indrayani *et al.*, 2024)(Situmorang *et al.*, 2021).

Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah persalinan di mana organ reproduksi wanita, khususnya rahim, mengalami pemulihan dan kembali ke keadaan sebelum hamil . Masa nifas ditandai dengan keluarnya darah dari rahim (disebut darah nifas atau lochia) dan biasanya berlangsung selama 6 minggu (40 hari). Selama masa ini, terjadi proses involusi rahim, penyesuaian hormonal, serta persiapan tubuh untuk menyusui. Masa nifas juga merupakan periode penting untuk pemulihan fisik dan psikologis ibu, serta adaptasi terhadap kehidupan bersama bayi yang baru lahir (Yuliana and Hakim, 2020).

Kesimpulan yang dapat diambil dari kedua pengertian nifas diatas yaitu masa nifas (puerperium) adalah periode selama sekitar 6 minggu setelah melahirkan, di mana tubuh ibu, terutama organ reproduksi seperti rahim, mengalami pemulihan dan kembali ke kondisi sebelum hamil.

Masa ini ditandai dengan keluarnya darah nifas (lochia), perubahan hormonal, dan dimulainya proses menyusui, serta penting untuk pemulihan fisik dan psikologis ibu.

2. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Pemberian asuhan masa nifas sangat penting dilakukan untuk menjamin kesejahteraan, baik fisik maupun psikologis ibu, bayi, dan keluarga. Pelayanan yang diberikan meliputi upaya pencegahan, deteksi dini, dan pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan dan nutri bagi ibu.

Adapun tujuan asuhan masa nifas adalah sebagai berikut menurut Mertasari and Sugandini, (2020) yaitu :

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis dengan cara memberikan dukungan fisik maupun psikologis, terutama pada fase ketergantungan dari ibu nifas dan fase-fase selanjutnya.
- b. Melaksanakan screening yang komprehensif (menyeluruh), mendeteksi masalah/penyakit yang dialami, mengobati/merujuk bila terjadi komplikasi, baik pada ibu maupun bayinya, dengan pendekatan manajemen asuhan kebidanan.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya, dan perawatan bayi sehat.
- d. Memberikan pelayanan KB mulai dari 10 menit setelah plasenta lahir sampai dengan akhir masa nifas.

3. Tahapan Masa Nifas

Tahapan/Periode yang terjadi pada wanita selama masa nifas menurut Winarningsih, Insani, *et al.*, (2024) adalah sebagai berikut:

- a. Periode immediate post partum

Masa segera setelah lahirnya plasenta s/d 24 jam. Banyak masalah yang sering terjadi pada masa ini, seperti pendarahan akibat

atonia uteri. Oleh karena itu, bidan harus rutin memeriksa kontraksi rahim, pengeluaran lochia, tekanan darah dan suhu.

b. Periode early postpartum (24 jam/1 hari s/d 1 minggu/7 hari)

Pada kala ini bidan memastikan organ reproduksi pulih sempurna (involusi uterus normal, tidak ada perdarahan, lochia tidak berbau busuk, tidak ada demam, ibu mendapat cukup makanan dan cairan serta ibu mampu menyusui dengan baik).

c. Periode late postpartum (1 minggu s/d 6 minggu pasca persalinan)

Masa ini adalah masa dimana ibu memerlukan pemulihan dan menjadi sehat seutuhnya. Masa sehat bisa berlangsung selama berminggu-minggu, berbulan-bulan, atau bertahun-tahun. Selama periode ini, bidan akan terus memberikan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling keluarga berencana.

4. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Perubahan fisiologis masa nifas Sistem tubuh ibu akan kembali beradaptasi untuk menyesuaikan dengan kondisi postpartum. Organ-organ tubuh ibu yang mengalami perubahan setelah melahirkan yaitu:

a. Perubahan Sistem Reproduksi

1) Uterus

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana TFU-nya (Tinggi Fundus Uteri). Proses pengembalian uterus dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot polos dalam uterus. Seminggu setelah melahirkan, uterus berada dalam panggul sejati lagi. Pada minggu keenam, beratnya menjadi 50-60 gram. Namun kembalinya uterus tidak selalu berjalan dengan baik, kegagalan uterus untuk kembali pada keadaan tidak hamil disebut subinvolusi. Penyebab paling sering adalah tertahannya fragmen plasenta dan infeksi. Perubahan uterus ini berhubungan erat dengan perubahan-perubahan pada miometrium. Pada miometrium

terjadi perubahan-perubahan yang bersifat proteolisis. Hasil proses ini dialirkan melalui pembuluh getah bening (Gunarmi *et al.*, 2023).

Tabel 2. 6 Perubahan Uterus selama Postpartum TFU

Waktu	TFU	Bobot
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gr
Uri lahir	2 jari dibawah pusat	750 gr
1 minggu	Pertengahan pusat symphysis	500 gr
2 minggu	Tidak teraba	350 gr
6 minggu	Bertambah kecil	50 gr
8 minggu	Normal	30 gr

Sumber; (Gunarmi *et al.*, 2023)

2) Lokhea

Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lokhea berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. Lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lokhea dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya, berikut pembagian lokhea menurut Ulya *et al.*, (2021):

a) Lokhea rubra

Lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium.

b) Lokhea sanguinolenta

Lokhea ini berwarna merah kecokelatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 postpartum.

c) Lokhea serosa

Lokhea ini berwarna kuning kecokelatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14.

d) Lokhea alba

Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lokhea alba ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu postpartum.

3) Endometrium

Perubahan pada endometrium adalah timbulnya trombosis, degenerasi dan nekrosis di tempat implantasi plasenta. Pada hari pertama tebal endometrium 2,5 mm, mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua dan selaput janin. Setelah tiga hari mulai rata, sehingga tidak ada pembentukan jaringan parut pada bekas implantasi plasenta (Ulya *et al.*, 2021).

4) Serviks

Uterus dan serviks berinvolusi bersama-sama. Perubahan yang terdapat pada serviks postpartum adalah bentuk serviks yang akan menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat menimbulkan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada pembatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk semacam cincin. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena pembuluh darah. Beberapa hari setelah persalinan, ostium eksternum dapat dilalui oleh 2 jari, pinggir-pinggirnya tidak rata, tetapi retak-retak karena robekan saat persalinan. Pada serviks berbentuk sel-sel otot baru yang mengakibatkan serviks memanjang seperti celah. Walaupun begitu setelah involusi selesai, ostium eksternum tidak serupa dengan keadaannya sebelum hamil. Pada umumnya ostium eksternum lebih besar dan tetap terdapat retak-retak dan robekan pada pinggirnya, terutama pada pinggir sampingnya. Oleh karena itu robekan ke samping ini terbentuklah bibir depan dan bibir belakang (Gunarmi *et al.*, 2023).

5) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada postnatal hari ke-5, perinium sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil (Ulya *et al.*, 2021).

6) Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap 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 (Gunarmi *et al.*, 2023).

7) Payudara

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis, yaitu produksi ASI dan sekresi atau let down. Selama sembilan bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi untuk menghambat pituitari akan mengeluarkan prolaktin (hormon laktogenik). Sampai hari ketiga setelah melahirkan efek prolaktin mulai dirasakan. Pembuluh darah payudara menjadi bengkak terisi darah, sehingga timbul rasa hangat, bengkak, dan rasa sakit. Ketika bayi menghisap puting, refleks saraf merangsang lobus posterior pituitari untuk menyekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang refleks let down (mengalirkan) sehingga menyebabkan ejeksi ASI melalui sinus aktiferus payudara ke duktus yang terdapat pada puting (Ulya *et al.*, 2021).

8) Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan makan, hemoroid dan kurangnya aktivitas tubuh (Gunarmi *et al.*, 2023).

9) Perubahan Sistem Perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Penyebab dari keadaan ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih setelah mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut "diuresis" (Ulya *et al.*, 2021).

10) Perubahan Sistem Muskulusketal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit, sehingga akan menghentikan perdarahan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan (Gunarmi *et al.*, 2023).

11) Perubahan Sistem Endokrin

Menurut Ulya *et al.*, (2021) selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin, terutama pada hormon- hormon yang berperan sebagai berikut :

a) Oksitosin

Oksitosin disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang. Selama tahap ketiga persalinan, hormon oksitosin berperan

dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang ASI dan sekresi oksitosin yang sehingga membantu uterus untuk kembali ke bentuk normal.

b) Prolaktin

Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar pituitari bagian belakang untuk mengeluarkan prolaktin, hormon ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi air susu. Pada wanita yang menyusui bayinya, kadar prolaktin tetap tinggi dan pada permulaan ada rangsangan folikel dalam ovarium yang ditekan.

c) Estrogen dan progesteron

Selama hamil volume darah normal meningkat walaupun mekanismenya secara penuh belum dimengerti. Diperkirakan bahwa tingkat estrogen yang tinggi memperbesar hormon anti-deuritik yang meningkatkan volume darah. Di samping itu, progesteron memengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini sangat memengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum, vulva, serta vagina.

12) Perubahan Tanda-tanda Vital

Berikut perubahan tanda-tanda vital pada ibu nifas menurut Gunarmi *et al.*, (2023):

a) Suhu badan

Dalam 1 hari (24 jam) postpartum, suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ 38°C) akibat dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila dalam keadaan normal, suhu badan akan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik lagi karena ada pembentukan

ASI. Bila suhu tidak turun, kemungkinan adanya infeksi pada endometrium.

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100x/menit, harus waspada kemungkinan dehidrasi, infeksi atau perdarahan postpartum.

c) Tekanan darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat postpartum menandakan terjadinya preeklampsia postpartum.

d) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya.

5. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

a. Nutrisi dan Cairan

Ibu nifas memerlukan dan membutuhkan nutrisi yang cukup dan seimbang yaitu kebutuhan protein, kalori dan karbohidrat. Gizi pada ibu menyusui sangat erat kaitannya dengan produksi air susu, yang sangat dibutuhkan untuk tumbuh kembang bayi. Asupan cairan 3 liter/hari, 2 liter didapat dari air minum, dan 1 liternya diperoleh dari kuah sayur, buah dan makanan. Makanan yang dikonsumsi ibu nifas harus memenuhi syarat, seperti: susunannya harus seimbang, porsiya cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, serta tidak mengandung alkohol, nikotin, bahan pengawet maupun pewarna. Ibu nifas dan menyusui memerlukan tambahan 20 gram protein di atas kebutuhan normal ketika menyusui (Fitriani and Wahyuni, 2021).

b. Ambulasi

Di zaman dahulu, perawatan nifas sangat konservatif, ibu nifas atau ibu yang selesai persalinan harus tidur telentang selama 40 hari. Namun pada zaman sekarang perawatan nifas lebih aktif dengan dianjurkan untuk melakukan mobilisasi dini. Ambulasi adalah kebijaksanaan secepat mungkin membimbing penderita/pasien keluar dari tempat tidurnya dan membimbing secepat mungkin untuk berjalan. Pada persalinan normal proses ambulasi sebaiknya dikerjakan setelah 2 jam (ibu boleh miring ke kiri atau kanan untuk mencegah/menghindari adanya trombositis). Ambulasi dapat dilakukan secara bertahap, bukan berarti ibu diharuskan langsung bekerja (mencuci, memasak maupun kerja berat lain) setelah bangun dari istirahatnya. Adapun Perawatan pada masa nifas dengan mobilisasi dini menurut Fitriani dan Wahyuni, (2021) mempunyai keuntungan yaitu :

- 1) Melancarkan/memperlancar dalam pengeluaran lokia dan mengurangi infeksi nifas
- 2) Mempercepat involusi uterus atau kembalinya uterus ke bentuk semula sebelum hamil
- 3) Melancarkan/memperlancar fungsi alat gastrointestinal dan alat kelamin
- 4) Meningkatkan peredaran darah sehingga dapat mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme.

c. Eliminasi

Buang air kecil (BAK) setelah ibu melahirkan, terutama pada ibu yang baru pertama kali melahirkan akan terasa pedih saat BAK. Apabila kandung kemih penuh, aka harus diusahakan supaya penderita/ibu nifas dapat buang air kecil sehingga tidak memerlukan tindakan kateterisasi, karena memungkinkan akan membawa bahaya berupa infeksi. Buang Air Besar (BAB), dalam 24 jam pertama harus mampu buang air besar atau Defekasi (BAB) atau harus mampu dalam

3 hari postpartum. Karena semakin lama feses tertahan dalam usus maka akan semakin sulit baginya untuk buang air besar secara lancar. Pada proses persalinan pengeluaran cairan lebih banyak sehingga dapat mempengaruhi terjadinya konstipasi. Biasanya terjadi apabila penderita tidak BAB selama 2 hari sesudah persalinan, akan ditolong dengan pemberian spuit gliserin/diberikan obat-obatan. Namun bila 2-3 hari sesudah persalinan masih susah BAB, maka sebaiknya diberikan laksan atau parafin (1-2 hari postpartum), atau pada hari ke-3 diberi laksan suppositoria dan minum air hangat (Mertasari and Sugandini, 2020).

d. Personal Hygiene

Puting susu harus diperhatikan kebersihannya dan termasuk luka pecah harus segera diobati karena kerusakan puting susu dapat menimbulkan mastitis. Air susu yang kering akan menjadi kerak yang dapat merangsang kulit sehingga timbul enzema. Oleh sebab itu, sebaiknya puting susu dibersihkan dengan air yang telah dimasak, tiap kali sebelum dan sesudah menyusui bayi, diobati dengan salep. Pada Ibu nifas perlu diberitahu tentang cara mengganti pembalut, yaitu bagian dalam jangan sampai terkontaminasi oleh tangan. Cara memakainya yaitu dari depan ke belakang dan mengganti dua kali sehari atau terasa penuh diganti. Di bawah ini langkah-langkah penanganan kebersihan diri menurut Fitriani dan Wahyuni, (2021) sebagai berikut:

- 1) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh
- 2) Ajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ibu nifas paham dan mengerti untuk membersihkan daerah sekitar vulva terlebih dahulu dari depan ke belakang setelah itu dibersihkan daerah sekitar anus. Informasikan dengan baik kepada ibu untuk membersihkan vulva setiap kali setelah buang air kecil atau besar maupun pada saat mengganti pembalut.

- 3) Menganjurkan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya 2 kali sehari, atau kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik dan dikeringkan di bawah matahari atau disetrika.
 - 4) menganjurkan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.
 - 5) Apabila ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi anjurkan kepada ibu menghindari untuk menyentuh luka tersebut karena memungkinkan infeksi.
- e. Istirahat

Seorang ibu nifas baru akan merasa cemas yang muncul dalam pikirannya yaitu apakah dia mampu merawat anaknya atau tidak setelah melahirkan. Hal ini dapat mengakibatkan susah tidur, sehingga terjadi gangguan pola tidur karena beban kerja bertambah, ibu harus bangun malam untuk menyusui, mengganti popok yang sebelumnya, yang sebelum pernah dilakukan. Berikut hal-hal yang dapat dianjurkan pada ibu menurut Mertasari dan Sugandini, (2020) untuk mencegah cemas pada ibu nifas yaitu :

- 1) Beristirahat yang cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
- 2) Menganjurkan untuk kembali ke aktivitas sehari-hari yang tidak berat.

Menurut Fitriani dan Wahyuni, (2021) kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal, di antaranya adalah:

- 1) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi pada ibu.
- 2) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan.
- 3) Menyebabkan depresi akan ketidakmampuan dalam merawat bayi dan merawat dirinya sendiri.

f. Seksual

Pada ibu nifas liang vagina akan kembali dalam keadaan semula sebelum hamil dalam waktu 6-8 minggu. Secara fisik aman untuk melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti, dan ibu dapat mencoba memasukkan 1-2 jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan ibu tidak merasakan ketidaknyamanan, maka aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan pun ibu siap. Di masyarakat banyak budaya yang memiliki tradisi memulai hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 60 minggu setelah persalinan. Keputusan bergantung pada pasangan bersangkutan atau kesepakatan pasangan suami istri. Hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika luka episiotomi telah sembuh dan lochea telah berhenti. Perlu diperhatikan sebaiknya hubungan seksual dapat ditunda sedapat mungkin sampai 40 hari setelah persalinan (Mertasari and Sugandini, 2020).

g. Keluarga Berencana

Kontrasepsi berasal dari kata kontra mencegah atau melawan dan konsepsi yang berarti pertemuan antara sel telur yang matang dan sel sperma yang mengakibatkan kehamilan. Adapun tujuan dari kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur matang dengan sel sperma tersebut. Kontrasepsi yang cocok untuk ibu pada masa nifas antara lain Metode Amenorhea Laktasi (MAL), Pil progestin (mini pil), Suntikan progestin, Kontrasepsi implan dan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) (Fitriani and Wahyuni, 2021)

6. Tanda Bahaya Masa Nifas

a. Perdarahan

1) Definisi

Menurut Hilmiah *et al.*, (2023) Perdarahan post partum adalah perdarahan lebih dari 500 cc yang terjadi setelah bayi lahir

pervaginam atau lebih dari 1.000 ml setelah persalinan abdominal. Kondisi dalam persalinan menyebabkan kesulitan untuk menentukan jumlah perdarahan yang terjadi, maka batasan jumlah perdarahan disebutkan sebagai perdarahan yang lebih dari normal di mana telah menyebabkan perubahan tanda vital, antara lain pasien mengeluh lemah, limbung, berkeringat dingin, menggigil, hiperpnea, tekanan darah sistolik <90 mmHg, denyut nadi >100 x/menit, kadar Hb <8 g/dL.

2) Penyebab perdarahan

Menurut Hilmiah *et al.*, (2023) penyebab perdarahan post partum yaitu 50-60 persen disebabkan karena atonia uteri, 23-24 persen disebabkan karena sisa plasenta, 16-17 persen disebabkan karena retensi plasenta, 4-5 persen karena laserasi jalan lahir, dan 0,5-0,8 persen disebabkan karena kelainan darah.

b. Infeksi nifas

Infeksi nifas adalah semua peradangan yang disebabkan oleh kuman yang masuk ke dalam organ genital pada saat persalinan dan masa nifas. Infeksi nifas ditandai dengan kenaikan suhu sampai 38°C atau lebih selama 2 hari dalam 10 hari pertama pascapersalinan, dengan mengecualikan 24 jam pertama. Insidensi Infeksi nifas terjadi 13%. Infeksi jalan lahir 25-55% dari semua kasus infeksi. Penyebab Infeksi nifas dapat disebabkan oleh masuknya kuman ke dalam organ kandungan maupun kuman dari luar yang sering menyebabkan infeksi. Berdasarkan masuknya kuman ke dalam organ kandungan terbagi menjadi Eksogen (kuman datang dari luar), Autogen (kuman dari tempat lain), Endogen (kuman dari jalan lahir sendiri) (Indrayani *et al.*, 2024).

c. Sakit kepala, nyeri epigastrik, dan penglihatan kabur

Wanita yang baru melahirkan sering mengeluh sakit kepala hebat atau penglihatan kabur. Gejala-gejala ini meruakan tanda-tanda

terjadinya eklampsia post partum, bila disertai dengan tekanan darah yang tinggi. Berikut penanganannya menurut Indrayani *et al.*, (2024) :

- 1) Jika ibu sadar, periksa nadi, tekanan darah, pernapasan
- 2) Jika ibu tidak bernapas; periksa lakukan ventilasi dengan masker dan balon. Jika pernapasan dangkal periksa dan bebaskan jalan napas dan beri oksigen 4-6 liter per menit
- 3) Jika pasien tidak sadar/koma; bebaskan jalan napas, baringkan pada sisi kiri, ukur suhu, periksa apakah ada kaku tengkuk.

d. Demam, muntah, rasa sakit ketika berkemih

Berikut tanda dan gejala yang sering dikeluhkan ibu menurut Hilmiah *et al.*, (2023) :

- 1) Sakit kepala
- 2) Nyeri di daerah perut atas samping
- 3) Penglihatan kabur
- 4) Mual, bahkan sampai muntah
- 5) Tekanan darah meningkat (lebih dari normal)
- 6) Kenaikan berat badan yang drastis sejak kehamilan
- 7) Kedua kaki bengkak.

e. Payudara yang berubah menjadi merah, panas dan terasa sakit

Payudara bengkak yang tidak disusu secara adekuat dapat menyebabkan payudara menjadi merah, panas, terasa sakit, akhirnya terjadi mastitis. Puting lecet akan memudahkan masuknya kuman dan terjadinya payudara bengkak. BH yang terlalu ketat mengakibatkan engorgement segmental. Kalau tidak disusu dengan adekuat, bisa terjadi mastitis. Berikut gejala dan penatalaksanaan menurut Hilmiah *et al.*, (2023):

- 1) Gejala : engkang, nyeri seluruh payudara/nyeri lokal, kemerahan pada seluruh payudara atau hanya lokal, payudara keras dan berbenjol (merongkol), panas badan dan rasa sakit umum.

2) Penatalaksanaan

- a) Menyusui diteruskan. Pertama bayi disusukan pada payudara yang terkena edema dan sesering mungkin, agar payudara kosong kemudian pada payudara yang normal.
- b) Berilah kompres panas, bisa menggunakan shower hangat atau lap basah panas pada payudara yang terkena.
- c) Ubahlah posisi menyusui dari waktu ke waktu, yaitu dengan posisi tiduran, duduk atau posisi memegang bola.
- d) Pakailah baju/BH yang longgar
- e) Istirahat yang cukup, makanan yang bergizi
- f) Banyak minum sekitar 2 liter per hari.

f. Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama

Kelelahan yang amat berat setelah persalinan dapat mengganggu nafsu makan, sehingga ibu tidak ingin makan sampai kelelahan itu hilang. Hendaknya setelah bersalin berikan ibu minuman hangat, susu, kopi atau teh yang bergula untuk mengembalikan tenaga yang hilang. Berikanlah makanan yang sifatnya ringan, karena alat pencernaan perlu istirahat guna memulihkan keadaannya kembali (Indrayani *et al.*, 2024).

g. Rasa sakit, merah, lunak dan pembengkakan di kaki

Selama masa nifas dapat terbentuk thrombus sementara pada vena-vena mana pun di pelvis yang mengalami dilatasi (Hilmiah *et al.*, 2023).

h. Merasa sedih atau merasa tidak mampu mengasuh dirinya sendiri dan bayinya

Penyebabnya adalah kekecewaan emosional bercampur rasa takut yang dialami kebanyakan wanita hamil dan melahirkan, rasa nyeri pada awal masa nifas kelelahan akibat kurang tidur selama persalinan dan setelah melahirkan, kecemasan akan kemampuannya untuk merawat bayinya setelah meninggalkan rumah sakit, ketakutan akan menjadi tidak menarik lagi (Indrayani *et al.*, 2024).

7. Jadwal Kunjungan Nifas

Jadwal kunjungan masa nifas dan asuhan yang diberikan menurut Wijayanti, Adhianata, *et al.*, (2023) sebagai berikut:

a. Kunjungan Nifas Pertama (KF 1)

KF 1 dilakukan pada 6 jam-2 hari setelah melahirkan. Pada kunjungan nifas dilakukan pemeriksaan TTV, perdarahan, cairan yang keluar dari vagina, KIE tentang ASI eksklusif, pelayanan KB pasca salin, pemberian tablet tambah darah dan vitamin A. Pentingnya pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas:

- 1) 1 kapsul vitamin A merah dapat meningkatkan kandungan vitamin A dalam ASI selama 60 hari.
- 2) 2 kapsul vitamin A merah, meningkatkan kandungan vitamin A pada ASI sampai bayi berusia 6 bulan.
- 3) Kondisi ibu membaik dengan cepat setelah melahirkan.
- 4) Dapat mencegah infeksi.

b. Kunjungan Nifas Kedua (KF 2)

Dilakukan pada nifas hari ke 3 hingga 7. Pada kunjungan ini dilakukan pemeriksaan involusi uterus, TFU, kontraksi uterus, perdarahan, suhu, tanda-tanda infeksi, dan memberikan konseling tentang nutrisi, istirahat, cara menyusui bayinya dengan baik, serta perawatan bayi baru lahir.

c. Kunjungan Nifas Ketiga (KF3)

KF 3 dilaksanakan pada nifas hari ke-28. Pada kunjungan ini dilakukan pemeriksaan involusi uterus, TFU, kontraksi uterus, perdarahan, suhu, tanda-tanda infeksi, dan memberikan konseling tentang nutrisi, istirahat, cara menyusui bayinya dengan baik, serta perawatan bayi baru lahir.

d. Kunjungan Nifas Keempat (KF4)

Dilakukan pada hari ke 29-40. Pada kunjungan ini, ditanyakan tentang keluhan atau penyulit yang dialami selama masa nifas, serta memberikan konseling tentang KB.

E. Konsep Dasar Keluarga Berencana

1. Pengertian

Menurut WHO (1970) yang dikutip dalam Abdullah *et al.*, (2024) keluarga berencana adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk mendapatkan objek tertentu, yaitu: menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval di antara kehamilan, menentukan jumlah anak dalam keluarga. Keluarga berencana adalah suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah anak dan jarak kehamilan dengan memakai kontrasepsi. Menurut Depkes RI 1996 keluarga berencana adalah suatu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan jalan memberikan nasihat perkawinan, pengobatan kemandulan, dan penjarangan kelahiran..

KB pasca persalinan merupakan upaya pencegahan kehamilan dengan menggunakan alat dan obat kontrasepsi segera setelah melahirkan sampai dengan 42 hari/ 6 minggu setelah melahirkan (Winarningsih, Sunarni, *et al.*, 2024).

Secara umum KB dapat diartikan sebagai suatu usaha yang mengatur banyaknya kehamilan sedemikian rupa sehingga berdampak positif bagi ibu, ayah serta keluarganya yang bersangkutan tidak menimbulkan kerugian sebagai akibat langsung dari kehamilan tersebut.

2. Tujuan Keluarga Berencana

Tujuan umum dilaksanakannya program KB adalah untuk mengontrol kelahiran dan pertumbuhan penduduk sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan keluarga khususnya ibu dan anak dalam mewujudkan norma keluarga kecil bahagia dan sejahtera. Menurut Suryaningsih dan Sukriani, (2023) secara khusus, kebijakan program KB bertujuan untuk:

- a. Mengatur kehamilan yang diinginkan
- b. Meningkatkan usaha perencanaan kelahiran anak, jarak, dan usia ideal untuk melahirkan
- c. Menjaga kesehatan dan menurunkan angka kematian ibu, bayi, dan anak

- d. Meningkatkan akses dan kualitas informasi, pendidikan, konseling, dan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi
 - e. Meningkatkan partisipasi dan keikutsertaan pria dalam menjalankan praktik Keluarga Berencana
 - f. Meningkatkan kualitas penduduk.
3. Sasaran keluarga Berencana

Sasaran Keluarga Berencana Sasaran Program KB adalah pasangan usia subur dan wanita usia subur dalam upaya mencegah kehamilan yang tidak diinginkan dan menurunkan tingkat kelahiran dengan penggunaan metode kontrasepsi (Suryaningsih and Sukriani, 2023).

4. Jenis-jenis Kontrasepsi Rasional

Program keluarga berencana berfokus pada penurunan angka kelahiran, oleh karena itu diperlukan suatu konsep yang jelas agar kebijakan berjalan dengan baik salah satunya dengan men ²gkategorikan tiga fase dalam pemakaian kontrasepsi yakni fase menunda kehamilan, fase menjarangkan kehamilan dan fase menghentikan kehamilan menurut Wulandari *et al.*, (2023) :

a. Menunda Kehamilan (Usia <20 th)

Fase ini umum digunakan oleh pasangan muda atau wanita usia subur yang belum ingin memiliki anak dalam waktu dekat. Jenis kontrasepsi rasional:

1) Pil Kombinasi (estrogen + progestin)

- a) Cara mengonsumsi : Diminum setiap hari, biasanya dimulai pada hari ke-1 sampai ke-5 siklus haid.
- b) Indikasi : Cocok untuk wanita muda dengan siklus haid teratur, tidak menyusui, dan ingin kontrasepsi yang reversible.
- c) Kontraindikasi: Riwayat penyakit tromboemboli, hipertensi tidak terkontrol, migrain berat, perokok usia >35 tahun, kanker payudara.
- d) Efek samping umum: Mual, sakit kepala, perubahan suasana hati, peningkatan berat badan, bercak di antara haid.

2) Kondom (pria/wanita)

- a) Cara pasang : Dipakai sebelum melakukan hubungan seksual, menutupi penis (kondom pria) atau dimasukkan ke vagina (kondom wanita).
- b) Indikasi : Pasangan muda, ingin mencegah kehamilan sekaligus infeksi menular seksual (IMS).
- c) Kontraindikasi : Alergi terhadap lateks (untuk kondom lateks).

3) Suntik KB (bulanan atau triwulan)

- a) Cara pasang: Disuntikkan di lengan atas atau bokong oleh tenaga medis.
- b) Indikasi: Cocok untuk wanita yang tidak ingin repot minum pil setiap hari.
- c) Kontraindikasi: Hipertensi tidak terkontrol, perdarahan vagina yang belum diketahui penyebabnya.
- d) Efek samping: Gangguan siklus menstruasi (berhenti haid atau haid tidak teratur), peningkatan berat badan, sakit kepala, penurunan kepadatan tulang (jika digunakan jangka panjang).

b. Menjarangkan Kehamilan (Usia 20-35 tahun)

Fase ini ditujukan bagi pasangan yang telah memiliki anak dan ingin memberi jarak antar kehamilan.

1) IUD (Intrauterine Device)

- a) Cara pasang: Dimasukkan ke dalam rahim oleh tenaga kesehatan, bisa setelah melahirkan atau saat menstruasi.
- b) Indikasi: Wanita yang menginginkan kontrasepsi jangka panjang (5–10 tahun) dan reversible.
- c) Kontraindikasi: Infeksi panggul, kehamilan yang belum diketahui, perdarahan abnormal, kanker rahim atau serviks.
- d) Efek Samping: Haid lebih banyak dan lebih nyeri di awal penggunaan, kram perut.

2) Implan

- a) Cara pasang: pemasangan pada area lengan atas bagian dalam (biasanya lengan non-dominan) dengan dibersihkan terlebih dahulu menggunakan antiseptik. Anestesi lokal disuntikkan di area pemasangan untuk menghilangkan rasa nyeri. Setelah terasa kebas, dua batang implan dimasukkan ke bawah kulit sejajar permukaan kulit, namun dengan posisi batang yang sedikit menyebar membentuk huruf V (agar kedua batang implan tidak saling tumpang tindih dan mudah diraba setelah pemasangan), setelah kedua batang terpasang dengan benar, alat pemasang dilepas secara hati-hati. Area pemasangan diperiksa untuk memastikan tidak terjadi perdarahan atau hematoma. Bekas tusukan ditutup dengan plester steril, dan pasien diminta menekan area tersebut untuk mencegah perdarahan.
- b) Pasien diberikan edukasi tentang perawatan area pemasangan yaitu harus tetap bersih dan kering, tanda-tanda komplikasi seperti kemerahan, bengkak, atau nyeri yang berlebihan, serta jadwal kontrol. Pemasangan KB implan 2 batang ini memberikan kontrasepsi efektif hingga 3 tahun dan prosedurnya relatif cepat dan aman.
- c) Indikasi: Untuk wanita yang ingin kontrasepsi jangka panjang dan belum ingin anak lagi dalam waktu dekat.
- d) Kontraindikasi: Pemasangan KB implan tidak boleh dilakukan pada wanita yang sedang hamil, atau memiliki infeksi aktif di area pemasangan, gangguan hati berat, riwayat tromboemboli berat, kanker payudara aktif, dan alergi terhadap bahan implan. Oleh karena itu, pemeriksaan dan skrining yang teliti sangat penting sebelum melakukan pemasangan implan..
- e) Efek samping: Perubahan pola menstruasi (berhenti, lebih sering, atau tidak teratur), sakit kepala, perawat, berat badan naik, perubahan suasana hati.

3) Pil

- a) Cara pasang: Diminum setiap hari tanpa jeda.
- b) Indikasi: Ibu menyusui, wanita yang tidak bisa menggunakan estrogen.
- c) Kontraindikasi: Perdarahan vagina yang tidak diketahui penyebabnya, tumor hati.

4) Suntik KB

- a) Cara pasang: disuntikkan di area bokong tepatnya pada bagian 1/3 bagian atas luar otot gluteus.
- b) Indikasi: Menjarangkan kehamilan dengan jeda 1–2 tahun.
- c) Efek samping: Gangguan siklus menstruasi (berhenti haid atau haid tidak teratur), peningkatan berat badan, sakit kepala, penurunan kepadatan tulang (jika digunakan jangka panjang).

c. Mengakhiri Kehamilan (Usia >35 tahun)

Fase ini untuk pasangan yang sudah yakin tidak ingin menambah jumlah anak lagi.

1) Vasektomi (untuk pria)

- a) Cara pasang: Pemotongan saluran sperma melalui prosedur bedah kecil.
- b) Indikasi: Pria dengan jumlah anak cukup dan tidak ingin memiliki anak lagi.
- c) Kontraindikasi: Infeksi genital aktif, keraguan terhadap keputusan permanen.

2) Tubektomi (untuk wanita)

- a) Cara pasang: Pemotongan atau pengikatan saluran tuba falopi, bisa dilakukan bersamaan dengan operasi caesar atau tindakan bedah terpisah.
- b) Indikasi: Wanita yang yakin tidak ingin hamil lagi, terutama setelah melahirkan.
- c) Kontraindikasi: Penyakit sistemik berat yang tidak stabil, infeksi panggul, keraguan terhadap keputusannya.

F. Pendokumentasian Menggunakan Metode 7 Langkah Varney

Sejarah terbentuknya manajemen kebidanan bermula sejak Varney menciptakan strategi ataupun metode dalam penyelesaian masalah yang disebutkannya pada bukunya. Adapun metode itu adalah 5 langkah manajemen kebidanan menurut Varney (1981), diantaranya yaitu identifikasi dan analisis masalah, diagnose kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Varney menjelaskan bahwa seorang bidan harus kritis untuk mengantisipasi diagnosis atau masalah potensial sehingga lebih dalam untuk menentukan diagnosis dan masalah potensial yang muncul pada klien, ini sebabnya Varney menambahkan mengidentifikasi diagnosis dan masalah potensial pada langkah III. Setelah bidan mampu untuk menentukan diagnosis dan masalah potensial, selanjutnya bidan diharapkan untuk mampu mendeteksi dini dalam proses manajemen yang tertuang pada langkah ke IV sehingga apabila klien membutuhkan tindakan segera atau kolaborasi, konsultasi bahkan rujukan, segera dapat dilaksanakan. Pada tahun 1997, Hellen Varney kembali menyempurnakan manajemen kebidanan dengan menambahkan dua komponen pada langkah manajemen kebidanan sehingga menjadi 7 langkah manajemen kebidanan (Zulfiana *et al.*, 2022).

Beikut adalah uraian mengenai 7 langkah varney yang dikutip dalam Awang, (2022) :

1. Langkah pertama adalah pengumpulan data dasar yang lengkap untuk evaluasi pasien. Data dasar ini meliputi:
 - a. Riwayat meliputi: Penyakit baik fisik dan jiwa, haid, obstetrik, ginekologi, seksual, kontrasepsi, hormon, mencuci vagina.
 - b. Pemeriksaan fisik umum: head to toe/kepala sampai kaki secara sistematis pemeriksaan khusus atau obstetrik meliputi: inspeksi, palpasi menurut leopold 1-IV, auskultasi, dan perkusi. Pemeriksaan panggul sesuai indikasi.
 - c. Memeriksa keadaan saat ini atau riwayat catatan rumah sakit.
 - d. Pemeriksaan laboratorium: darah hemoglobin, hematokrit, urine reduksi/protein USG, rontgen sesuai indikasi kebutuhan klien.

- e. Semua informasi terkait diperoleh dari semua sumber (klien/ pasien, keluarga dan petugas).
 - f. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap tentang pasien termasuk komplikasi, yang perlu dipresentasikan kepada dokter konsultan untuk manajemen kolaboratif, sehingga terkadang bidan perlu memulai dengan langkah 4 manajemen kebidanan Varney yaitu menilai kebutuhan atau tindakan segera yang diperlukan pasien untuk dikonsultasikan/ dikolaborasikan dengan dokter.
2. Langkah kedua: Interpretasi data dasar untuk menentukan diagnosa atau masalah yang diidentifikasi secara khusus. Kata diagnosa dan masalah sama-sama digunakan, karena beberapa masalah tidak dapat didefinisikan sebagai diagnosa tetapi perlu dipertimbangkan dalam mengembangkan rencana asuhan yang komprehensif untuk pasien. Masalah sering terkait dengan bagaimana perempuan mengalami fakta diagnosanya dan sering diidentifikasi secara fokus oleh bidan pada pasien/individu yang mengalami. Masalah adalah hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosa.
 3. Langkah ketiga: Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial lainnya berdasarkan rangkaian diagnosa dan masalah saat ini, meliputi antisipasi atau pencegahan bila memungkinkan, persiapan yang cermat untuk segala kemungkinan dan langkah ini sangat penting untuk perawatan diri. Bidan dituntut mampu mengantisipasi masalah potensial. Tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah potensial tidak terjadi.
 4. Langkah keempat: Mencerminkan sifat berkelanjutan dari proses manajemen tidak hanya selama asuhan primer berkala atau kunjungan prenatal tetapi selama bidan terus-menerus bersama perempuan, seperti saat dia bersalin. Data baru terus-menerus diperoleh dan dievaluasi.

Beberapa data menunjukkan situasi darurat di mana bidan harus segera bertindak untuk kepentingan hidup ibu atau bayi.

5. Langkah kelima: Mengembangkan rencana asuhan yang komprehensif ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Hal ini harus sesuai dengan hasil identifikasi dan antisipasi diagnosa/ masalah saat ini berdasarkan data dasar yang telah dikumpulkan. Rencana asuhan yang komprehensif tidak hanya mencakup apa yang ditunjukkan oleh kondisi pasien dan masalah terkait, tetapi juga menguraikan panduan antisipasi bagi Perempuan tentang apa yang diharapkan selanjutnya, pendidikan kesehatan dan konseling pasien serta rujukan yang diperlukan meliputi aspek sosial, ekonomi, agama, keluarga, masalah budaya, atau psikologis. Suatu rencana asuhan harus disepakati bersama antara bidan dan Perempuan agar efektif, karena perempuanlah yang pada akhirnya akan atau tidak akan melaksanakan rencana tersebut. Semua keputusan yang dibuat dalam mengembangkan rencana asuhan yang komprehensif harus mencerminkan alasan yang valid berdasarkan pengetahuan teoretis yang relevan, tepat, dan terkini serta asumsi yang valid tentang apa yang akan atau tidak akan dilakukan oleh perempuan tersebut. Tindakan yang akan dilakukan merupakan keputusan yang rasional yang nyata berdasarkan hasil dari ilmu pengetahuan dan *evidence based* yang telah terbukti.
6. Langkah keenam: Apakah implementasi rencana asuhan yang komprehensif? Ini dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan/atau sebagian oleh perempuan, bidan, atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukannya sendiri, ia memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Implementasi yang efisien memangkas waktu dan biaya serta meningkatkan kualitas asuhan.
7. Langkah ketujuh/langkah terakhir. Evaluasi sebenarnya adalah salah satu pemeriksaan apakah rencana asuhan yang meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan memang memenuhi kebutuhan akan bantuan yang telah diidentifikasi dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut

dianggap efektif jika berhasil, tidak efektif jika tidak. Memersepsikan proses manajemen sebagai suatu proses yang kontinyu. Sangat penting untuk mendaur ulang kembali asuhan yang tidak efektif melalui proses manajemen untuk mengidentifikasi mengapa hal itu tidak efektif dan untuk menyesuaikan rencana asuhan yang sesuai.

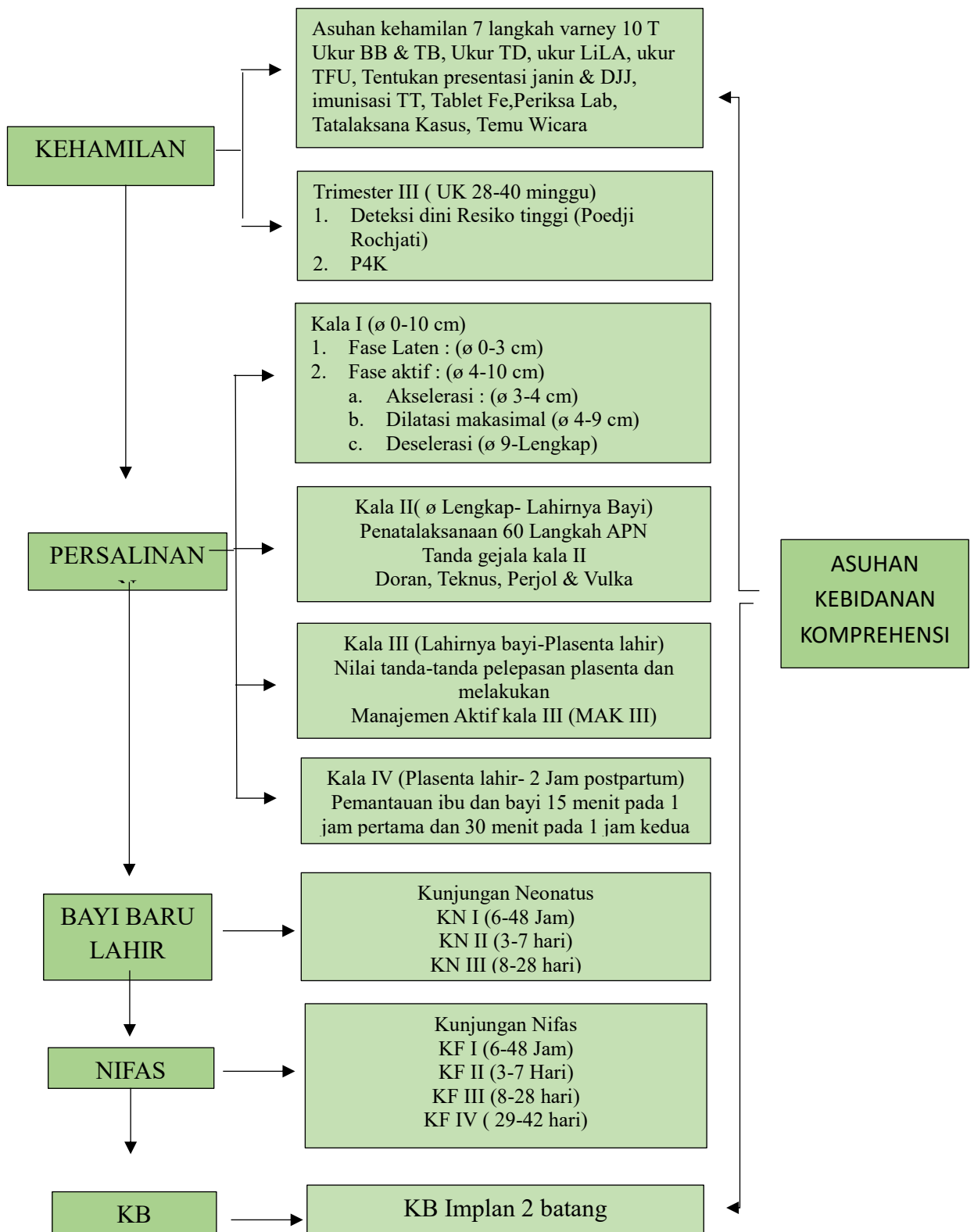
G. Pendokumentasian Menggunakan Metode SOAP

Menurut Thomas (1994) dalam Meikawati (2022), dokumentasi adalah catatan tentang interaksi antara tenaga kesehatan, pasien, keluarga pasien dan tim kesehatan tentang hasil pemeriksaan, prosedur tindakan, pengobatan pada pasien, pendidikan pasien, dan respon pasien terhadap semua asuhan yang telah diberikan. Pendokumentasian kebidanan dapat diterapkan dengan metode SOAP. SOAP merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis, dan singkat. Prinsip dari metode SOAP ini merupakan proses pemikiran Penatalaksanaan manajemen kebidanan.

Berikut adalah sistem pendokumentasian SOAP menurut Awang, (2022) :

1. Subjektif; Pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis. Berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien (ekspresi mengenai kekhawatiran dan keluhannya).
2. Objektif: Pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnostik lain. Informasi dari keluarga atau orang lain.
3. Assessment; Pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) data subjektif dan data objektif.
4. Penatalaksanaan ; Pendokumentasian tindakan dan evaluasi meliputi: asuhan mandiri, kolaborasi konsultasi, tes diagnostik/ laboratorium, konseling, dan tindakan.

H. Kerangka Pikir



Gambar 2. 2 Perubahan Uterus selama Postpartum TFU.