

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan

2.1.1 Pengertian Kehamilan

Asuhan kehamilan merupakan pelayanan kebidanan yang diberikan kepada ibu selama masa gestasi dengan mengacu pada standar pelayanan *Antenatal Care* (ANC). Kehamilan adalah proses alami dan fisiologis yang dialami oleh perempuan. Perubahan tubuh yang terjadi selama kehamilan normal umumnya bersifat adaptif dan fisiologis, bukan suatu kondisi patologis. Oleh karena itu, pemberian asuhan kebidanan berfokus pada pendekatan yang tepat serta meminimalkan intervensi medis yang tidak diperlukan. Perubahan-perubahan yang menyertai masa prenatal merupakan bentuk penyesuaian tubuh terhadap kehamilan sekaligus persiapan fisik menuju proses persalinan dan nifas. Kehamilan itu sendiri dimulai dari proses fertilisasi hingga lahirnya janin. Pada tahap awal, tanda-tanda kehamilan sering kali mirip dengan gejala menstruasi, seperti payudara membesar, timbulnya flek (*spotting*), dan kram perut. Ketidakhayalan ibu terhadap tanda-tanda awal ini dapat berisiko menyebabkan ibu tidak menyesuaikan pola hidup harian, yang berpotensi membahayakan keselamatan kehamilannya (Rahmah, 2022).

2.1.2 Perubahan Fisiologi Kehamilan

a. Perubahan Uterus

Pada awal kehamilan, pembesaran dan penebalan uterus terjadi akibat pengaruh hormon estrogen serta progesteron. Sejak trimester pertama, uterus mulai mengalami kontraksi ringan yang bersifat tidak teratur dan tidak menimbulkan rasa nyeri. Pertumbuhan uterus yang tidak merata akibat pengaruh lokasi implantasi plasenta menyebabkan munculnya tanda Piskacek. Seiring bertambahnya usia kehamilan, bentuk uterus mengalami perubahan, yaitu berbentuk seperti buah alpukat pada awal kehamilan, menjadi bulat pada usia sekitar 12 minggu, kemudian berubah menjadi bentuk lonjong menjelang persalinan.

Pada usia kehamilan 4–5 bulan, uterus mulai teraba berisi cairan ketuban dengan dinding yang semakin menipis. Perkembangan uterus juga dapat dinilai melalui perubahan tinggi fundus uteri (TFU), yaitu pada usia 16 minggu berada di antara simpisis dan pusat, usia 20 minggu berada di bawah pusat, dan usia 24 minggu mencapai setinggi pusat. Menjelang akhir kehamilan, ismus uteri berkembang menjadi segmen bawah rahim yang mengalami penipisan dan pelebaran, serta terbentuk lingkaran retraksi fisiologis akibat aktivitas kontraksi otot uterus (Kasmiati, 2023).

Tabel 2.1 Tinggi Fundus Uteri

Usia (Minggu)	Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
12		3 jari di atas simfisis
16		Pertengahan antara simfisis dan pusat
20		3 Jari di bawah pusat
24		Setinggi pusat
28		3 jari di atas pusat
32		Pertengahan antara pusat-prosesus xiphoideus
36		3 jari di bawah prosesus xiphoideus
40		Pertengahan pusat proseus xiphoideus

Sumber: (Kasmiati, 2023)

b. Perubahan Ovarium

Pada masa kehamilan, proses ovulasi terhenti sehingga pematangan folikel baru tidak terjadi. Pada ovarium hanya ditemukan satu korpus luteum graviditatis yang berperan penting dalam mempertahankan kehamilan pada awal masa gestasi. Korpus luteum ini berfungsi secara optimal selama 6–7 minggu pertama kehamilan untuk menghasilkan hormon progesteron sebelum perannya digantikan oleh plasenta. Setelah itu, fungsi hormonal secara bertahap akan diambil alih oleh plasenta yang mulai memproduksi hormon estrogen dan progesteron dalam jumlah yang lebih besar untuk mendukung perkembangan kehamilan. Dengan demikian, selama kehamilan

berlangsung, ovulasi tetap terhenti dan produksi hormon reproduksi terutama dikendalikan oleh plasenta (Thaariq & Keb, 2023).

c. Perubahan Serviks

Selama kehamilan, serviks mengalami perubahan berupa menjadi lebih lunak dan berwarna kebiruan akibat peningkatan aliran darah serta perubahan jaringan kolagen. Pelunakan serviks disebut tanda Goodell, sedangkan perubahan warna kebiruan disebut tanda Chadwick. Peningkatan cairan mukus juga terjadi akibat pembesaran kelenjar serviks. Menjelang persalinan, hormon prostaglandin membantu proses pelunakan dan pematangan serviks sehingga lebih mudah membuka saat persalinan (Thaariq & Keb, 2023).

d. Perubahan Vagina

Selama kehamilan, vagina mengalami peningkatan aliran darah (hipervaskularisasi) yang menyebabkan warnanya berubah menjadi kebiruan atau keunguan, sebuah fenomena klinis yang dikenal sebagai tanda Chadwick. Selain itu, terjadi peningkatan sekresi vagina dan perubahan keasaman (pH menjadi lebih asam, berkisar 3,5–4,5) akibat pengaruh hormon estrogen dan aktivitas *Lactobacillus*. Kondisi lingkungan yang kaya glikogen ini membuat ibu hamil lebih rentan terhadap infeksi, khususnya infeksi jamur (*Candidiasis*). Peningkatan vaskularisasi juga meningkatkan sensitivitas pada area genital, yang pada sebagian ibu dapat meningkatkan gairah seksual, terutama pada trimester kedua kehamilan (Izah & Maria, 2025)

e. Perubahan payudara

Selama kehamilan, hormon estrogen berperan dalam merangsang perkembangan saluran air susu, sedangkan progesteron membantu meningkatkan jumlah sel asinus pada payudara. Hormon laktogenik plasenta juga mendukung pertumbuhan jaringan payudara dan pembentukan kolostrum. Akibat perubahan hormonal, payudara mengalami pembesaran, menjadi lebih tegang, terjadi hiperpigmentasi pada areola, pembesaran kelenjar Montgomery, serta puting susu menjadi lebih besar dan menonjol. Pada trimester III, payudara mulai menghasilkan kolostrum berupa cairan berwarna putih kekuningan sebagai persiapan menyusui (Izah & Maria, 2025).

f. Perubahan Sistem Endokrin

Sistem endokrin memegang peranan krusial dalam meregulasi hormon-hormon yang mendukung keberlangsungan kehamilan serta tumbuh kembang janin. Selama masa gestasi, terjadi peningkatan sekresi hormon-hormon utama seperti estrogen, progesteron, prolaktin, dan oksitosin. Hormon-hormon ini bekerja secara sinergis dalam mempertahankan kelangsungan kehamilan, memfasilitasi adaptasi maternal, serta menyiapkan tubuh ibu untuk proses laktasi. Kelenjar hipofisis dan tiroid mengalami pembesaran akibat peningkatan aktivitas hormonal, sedangkan hormon paratiroid menyesuaikan untuk memenuhi kebutuhan kalsium janin. Perubahan hormon juga dapat memengaruhi kondisi psikologis ibu, seperti munculnya rasa cemas, mudah marah, dan perubahan emosi akibat peningkatan hormon estrogen dan progesteron (Hutabarat et al., 2022).

Perubahan hormon utama selama kehamilan meliputi:

1. Progesteron

Progesteron awalnya diproduksi oleh korpus luteum kemudian dilanjutkan oleh plasenta. Hormon ini berfungsi mempertahankan kehamilan dengan menyebabkan relaksasi otot polos dan mencegah kontraksi uterus sebelum waktunya.

2. Estrogen

Estrogen diproduksi oleh ovarium dan plasenta. Hormon ini berperan dalam pertumbuhan payudara, peningkatan elastisitas jaringan, serta membantu persiapan serviks menjelang persalinan.

3. Human Chorionic Gonadotropin (HCG)

HCG diproduksi sejak awal kehamilan oleh trofoblas dan plasenta. Hormon ini berperan mempertahankan korpus luteum pada awal kehamilan dan dapat digunakan sebagai salah satu indikator adanya gangguan kehamilan.

4. Hormon

Hipofisis

Selama kehamilan, kadar FSH dan LH menurun, sedangkan prolaktin meningkat untuk mempersiapkan produksi ASI. Setelah persalinan, rangsangan hisapan bayi akan meningkatkan kembali produksi prolaktin untuk mendukung laktasi (Thaariq & Keb, 2023).

g. Perubahan Sistem Kekebalan

Pada kehamilan terjadi perubahan sistem imun untuk menyesuaikan kebutuhan ibu dan janin. Peningkatan kadar limfosit dan pembentukan imunoglobulin membantu memberikan perlindungan terhadap infeksi. Imunoglobulin G (IgG) dapat melewati plasenta sehingga memberikan kekebalan pasif kepada bayi, sedangkan IgA dan IgM berperan dalam sistem pertahanan tubuh ibu dan bayi (Izah & Maria, 2025).

h. Perubahan Sistem Pernapasan

Selama kehamilan, kebutuhan oksigen meningkat sehingga ibu bernapas lebih dalam. Pembesaran uterus menyebabkan diafragma terdorong ke atas sehingga ibu sering mengalami keluhan sesak napas terutama trimester III. Peningkatan hormon estrogen juga menyebabkan pembuluh darah saluran pernapasan membesar sehingga dapat menyebabkan hidung tersumbat, mimisan, atau perubahan suara (Haris & Lidya, 2023).

i. Perubahan Sistem Perkemihan

Peningkatan hormon estrogen dan progesteron pada masa kehamilan menyebabkan dilatasi ureter serta penurunan tonus otot pada saluran kemih. Peningkatan laju filtrasi dan aliran darah ke ginjal mengakibatkan frekuensi buang air kecil (BAK) meningkat. Kondisi ini umumnya dirasakan lebih dominan pada trimester I dan III akibat adanya penekanan mekanis oleh uterus yang membesar terhadap kandung kemih (Izah & Maria, 2025).

j. Perubahan Sistem Pencernaan

Peningkatan kadar hormon estrogen dan *Human Chorionic Gonadotropin* (hCG) pada awal masa gestasi memicu timbulnya keluhan mual dan muntah (*morning sickness*). Selain pengaruh hormonal, penurunan motilitas saluran cerna menyebabkan pengosongan lambung melambat sehingga ibu hamil kerap mengeluhkan kembung dan konstipasi. Memasuki trimester akhir, peningkatan tekanan pada pembuluh darah vena di area panggul akibat pembesaran uterus berisiko memicu terjadinya hemoroid. Memasuki trimester II, keluhan mual dan muntah umumnya mulai mereda seiring menstabilnya kadar hCG, sehingga nafsu makan ibu kembali meningkat (Haris & Lidya, 2023).

k. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Selama kehamilan, terjadi peningkatan volume darah (hipervolemia) dan curah jantung (cardiac output) guna memenuhi kebutuhan metabolisme ibu serta pertumbuhan janin. Pembesaran uterus seiring bertambahnya usia kehamilan dapat menekan vena cava inferior, terutama saat ibu berada dalam posisi terlentang. Penekanan ini menghambat aliran balik darah ke jantung (venous return), yang berpotensi memicu timbulnya edema pada ekstremitas bawah serta fenomena supine hypotensive syndrome (Thaariq & Keb, 2023).

l. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Pertumbuhan janin dan pembesaran uterus menyebabkan perubahan postur tubuh ibu hamil. Pusat gravitasi bergeser sehingga terjadi peningkatan lengkung tulang belakang (lordosis) yang dapat menyebabkan nyeri punggung dan ketidaknyamanan pada trimester III (Thaariq & Keb, 2023).

m. Perubahan Metabolisme

Kehamilan menyebabkan peningkatan metabolisme tubuh untuk mendukung pertumbuhan janin. Penambahan berat badan terjadi akibat perkembangan janin, pembesaran uterus, peningkatan volume darah, cairan tubuh, serta penyimpanan lemak dan protein sebagai cadangan energi ibu (Thaariq & Keb, 2023).

2.1.3 Standar Asuhan Kehamilan

a. Kunjungan ANC

Pelayanan Antenatal Care (ANC) direkomendasikan dilakukan minimal 6 kali selama masa kehamilan (Izah & Maria, 2025). Pada trimester pertama (usia kehamilan 0–13 minggu), pemeriksaan dilaksanakan sebanyak dua kali. Kunjungan pertama berfokus pada penegakan diagnosis kehamilan, penentuan usia kehamilan dan taksiran persalinan (TP), pemeriksaan fisik menyeluruh, pemeriksaan laboratorium dasar, serta pemberian edukasi mengenai nutrisi, pola istirahat, dan tanda bahaya kehamilan. Sementara itu, kunjungan kedua bertujuan untuk memantau adaptasi fisiologis ibu, mengevaluasi keluhan subjektif seperti mual dan muntah, memantau kenaikan berat badan, serta melanjutkan edukasi kesehatan termasuk pentingnya suplementasi Tablet Tambah Darah (TTD).

Pada trimester kedua (usia kehamilan 14–27 minggu), pemeriksaan ANC dilakukan minimal satu kali. Kunjungan ini berfokus pada pemantauan pertumbuhan serta perkembangan janin melalui pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU) dan pemeriksaan Denyut Jantung Janin (DJJ), disertai deteksi dini komplikasi kehamilan seperti anemia dan hipertensi. Di samping itu, ibu mendapatkan edukasi mengenai pemantauan pergerakan janin, persiapan laktasi/menyusui, serta pengenalan tanda-tanda bahaya pada kehamilan trimester kedua.

Pada trimester ketiga (usia kehamilan 28–40 minggu), kunjungan ANC dilakukan sebanyak tiga kali (kunjungan ke-4, ke-5, dan ke-6). Kunjungan keempat bertujuan untuk memantau pertumbuhan dan presentasi janin serta mengevaluasi kondisi umum ibu, termasuk pemeriksaan tekanan darah dan deteksi edema. Kunjungan kelima difokuskan untuk memastikan kembali posisi dan kesesuaian bagian terdepan janin untuk persalinan (*presentasi dan penyesuaian panggul*), menilai kesejahteraan janin, serta memberikan edukasi terkait tanda-tanda awal persalinan dan waktu yang tepat untuk datang ke fasilitas kesehatan. Selanjutnya, kunjungan keenam (terakhir) dilaksanakan menjelang taksiran persalinan guna mengevaluasi kondisi akhir maternal-neonatal serta mematangkan perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K), mencakup kesiapan tempat persalinan, pendamping, hingga persiapan perawatan bayi baru lahir. Pelaksanaan kunjungan ANC secara teratur dan berkala ini

sangat penting untuk menjamin kehamilan berlangsung aman serta persalinan dapat berjalan lancar (Izah & Maria, 2025).

b. Pelayanan standar minimal 10 T

1) Menimbang berat badan dan mengukur tinggi badan

Penimbangan berat badan dilakukan di setiap kunjungan ANC guna mengevaluasi pola kenaikan berat badan ibu hamil, dengan acuan pertambahan normal berkisar 11,5–16 kg yang disesuaikan dengan IMT awal. Pengukuran tinggi badan difokuskan untuk menilai risiko panggul sempit, di mana ibu dengan tinggi badan di bawah 145 cm memiliki risiko yang lebih tinggi mengalami penyulit persalinan (Rukiah & Yulianti, 2021).

2) Mengukur tekanan darah

Pengukuran tekanan darah merupakan pemeriksaan rutin pada setiap kunjungan *Antenatal Care* (ANC) yang bertujuan untuk memantau kondisi hemodinamik ibu serta mendeteksi secara dini risiko Hipertensi Dalam Kehamilan (HDK), seperti hipertensi gestasional dan preeklamsia. Tekanan darah sistolik dan diastolik normal pada ibu hamil berkisar antara 110/70 mmHg hingga 120/80 mmHg. Hasil pemeriksaan dengan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg menjadi indikator penting yang perlu diwaspadai karena berpotensi menimbulkan komplikasi maternal dan neonatal. Oleh karena itu, pemantauan tekanan darah secara berkala sangat krusial agar penyulit kehamilan dapat terdeteksi lebih awal dan memperoleh penanganan yang tepat (Walyani & Purwoastuti, 2019).

3) Menilai status gizi dengan pengukuran LiLA

Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA) menjadi salah satu jenis pemeriksaan yang dilakukan pada kunjungan pertama antenatal care (ANC), dengan tujuan menilai status gizi ibu hamil sekaligus mendeteksi risiko Kekurangan Energi Kronis (KEK). Seorang ibu hamil dinyatakan berisiko KEK apabila hasil pengukuran LiLA-nya kurang dari 23,5 cm. Kondisi semacam ini mengindikasikan adanya kekurangan asupan energi dan protein yang berlangsung dalam waktu cukup lama, sehingga bisa

meningkatkan risiko berbagai komplikasi kehamilan, mulai dari bayi berat lahir rendah (BBLR), hambatan pertumbuhan janin, sampai persalinan prematur. Cara mengukurnya yaitu dengan menggunakan pita ukur yang tidak elastis, diletakkan di pertengahan lengan kiri antara bahu dan siku, dengan posisi lengan yang rileks agar hasil pengukurannya akurat dan bisa dijadikan dasar dalam menilai status gizi ibu hamil (Nuraisyah, 2022; Izah & Maria, 2025).

4) Pengukuran TFU

Pengukuran TFU bertujuan untuk mengevaluasi pertumbuhan janin dan mengonfirmasi usia kehamilan. Pemeriksaan secara presisi ini diterapkan setelah usia kehamilan memasuki minggu ke-24 menggunakan metode McDonald dengan pita ukur tidak elastis. TFU dikatakan normal jika panjangnya sesuai dengan usia kehamilan (selisih toleransi ± 2 cm). Apabila terdapat perbedaan signifikan antara TFU dan usia kehamilan, hal tersebut mengindikasikan kemungkinan gangguan tumbuh kembang janin yang memerlukan evaluasi lebih lanjut (Nuraisyah, 2022).

5) Pemeriksaan Denyut Jantung Janin (DJJ) dan Presentasi Janin

Pemeriksaan Denyut Jantung Janin (DJJ) bertujuan untuk menilai kesejahteraan dan status hipoksia janin secara berkala pada setiap kunjungan Antenatal Care (ANC). Auskultasi DJJ dengan alat doppler umumnya mulai dapat terdeteksi sejak usia kehamilan 10–12 minggu. Frekuensi DJJ normal berkisar antara 120 – 160 kali/menit. Nilai DJJ di bawah 120 kali/menit (bradikardia) atau di atas 160 kali/menit (takikardia) mengindikasikan adanya gawat janin (fetal distress). Sementara itu, penentuan presentasi janin dilakukan secara spesifik pada trimester III menggunakan palpasi abdomen (maneuver Leopold) untuk mengidentifikasi bagian terdepan janin serta mengonfirmasi apakah kepala janin sudah masuk ke dalam Pintu Atas Panggul / PAP (Nafiah, 2023; Izah & Maria, 2025)

6) Pemberian Tablet Tambah Darah (Tablet Fe)

Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD/Fe) ditujukan untuk mencegah dan menanggulangi anemia defisiensi besi pada ibu hamil. Skema suplementasi wajib

dilakukan minimal 90 tablet selama masa kehamilan dengan konsumsi 1 tablet per hari. Setiap tablet Fe standar pemerintah mengandung 60 mg zat besi elemental dan 0,4 mg atau 0,25 mg asam folat yang esensial dalam proses eritropoiesis dan pembentukan hemoglobin. Untuk mengoptimalkan penyerapan (*absorpsi*), tablet Fe dianjurkan diminum bersama air putih atau minuman yang kaya vitamin C (seperti jus jeruk), serta menghindari konsumsi bersamaan dengan teh, kopi, atau susu karena kandungan tanin dan kalsium di dalamnya dapat menghambat penyerapan zat besi (Nafiah, 2023; Rukiah & Yulianti, 2021).

7) Pemberian Imunisasi TT

Skrining imunisasi Tetanus Toksoid (TT) dilakukan dengan menilai riwayat imunisasi ibu hamil, termasuk jumlah dosis TT yang telah diterima serta status kekebalan yang dimiliki. Idealnya, setiap Wanita Usia Subur (WUS) memperoleh lima dosis imunisasi TT (TT1–TT5) untuk memberikan perlindungan jangka panjang terhadap penyakit tetanus. Pemberian imunisasi TT selama kehamilan bertujuan untuk membentuk kekebalan pada ibu sekaligus memberikan perlindungan pasif kepada janin sehingga dapat mencegah terjadinya tetanus neonatorum. Bagi ibu hamil yang belum pernah menerima imunisasi TT, dianjurkan untuk mendapatkan sedikitnya dua dosis selama kehamilan, yaitu dosis pertama pada kunjungan antenatal pertama dan dosis kedua diberikan minimal empat minggu setelah penyuntikan pertama (Nafiah, 2023). Pada setiap kontak awal dengan tenaga kesehatan, dilakukan skrining status imunisasi TT untuk menentukan kebutuhan imunisasi lanjutan sesuai dengan riwayat imunisasi yang dimiliki ibu.

Pemberian imunisasi Tetanus Toksoid (TT) pada ibu hamil dilakukan sesuai dengan riwayat atau status imunisasi yang telah dimiliki sebelumnya. Imunisasi ini bertujuan untuk memberikan perlindungan terhadap infeksi tetanus pada ibu dan bayi, terutama tetanus neonatorum yang dapat terjadi akibat pemotongan tali pusat yang tidak steril. Ibu hamil dianjurkan memiliki minimal status TT2 agar memperoleh perlindungan yang memadai selama kehamilan dan persalinan. Sementara itu, ibu yang telah

mencapai status TT5 tidak memerlukan imunisasi tambahan karena telah memiliki kekebalan jangka panjang. Setelah penyuntikan, beberapa ibu dapat mengalami efek samping ringan, seperti nyeri, kemerahan, atau pembengkakan pada lokasi suntikan. Keluhan tersebut umumnya bersifat sementara dan akan hilang dalam waktu 1–2 hari tanpa memerlukan penanganan khusus (Izah & Maria, 2025).

Tabel 2.2 Pemberian Imunisasi TT

Imunisasi	Interval	Masa perlindungan
TT 1	Pada kunjungan ANC pertama	Tidak ada
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 Tahun
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 Tahun
TT 5	1 Tahun setelah TT 4	25 tahun/seumur hidup

Sumber: (Walyani & Purwoastuti, 2019)

8) Tes Laboratorium

Untuk menilai kesehatan ibu hamil dan mendeteksi komplikasi pada ibu maupun janin secara dini, pemeriksaan laboratorium dalam asuhan kehamilan sangat penting dilakukan. Rangkaian tes tersebut mencakup pemeriksaan Hb, golongan darah, dan triple elimination (HIV, sifilis, hepatitis B), serta tes protein urine dan gula darah jika terdapat indikasi medis tertentu (Nafiah, 2023).

a) Pemeriksaan Golongan Darah

Pengecekan golongan darah pada ibu hamil bertujuan untuk mengidentifikasi tipe darah secara pasti. Informasi ini sangat krusial sebagai langkah antisipasi jika pasien membutuhkan transfusi darah mendesak akibat perdarahan atau komplikasi medis selama proses kehamilan dan persalinan.

b) Pemeriksaan Hemoglobin (Hb)

Pengecekan kadar hemoglobin (Hb) berfungsi untuk mendeteksi anemia pada masa kehamilan. Prosedur ini disarankan setidaknya satu kali pada trimester pertama dan

trimester ketiga, mengingat anemia berpotensi memicu komplikasi pada ibu serta menghambat tumbuh kembang janin.

c) Pemeriksaan Protein Urine

Tes protein urine dilakukan atas indikasi medis, khususnya saat memasuki trimester kedua dan ketiga. Skrining ini bertujuan mendeteksi proteinuria yang menjadi salah satu indikator utama preeklamsia, terlebih jika ditemukan bersamaan dengan peningkatan tekanan darah.

d) Pemeriksaan Kadar Gula Darah

Pemeriksaan kadar gula darah dilakukan untuk mendeteksi diabetes melitus gestasional, terutama pada ibu hamil yang memiliki faktor risiko. Pemeriksaan ini membantu mengetahui adanya gangguan metabolisme gula sehingga dapat segera ditangani untuk mencegah komplikasi pada ibu dan janin (Nafiah, 2023).

e) Pemeriksaan Triple Eliminasi (HIV, Sifilis, dan Hepatitis B)

Pemeriksaan triple eliminasi wajib dilakukan pada seluruh ibu hamil untuk mendeteksi infeksi HIV, sifilis, dan hepatitis B. Pemeriksaan dilakukan melalui pengambilan sampel darah, sebaiknya pada kunjungan ANC pertama, sehingga apabila hasilnya positif dapat segera diberikan penanganan guna mencegah penularan dari ibu kepada bayi selama kehamilan, persalinan, maupun setelah lahir (Mardiyanti, 2024).

9) Tata laksana/Penanganan Kasus

Penanganan terhadap setiap kelainan fisik maupun laboratorium pada ibu hamil wajib dilaksanakan sesuai dengan batasan kewenangan tenaga medis. Jika permasalahan kesehatan tersebut melebihi kapasitas fasilitas pelayanan primer, proses rujukan harus segera dilakukan mengacu pada tata cara yang berlaku (Nafiah, 2023).

10) Temu Wicara

Temu wicara atau konseling merupakan proses komunikasi antara tenaga kesehatan dengan ibu hamil untuk membantu memahami kondisi kehamilan serta mengatasi masalah yang dihadapi. Konseling pada pelayanan ANC bertujuan memberikan informasi mengenai kehamilan, membantu ibu menentukan kebutuhan asuhan, serta

mempersiapkan persalinan yang aman dan tindakan yang mungkin diperlukan (Walyani & Purwoastuti, 2019).

2.1.4 Teknik Pemeriksaan Palpasi Abdomen

Pemeriksaan palpasi adalah teknik yang digunakan untuk mengatur janin dalam rahim serta usia kehamilan berdasarkan TFU, yaitu hamil (Aidi, 2022).

Tabel 2.3 Teknik Pemeriksaan Leopold

Teknik	Tujuan
 Maneuver 1 Leopold I	Untuk mengetahui bagian janin yang terdapat pada fundus uterus ibu hamil dan TFU ibu hamil.
 Maneuver 2 Leopold II	Untuk mengetahui bagian janin yang berada pada bagian kiri dan kanan uterus ibu
 Maneuver 3 Leopold III	Untuk Mengetahui bagian janin yang terdapat pada bagian presentasi/bawah uterus ibu hamil.

 Manuever 4 Leopold IV	Untuk mengetahui sejauh mana kepala memasuki pintu atas panggul (PAP)
---	--

Sumber: (Aidi, 2022).

2.1.5 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

Sebagai bagian dari pemenuhan kebutuhan gizi ibu hamil sekaligus mendukung program 1000 Hari Pertama Kehidupan, perhatian terhadap asupan nutrisi ibu menjadi hal yang sangat penting. Pemantauan status gizi dapat dilakukan melalui pemeriksaan kenaikan berat badan ibu secara rutin pada setiap kunjungan ANC. Periode 1000 Hari Pertama Kehidupan dimulai sejak masa kehamilan selama kurang lebih 270 hari hingga anak berusia dua tahun atau sekitar 730 hari.

Pada 20 minggu pertama kehamilan, kebutuhan protein dan zat gizi makro sangat diperlukan untuk proses pembentukan dan pertumbuhan sel. Oleh karena itu, pemenuhan nutrisi selama kehamilan harus mengikuti prinsip gizi seimbang, yaitu dengan mencukupi kebutuhan sumber energi, protein sebagai zat pembangun.

Sumber energi dapat diperoleh dari bahan makanan pokok seperti nasi, jagung, singkong, ubi, dan kentang, termasuk produk olahannya seperti roti dan biskuit. Sementara itu, kebutuhan zat pembangun dapat dipenuhi melalui konsumsi protein hewani seperti ikan, ayam, daging, telur, dan susu, serta protein nabati seperti kedelai, tahu, tempe, oncom, dan kacang merah. Asupan vitamin dan mineral dapat diperoleh dari berbagai jenis buah dan sayuran, disertai dengan anjuran minum air putih minimal dua liter per hari atau sekitar 8–10 gelas setiap hari.

a) Oksigen

Kebutuhan oksigen merupakan salah satu kebutuhan dasar yang harus dipenuhi selama kehamilan karena berperan penting dalam menjaga kesehatan ibu dan mendukung pertumbuhan serta perkembangan janin. Selama kehamilan, perubahan fisiologis pada sistem pernapasan dapat menyebabkan ibu lebih mudah merasa sesak napas, terutama pada trimester akhir. Untuk membantu memenuhi kebutuhan oksigen, ibu hamil dianjurkan melakukan latihan pernapasan, seperti senam hamil, tidur dengan posisi kepala sedikit lebih tinggi menggunakan bantal, menghindari makan dalam porsi berlebihan, tidak merokok maupun menghindari paparan asap rokok, serta segera berkonsultasi dengan tenaga kesehatan apabila mengalami gangguan pernapasan, seperti asma atau sesak napas yang semakin berat (Walyani & Purwoastuti, 2019).

b) Nutrisi

Asupan makanan yang sehat merupakan kunci untuk menjaga kesehatan ibu dan janin selama kehamilan. Kekurangan gizi saat hamil dapat mengganggu perkembangan otak dan kecerdasan bayi, serta berisiko menyebabkan BBLR. Kondisi ini juga bisa meningkatkan risiko komplikasi dan kesulitan saat persalinan. Pemantauan berat badan ibu hamil adalah salah satu upaya untuk memantau apakah janin mendapatkan nutrisi yang cukup. Selama kehamilan, berat badan ibu disarankan naik 9-12 kg. Penambahan berat badan optimal selama kehamilan harus disesuaikan dengan status gizi ibu yang diukur dari Indeks Massa Tubuh (IMT) sebelum atau awal kehamilan (trimester I). Asupan makanan yang sehat merupakan kunci untuk menjaga kesehatan ibu dan janin selama kehamilan. Kekurangan gizi saat hamil dapat mengganggu perkembangan otak dan kecerdasan bayi, serta berisiko menyebabkan BBLR. Kondisi ini juga bisa meningkatkan risiko komplikasi dan kesulitan saat persalinan.

Kebutuhan gizi wanita hamil (Diana & ST, 2025):

1) Zat Gizi Makro

Selama masa kehamilan, seorang ibu memerlukan tambahan kalori sekitar 300 kalori setiap hari. Angka ini diperoleh dari perkiraan penambahan kebutuhan energi sebanyak 80 ribu kalori yang dibutuhkan sepanjang masa kehamilan. Energ. tersebut

dialokasikan guna menunjang peningkatan metabolisme pada ibu dan janin, serta untuk mendukung pertumbuhan optimal janin dan plasenta.

Protein. Asupan protein yang disarankan untuk perempuan dewasa adalah 55-65 gram per hari. Kebutuhan protein ibu hamil bertambah secara bertahap selama kehamilan, yaitu: 1 gr/hari (trimester I), 10 gr/hari (trimester II) dan 30 gr/hari (trimester III). Mengonsumsi makanan sumber protein hewani tidak hanya berfungsi untuk memenuhi kebutuhan asam amino esensial (protein penting yang tidak bisa diproduksi tubuh), tetapi juga untuk mencukupi kebutuhan zat besi.

2) Zat Gizi Mikro

(a) Zat Besi

Kebutuhan zat besi bervariasi tergantung usia dan kelompok wanita. Kebutuhan zat besi tertinggi ada pada wanita usia produktif (13-49 tahun) yaitu 15-18 mg/hari. Kebutuhan ini bertambah sebesar 9 mg/hari, bagi ibu hamil di trimester 2 dan 3. Untuk mencukupi kebutuhan zat besi, disarankan mengonsumsi makanan yang mengandung zat besi, antara lain daging, hati, ayam dan ikan, serta sayuran berdaun hijau tua dan buah berwarna oranye seperti pepaya.

(b) Asam Folat

Asam folat merupakan vitamin B yang sangat penting untuk mendukung pembentukan, pertumbuhan dan perkembangan janin. Kebutuhan asam folat harian untuk wanita dewasa adalah 400 mcg, namun angka ini meningkat menjadi 600 mcg per hari selama kehamilan. Makanan yang menjadi sumber asam folat antara lain jeruk, sayuran berwarna hijau tua, kacang-kacangan dan hati.

(c) Vitamin A

Vitamin A mempunyai peran penting dalam pembelahan dan perkembangan sel, serta pembentukan tulang belakang, jantung, mata dan telinga. Anak yang dilahirkan oleh ibu yang kekurangan vitamin A berisiko lebih tinggi untuk meninggal, yang kemungkinan disebabkan oleh penurunan fungsi sistem kekebalan tubuh. Kebutuhan Vitamin A harian bagi wanita adalah 600 RE, yang meningkat menjadi 900 RE selama kehamilan. Mengingat risiko efek samping jika dikonsumsi dalam dosis tinggi,

penambahan asupan vitamin A sangat dianjurkan melalui makanan alami, antara lain sayuran, buah-buahan berwarna hijau tua/oranye (seperti wortel, ubi jalar, bayam, brokoli) dan makanan hewani (seperti hati ayam, telur dan ikan) (Diana & ST, 2025).

(d) Kalsium

Kebutuhan kalsium pada ibu selama hamil akan meningkat. Sejak usia kehamilan 20 minggu, kadar kalsium dalam darah janin sudah lebih tinggi daripada dalam darah ibu. Jika ibu kekurangan kalsium, ia berisiko mengalami BBLR, kelahiran prematur dan peningkatan tekanan darah. Dosis yang disarankan yaitu 1,5- 2 gram per hari, yang dibagi dalam tiga dosis (3 x 500 mg) dan dimulai sejak usia kehamilan 20 minggu. Sumber utama kalsium dalam rah janin sudah lebih tinggi daripada dalam darah ibu. Jika ibu kekurangan kalsium, ia berisiko mengalami BBLR, kelahiran prematur dan peningkatan tekanan darah. Dosis yang disarankan yaitu 1,5-2 gram per hari, yang dibagi dalam tiga dosis (3 x 500 mg) dan dimulai sejak usia kehamilan 20 minggu. Sumber utama kalsium bisa ditemukan dalam susu, sereal dan sayuran (Diana & ST, 2025).

(d) Vitamin B6 (Piridoksin)

Peran vitamin B6 sangat vital bagi fungsi saraf, pembentukan sel darah merah, hingga metabolisme zat gizi seperti asam amino, karbohidrat, dan lemak. Selama kehamilan, dibutuhkan sekitar 2,2 mg vitamin B6 setiap harinya untuk menunjang proses metabolisme, di mana sumber utamanya banyak ditemukan pada produk hewani (Walyani & Purwoastuti, 2019).

(e) Yodium

Hormon tiroksin yang mengatur metabolisme dan perkembangan sel sangat bergantung pada kecukupan yodium. Karena kekurangannya pada masa kehamilan dapat memicu hambatan tumbuh kembang janin dan pembentukan otak, disarankan bagi ibu hamil untuk mengonsumsi yodium sekitar 175 mcg setiap hari (Walyani & Purwoastuti, 2019).

2.1.6 Ketidaknyamanan Pada Ibu Hamil Trimester III

a. Sering Buang Air Kecil

Peningkatan frekuensi berkemih pada ibu hamil disebabkan oleh pembesaran uterus yang menekan kandung kemih dan mengurangi kapasitas tampungnya. Mendekati proses persalinan, masuknya bagian terendah janin ke pintu atas panggul mendorong dasar kandung kemih ke depan dan atas, sehingga bentuk permukaannya berubah dari konveks menjadi konkaf. Penanganan kondisi ini mencakup pemberian edukasi bahwa hal tersebut merupakan perubahan fisiologis yang normal, serta anjuran untuk mengurangi asupan cairan dua jam sebelum tidur guna menjaga kualitas tidur malam ibu (Stefanicia & Indriani, 2024).

b. Bengkak dan Kram Pada Kaki

Pembengkakan atau kram pada kaki merupakan kondisi terjadinya penimbunan cairan di jaringan luar sel yang disebabkan oleh perpindahan cairan dari dalam sel ke ruang ekstraseluler. Keluhan oedema pada kaki umumnya muncul pada kehamilan di atas 34 minggu, seiring dengan meningkatnya tekanan uterus yang memengaruhi sirkulasi cairan tubuh. Untuk mengurangi keluhan ini, ibu dianjurkan agar saat duduk tidak membiarkan kaki menggantung, menghindari penggunaan pakaian yang terlalu ketat, tidak berdiri terlalu lama, serta tidak duduk tanpa sandaran. Selain pembengkakan, ibu hamil juga sering mengalami kram pada kaki, terutama pada malam hari atau menjelang pagi. Kondisi ini dialami sekitar separuh ibu hamil pada usia kehamilan antara 24 hingga 36 minggu. Kram terjadi akibat terganggunya aliran darah pada pembuluh darah panggul yang tertekan oleh pembesaran uterus pada kehamilan lanjut. Faktor lain yang dapat memicu kram adalah peningkatan kadar fosfat dan penurunan kadar kalsium dalam tubuh. Penanganan yang dapat dilakukan antara lain dengan meluruskan kaki saat berbaring sambil menekan tumit, atau berdiri dengan tumit menekan lantai, melakukan latihan ringan, merendam kaki dalam air hangat untuk melancarkan peredaran darah, serta dianjurkan mengonsumsi vitamin sesuai kebutuhan (Rahayu & Susianty, 2025).

c. Gangguan Tidur dan Mudah Lelah

Keluhan berupa kelelahan dan penurunan kualitas tidur umum dialami oleh wanita hamil, khususnya sejak memasuki trimester kedua. Rasa lelah yang berlebihan ini

sering kali dipicu oleh nokturia dan frekuensi terbangun di malam hari. Untuk meredakan gangguan tersebut, ibu hamil disarankan menerapkan relaksasi sebelum tidur, seperti mandi air hangat, minum minuman hangat, serta menghindari aktivitas yang terlalu merangsang (Wakhidah, 2023)

d. Nyeri Perut Bawah

Sensasi nyeri di perut bawah dialami oleh sekitar 10–30% wanita hamil pada akhir trimester pertama hingga awal trimester kedua. Rasa tidak nyaman berupa kram ringan atau nyeri tajam ini dipicu oleh peregangan ligamen, yang sering kali memberat saat terjadi gerakan mendadak. Bidan dapat mengintervensi kondisi fisiologis ini dengan mengedukasi pasien mengenai postur tubuh yang tepat serta menyarankan untuk menghindari gerakan berdiri secara cepat dari posisi jongkok (Kurniawati & Laisouw, 2025).

e. Nyeri Punggung

Nyeri punggung merupakan keluhan yang sering terjadi pada kehamilan lanjut. Kondisi ini disebabkan oleh pengaruh hormon progesteron dan relaksin yang menyebabkan pelonggaran jaringan ikat, serta perubahan postur tubuh akibat bertambahnya berat janin. Penanganan yang dapat dilakukan yaitu memastikan tidak ada penyebab serius, melakukan fisioterapi, memberikan kompres hangat pada area nyeri, istirahat yang cukup, serta penggunaan analgesik sesuai kebutuhan. Ibu hamil juga dianjurkan menjaga postur tubuh dengan tidak terlalu sering membungkuk, berdiri dan berjalan dengan posisi punggung tegak, menggunakan sepatu bertumit rendah, serta menghindari mengangkat benda berat (Rukiah & Yulianti, 2021).

2.1.8 Tanda Bahaya Pada Kehamilan

Kehamilan merupakan proses fisiologis yang normal dalam sistem reproduksi, namun setiap kehamilan tetap memiliki risiko terjadinya komplikasi yang dapat memengaruhi kesehatan ibu maupun janin. Maka dilakukan anamnesa untuk mengkaji apakah ibu merasakan atau mengalami tidak mau makan atau muntah terus menerus, mengalami demam tinggi, pergerakan janin di kandungan kurang, beberapa bagian tubuh membengkak, terjadi perdarahan dan air ketuban

pecah Sebelum waktunya. Setelah itu dilakukan pemeriksaan Tekanan darah, Suhu, Pergerakan janin, DJJ, Oedema dan Protein urine untuk mendeteksi adanya tanda bahaya pada kehamilan (Nainggolan, 2022).

Selama masa kehamilan, ibu perlu mewaspadai berbagai tanda bahaya yang dapat mengindikasikan adanya komplikasi dan memerlukan penanganan segera. Tanda-tanda bahaya tersebut antara lain berupa:

a) Perdarahan Pervaginam Pada Hamil Muda dan Hamil Tua

Perdarahan merupakan salah satu komplikasi yang paling sering terjadi selama kehamilan dan memerlukan penanganan segera karena dapat membahayakan ibu maupun janin. Perdarahan dapat terjadi pada trimester I (0–12 minggu) maupun trimester III (29–42 minggu). Diperkirakan sekitar 25% ibu hamil mengalami perdarahan pada usia kehamilan kurang dari 12 minggu. Pada kehamilan trimester pertama, perdarahan umumnya disebabkan oleh abortus (keguguran), ancaman keguguran, atau kehamilan ektopik. Sementara itu, perdarahan pada trimester ketiga yang bersifat abnormal biasanya ditandai dengan darah berwarna merah segar, jumlahnya banyak, dan sering kali tidak disertai rasa nyeri. Kondisi tersebut merupakan salah satu tanda khas plasenta previa dan memerlukan penanganan medis segera.

b) Preeklampsia dan Eklampsia\

Preeklampsia didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah ($\geq 140/90$ mmHg) pada usia gestasi di atas 20 minggu, yang sering kali disertai proteinuria dan edema. Apabila kondisi preeklampsia berlanjut hingga memicu manifestasi kejang pada ibu hamil, maka keadaan tersebut telah berkembang menjadi eklampsia. Secara umum, spektrum hipertensi dalam kehamilan diklasifikasikan menjadi empat kategori: preeklampsia/eklampsia, hipertensi kronis, hipertensi kronis dengan *superimposed* preeklampsia, serta hipertensi gestasional.

c) Bengkak pada Muka dan Tangan

Edema didefinisikan sebagai akumulasi cairan abnormal dalam jaringan tubuh yang memicu pembengkakan, khususnya di area ekstremitas (kaki dan tangan) serta

wajah. Meskipun edema ringan pada kaki tergolong fisiologis saat hamil, pembengkakan yang menetap pada wajah dan tangan terutama bila tidak membaik pasca-istirahat dan disertai gejala lain memerlukan kewaspadaan karena berisiko menandakan anemia, kelainan jantung, atau preeklampsia.

d) Nyeri Abdomen yang Hebat

Nyeri perut hebat pada kehamilan perlu mendapatkan perhatian karena dapat menjadi tanda adanya komplikasi serius. Nyeri yang menetap, tidak membaik setelah istirahat, disertai perdarahan atau tanda-tanda syok seperti kondisi ibu yang semakin memburuk, merupakan tanda bahaya yang memerlukan penanganan segera.

e) Demam Tinggi

Demam dengan suhu tubuh di atas 38°C pada ibu hamil tidak boleh dianggap sepele karena dapat menjadi tanda adanya infeksi. Penanganan awal yang dapat dilakukan adalah beristirahat yang cukup, memperbanyak konsumsi cairan, serta mengompres tubuh menggunakan air hangat untuk membantu menurunkan suhu. Infeksi terjadi ketika kuman, seperti bakteri, virus, atau mikroorganisme lainnya, masuk ke dalam tubuh ibu hamil dan menimbulkan berbagai gejala. Apabila tidak segera ditangani, infeksi dapat berkembang menjadi lebih berat, menyebabkan gangguan pada organ tubuh, serta membahayakan kesehatan ibu dan janin. Infeksi dapat terjadi selama masa kehamilan, saat persalinan, maupun pada masa nifas, sehingga penting untuk segera memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan jika mengalami demam atau tanda-tanda infeksi.

f) Ketuban Pecah Dini

KPD terjadi ketika selaput ketuban pecah sebelum fase persalinan dimulai, ditandai dengan tidak adanya kontraksi dalam kurun waktu satu jam pasca-pecah. Keadaan ini membahayakan ibu dan janin karena rahim terpapar dunia luar yang meningkatkan risiko infeksi seiring bertambahnya durasi penundaan persalinan. Tanda utamanya adalah keluarnya cairan tak tertahankan berwarna bening hingga putih keruh berbau khas. Bila terjadi pada kehamilan kurang bulan, KPD berpotensi kuat memicu komplikasi infeksi dan persalinan prematur (Nurhidayah, 2022).

2.1.9 Deteksi Dini Resiko Tinggi Kehamilan

Deteksi dini kehamilan risiko tinggi di Indonesia dapat dilakukan menggunakan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR). KSPR adalah alat skrining sederhana yang dikembangkan oleh Prof. Dr. dr. Poedji Rochjati, Sp. OG(K) untuk membantu tenaga kesehatan dalam mengidentifikasi kehamilan berisiko tinggi. KSPR memberikan skor pada berbagai kondisi yang berpotensi meningkatkan risiko komplikasi kehamilan dan persalinan. usia reproduksi yang sehat, ibu pada usia 21 tahun dianggap dewasa dalam hal emosi, kepribadian, dan sosial, sementara ibu dengan usia <20 tahun, sistem reproduksi belum berkembang dengan baik, sehingga dapat mengalami kesulitan dalam persalinan. Sebaliknya, usia > 35 tahun dianggap lebih rentan terhadap komplikasi kehamilan (Pakpahan & Simbolon, 2025).

Sebagai media edukasi keluarga sekaligus alat penilai tingkat risiko kehamilan, KSPR menetapkan bobot skor 2, 4, atau 8 untuk tiap indikator risiko sesuai dampaknya. Total penjumlahan skor ini acuan dalam menentukan perencanaan persalinan serta tindakan pencegahan. Kategori kehamilan dalam KSPR dibedakan menjadi Kehamilan Risiko Rendah (skor 2/hijau), Kehamilan Risiko Tinggi (skor 6–10/kuning), dan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (skor ≥ 12 /merah) (Lubis, 2023).

a. Kelompok Faktor Risiko I (Potensi Gawat Obstetri / APGO)

Kategori ini mencakup variabel maternal seperti usia primigravida (≤ 16 tahun atau ≥ 35 tahun), interval kehamilan berjarak > 10 tahun atau < 2 tahun, status multiparitas tinggi (grandemultipara ≥ 4 anak), perawakan pendek (≤ 145 cm), riwayat abortus/kegagalan kehamilan, serta riwayat intervensi persalinan sebelumnya (ekstraksi vakum, pelepasan plasenta manual, transfusi darah, atau seksi sesaria).

b. Kelompok Faktor Risiko II (Ada Gawat Obstetri / AGO)

Kategori ini meliputi komorbiditas maternal seperti anemia, malaria, tuberkulosis paru, penyakit jantung, diabetes melitus, dan infeksi menular seksual. Selain itu, kelompok ini juga mencakup preeklamsia ringan, gestasi ganda (*gemelli*), polihidramnion,

kematian janin intrauterin (IUFD), kehamilan serotinus/lewat waktu (≥ 42 minggu), hingga malpresentasi janin (sungsang atau melintang).

c. Kelompok Faktor Risiko III (Ada Gawat Darurat Obstetri / AGDO)

Kelompok ini merepresentasikan kondisi kegawatdaruratan tingkat tinggi yang membutuhkan penanganan emergensi cepat, seperti perdarahan antepartum (plasenta previa, solusio plasenta, atau vasa previa) serta komplikasi preeklamsia berat dan eklamsia guna meminimalkan morbiditas ibu dan janin (Lubis, 2023).

Gambar 2.1 kartu skor Poedji Rochjati

SKRINING / DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI

Nama : Alamat :
 Umur Ibu : Kec/Kab :
 Pendidikan : Pekerjaan :
 Hamil Ke : Haid terakhir : Pekerjaan Persalinan tgl :
 Periksa I
 Umur Kehamilan : bin Dt :

KEL	NO	Masalah-faktor Risiko	SKOR	Ibu dan			
				I	II	III.1	III.2
I	1	Skor awal ibu hamil	2				
	2	Terdalu muda, hamil ≤ 16 th	4				
	3	Terdalu tua, hamil ≥ 35 th	4				
	4	Terdalu lambat hamil I, kawin ≥ 4 th	4				
	5	Terdalu lama hamil lagi (≥ 10 th)	4				
	6	Terdalu cepat hamil lagi (≤ 2 th)	4				
	7	Terdalu banyak anak, 4 / lebih	4				
	8	Terdalu tua, umur ≥ 35 th	4				
	9	Terdalu pendek ≤ 145 cm	4				
	10	Hamil gagal kehamilan	4				
II	11	Pernah melahirkan dengan : a. Tarikan tang / vakum b. Un terdign c. Diberi infus / Transfusi d. Pernah Operasi Sesar	4 4 4 4				
	12	Penyakit pada ibu hamil : a. Kurang Utsah b. Malena c. TB C Paru d. Payah Jantung e. Kencing Manis (Diabetes) f. Penyakit Menular Seksual	4 4 4 4 4				
	13	Bengkak pada muka/tungkai dan tekanan darah tinggi	4				
	14	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	15	Hamil kembar air (Hydramnion)	4				
	16	Bayi mati dalam kandungan	4				
	17	Kehamilan lebih bulan	4				
	18	Letak sungsang	8				
	19	Letak lintang	8				
	20	Pendarahan dalam kehamilan ini	8				
JUMLAH SKOR							

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN – RUJUKAN TERENCANA

KEHAMILAN		KEHAMILAN DENGAN RISIKO		RUJUKAN		
JML SKOR	PERAWA TAN	RUUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUB	RTW
0-2	KRT	BIDAN	RUUK DEWUJUK	BIDAN		
3-10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POINDES PKM/RS	BIDAN DOKTER	
≥ 12	KRT	DOKTER	RUMAH SAKIT	DOKTER		

Kematian Ibu dalam Kehamilan : 1. Abortus 2. Lain-lain

KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI' PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

Persalinan Melahirkan tanggal : / /

RUUKUKAN :

- Sendi
- Dukun
- Bidan
- Puskesmas

RUUKUKAN :

- Rujukan Dini Berencana (RDB)
- Rujukan Tepat Waktu (RTW)

Gawat Obstetrik :
Kel. Faktor Risiko I & II

-
-
-
-
-
-

RUUKUKAN :

- Bidan
- Puskesmas
- RS

Gawat Obstetrik :
Kel. Faktor Risiko I & II

1. Perdarahan antepartum
-
-
-
-
-

Komplikasi Obstetrik

3. Perdarahan postpartum
4. Un tertinggal
5. Persalinan Lama

TEMPAT :

- Rumah Ibu
- Rumah Bidan
- Polindes
- Puskesmas
- Rumah Sakit
- Perjalanan

PENOLONG :

- Dukun
- Bidan
- Dokter
- Lain-lain

MACAM PERSALINAN

- Normal
- Tindakan Peraginam
- Operasi Sesar

PASCA PERSALINAN :

IBU :

- Hidup
- Mati, dengan penyebab
a. Perdarahan b. Preeklampsia/Eklamsia
c. Partus Lama d. Infeksi e. Lain-lain

TEMPAT KEMATIAN IBU

- Rumah Ibu
- Rumah bidan
- Polindes
- Puskesmas
- Rumah Sakit
- Perjalanan

BAYI :

- berat lahir : gram, Laki-laki / Perempuan
- Lahir hidup : APGAR Skor hr, penyebab
- Lahir mati, penyebab
- Mati kemudian, umur hr, penyebab
- Kelahiran bawaan : tidak ada / ada

KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)

- Sehat
- Sakit
- Mati, penyebab

Keluarga Berencana 1. Ya / Sterilisasi

Kategori Keluarga Miskin 1. Ya 2. Tidak

Sumber: (Lubis, 2023)

2.2 Persalinan

2.2.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses keluarnya janin beserta plasenta dari rahim melalui jalan lahir atau intervensi medis agar bayi dapat bertahan hidup di luar kandungan. Asuhan persalinan normal lebih mengedepankan aspek pencegahan guna mengantisipasi komplikasi sejak dini. Penerapan langkah preventif sepanjang proses persalinan hingga pascalahir ini berperan penting dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian pada ibu maupun bayi baru lahir (Mintaningtyas, 2023).

2.2.2 Tanda-Tanda Persalinan

Tanda-tanda persalinan sebagai berikut:

a) Adanya kontraksi Rahim

Indikasi awal mulainya proses persalinan ditandai oleh timbulnya kontraksi uterus yang bersifat involuntary, ritmis, dan teratur. Kontraksi ini berperan dalam pematangan jalan lahir melalui pembukaan serviks sekaligus mengoptimalkan perfusi darah ke plasenta. Secara fisiologis, dinamika kontraksi uterus terbagi menjadi tiga fase: increment (fase peningkatan intensitas), acme (fase puncak intensitas maksimal), dan decrement (fase relaksasi otot rahim). Seiring mendekati persalinan, frekuensi dan intensitas kontraksi ini akan berprogresi menjadi lebih teratur serta semakin kuat.

b) Keluarnya lendir bercampur darah

Peningkatan aktivitas kelenjar serviks sejak awal kehamilan menghasilkan mukus pekat yang menyumbat leher rahim. Saat mendekati persalinan, dorongan kontraksi akan membuka serviks dan melepaskan sumbatan mukus tersebut dalam bentuk lendir bercampur darah. Tanda awal persalinan ini, yang dikenal dengan istilah bloody show, menunjukkan bahwa leher rahim telah mulai melunak dan mengalami pembukaan.

c) Keluarnya air-air (Ketuban)

Keluarnya cairan ketuban merupakan salah satu proses penting menjelang persalinan. Selama sekitar sembilan bulan kehamilan, janin berada di dalam cairan amnion. Menjelang persalinan, ketuban dapat pecah sehingga cairan keluar dalam

jumlah yang cukup banyak. Peristiwa ini biasanya terjadi akibat kontraksi yang semakin sering dan kuat.

d) Pembukaan Serviks

Pembukaan leher rahim (serviks) terjadi sebagai respons terhadap kontraksi yang semakin kuat dan teratur selama proses persalinan. Perubahan ini umumnya tidak dapat dirasakan secara langsung oleh ibu, tetapi dapat diketahui melalui pemeriksaan dalam yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Pemeriksaan tersebut bertujuan untuk menilai kematangan serviks, penipisan (efasemen), dan derajat pembukaan serviks. Kematangan serviks dapat terjadi secara bertahap sebelum persalinan dimulai dan menjadi salah satu tanda bahwa tubuh ibu telah siap untuk menjalani proses persalinan (Walyani & Purwoastuti, 2022).

2.2.3 Bidang Hodge

Penurunan bagian terendah janin dapat dinilai dari pemeriksaan dalam berdasarkan bidang Hodge. Hodge menemukan bidang-bidang lain dalam panggul untuk mengetahui seberapa jauh penurunan kepala pada panggul yang dikenal dengan bidang hodge. Penilaian ini sedikit sulit, butuh ketepatan menentukan batas bidang hodge, terutama bidang hodge I, II. Bidang Hodge digunakan sebagai pedoman untuk menilai sejauh mana bagian terendah janin telah turun ke dalam rongga panggul selama proses persalinan. Bidang Hodge terdiri atas empat tingkatan, yaitu:

- a. Bidang Hodge I merupakan bidang yang dibentuk oleh garis yang menghubungkan promontorium sakrum dengan tepi atas simfisis pubis. Bidang ini berimpit dengan pintu atas panggul (PAP).
- b. Bidang Hodge II adalah bidang yang sejajar dengan Bidang Hodge I dan berada pada ketinggian tepi bawah simfisis pubis.
- c. Bidang Hodge III: Bidang imajiner yang sejajar dengan Bidang Hodge I dan II, berposisi setinggi *spina ischiadica*. Bidang ini merupakan pilar anatomis utama untuk mengonfirmasi bahwa bagian terdepan kepala janin telah memasuki *station 0*.

d. Bidang Hodge IV: Bidang sejajar yang berlokasi setinggi segmen distal *os coccygis*. Tercapainya bidang ini menandakan bahwa kepala janin telah berada di dasar panggul dan siap melewati vulva/introitus vagina (Yunola, 2024).

2.2.4 Mekanisme persalinan

a. Engagement

Engagement adalah proses masuknya kepala janin ke pintu atas panggul (PAP), yang ditandai dengan diameter biparietal telah melewati PAP. Pada tahap ini, sutura sagitalis umumnya berada dalam posisi melintang atau oblik di jalan lahir dengan derajat fleksi kepala yang ringan. Apabila kepala janin memasuki pintu atas panggul dengan sutura sagitalis berada tepat di tengah jalan lahir sehingga kedua tulang parietal berada pada ketinggian yang sama, kondisi tersebut disebut sinklitismus. Posisi ini menunjukkan bahwa kepala janin memasuki panggul secara simetris. Sebaliknya, jika sutura sagitalis tidak berada di tengah, melainkan lebih dekat ke promontorium atau simfisis pubis, maka keadaan tersebut disebut asinklitismus. Asinklitismus dibedakan menjadi dua jenis, yaitu: Asinklitismus posterior, yaitu keadaan ketika sutura sagitalis mendekati simfisis pubis sehingga tulang parietal belakang berada lebih rendah dibandingkan tulang parietal depan. Kondisi ini terjadi karena tulang parietal depan tertahan oleh simfisis pubis, sedangkan tulang parietal belakang lebih mudah turun mengikuti lengkung sakrum yang lebih luar. Asinklitismus anterior, yaitu keadaan ketika sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga tulang parietal depan berada lebih rendah daripada tulang parietal belakang. Posisi ini memungkinkan bagian depan kepala janin memasuki panggul lebih dahulu dibandingkan bagian belakang.

b. Penurunan kepala (descent)

Descent atau penurunan kepala janin terjadi secara kontinu selama persalinan, bahkan telah dimulai sebelum masa inpartu. Proses ini didorong oleh kombinasi kontraksi rahim, pengaruh gravitasi, dan usaha meneran ibu saat memasuki kala II. Penurunan ini berjalan beriringan dan sejajar dengan gerakan-gerakan mekanisme persalinan lainnya.

c. Fleksi

Awalnya, kepala janin berada dalam fleksio parsial. Dorongan kontraksi dan resistensi dari serviks, dinding panggul, serta jaringan lunak jalan lahir memaksa kepala janin melakukan fleksi maksimal sehingga dagu mendekati dada dan posisi ubun-ubun kecil terletak lebih rendah dari ubun-ubun besar. Dengan fleksi sempurna ini, kepala janin melewati jalan lahir menggunakan diameter terkecilnya, yaitu suboksipitobregmatika ($\approx 9,5$ cm), sehingga proses adaptasi panggul dan persalinan menjadi lebih lancar.

d. Rotasi Dalam (Putaran Paksi Dalam)

otasi dalam adalah proses berputarnya kepala janin di dalam jalan lahir agar bagian terendahnya mengarah ke depan di bawah simfisis pubis. Pada presentasi belakang kepala, oksiput (ubun-ubun kecil) akan memutar ke anterior. Gerakan ini merupakan langkah krusial untuk menyesuaikan kontur kepala janin dengan bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul, sehingga memudahkan proses kelahiran..

e. Ekstensi

Setelah putaran paksi dalam selesai dan kepala janin menyentuh dasar panggul, proses berlanjut ke tahap ekstensi (defleksi). Kepala janin bergerak mengarah ke depan dan ke atas menyesuaikan sumbu pintu bawah panggul. Akibat gerakan ini, bagian-bagian kepala lahir secara berurutan melintasi batas perineum, dimulai dari ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut, hingga dagu.

f. Rotasi Luar (Putaran Paksi Luar)

Setelah kepala bayi lahir, kepala akan berputar kembali mengikuti arah punggung janin. Gerakan ini dikenal sebagai putaran restitusi, yang juga disebut sebagai putaran balasan atau putaran paksi luar. Selanjutnya, kepala akan terus berputar hingga bagian belakang kepala menghadap ke salah satu tuber ischiadicum. Terjadinya putaran paksi luar disebabkan oleh bahu janin, yang memiliki diameter biakromial, menyesuaikan posisinya dengan diameter anteroposterior pada pintu bawah panggul sehingga memudahkan proses kelahiran bahu.

g. Ekspulsi

Menyusul putaran paksi luar, bahu depan akan berada di bawah simfisis pubis sebagai titik tumpu (hipomoklion) guna mempermudah lahirnya bahu belakang. Begitu kedua bahu melintasi introitus vagina, seluruh bagian tubuh bayi dapat dilahirkan secara perlahan mengikuti arah sumbu jalan lahir (Hernawati, 2023).

2.2.5 Tahapan Persalinan (Kala I-IV)

a. Kala I (Kala Pembukaan)

Persalinan Kala I berlangsung sejak munculnya kontraksi uterus yang makin teratur dan kuat sampai pembukaan serviks mencapai 10 cm. Kala ini terdiri atas fase laten dan aktif. Pada fase laten (≤ 8 jam), terjadi penipisan dan pembukaan leher rahim secara perlahan hingga sebelum 4 cm. Memasuki fase aktif (≈ 6 jam), kontraksi menjadi sangat adekuat (minimal 3 kali dalam 10 menit dengan durasi ≥ 40 detik) dan pembukaan berlanjut hingga 10 cm seiring penurunan janin. Tahapan fase aktif meliputi: (1) fase akselerasi (durasi 2 jam hingga pembukaan 4 cm), (2) fase dilatasi maksimal (durasi ≈ 2 jam dengan laju pesat dari 4 cm ke 9 cm), serta (3) fase deselerasi (durasi ≈ 2 jam, saat pembukaan melambat dari 9 cm menuju lengkap).

b. Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Kala II persalinan (*fase ekspulsi*) dimulai sejak dilatasi serviks mencapai pembukaan lengkap (10 cm) hingga pengeluaran seluruh tubuh janin. Tahap ini ditandai oleh his yang adekuat, ritmis, dan lebih berdurasi (interval 2–3 menit), yang bersinergi dengan dorongan valsalva/mengejan dari maternal. Penurunan kepala janin ke dasar panggul memberikan penekanan pada rektum sehingga memicu refleks mengejan involuntir, dilatasi anus, serta penonjolan perineum. Saat puncak kontraksi, *crowning* (bagian terdepan kepala janin) mulai tampak di introitus vagina disertai peregangan vulva. Durasi Kala II normal berkisar antara 1,5–2 jam pada primipara dan 0,5–1 jam pada multipara.

c. Kala III (Kala Uri)

Tahap Kala III persalinan berfokus pada proses lepas dan keluarnya plasenta setelah bayi lahir. Usai kelahiran bayi, kontraksi rahim akan berhenti sejenak. Saat ini, rahim teraba keras dengan posisi puncak fundus setinggi pusat, walaupun plasenta belum keluar dari dalam rahim. Beberapa saat kemudian, kontraksi uterus kembali terjadi dan memicu pelepasan plasenta dari dinding rahim, yang selanjutnya terdorong ke dalam vagina hingga akhirnya dikeluarkan dengan sedikit bantuan. Umumnya, plasenta akan terlepas dalam waktu 1–5 menit setelah bayi lahir, sedangkan keseluruhan proses kala III berlangsung sekitar 5–30 menit dengan jumlah perdarahan fisiologis berkisar antara 100–200 cc. Kala III terdiri dari dua fase, yaitu:

- 1) Fase pelepasan plasenta, yang dapat terjadi dengan beberapa mekanisme: Metode Schultze ($\pm 80\%$), plasenta lepas dari bagian tengah terlebih dahulu sehingga terbentuk hematoma retroplasenta, dan perdarahan biasanya terjadi setelah plasenta lahir. Metode Duncan ($\pm 20\%$), plasenta lepas dari tepi sehingga darah keluar lebih dulu sebelum plasenta lahir. Pelepasan campuran dari tengah dan tepi.
- 2) Fase pengeluaran plasenta, yang dapat dinilai dengan beberapa cara, seperti metode Kustner, Klein, dan Strassman, untuk memastikan apakah plasenta sudah terlepas atau belum. Tanda-tanda pelepasan plasenta antara lain rahim menjadi keras dan bulat, fundus naik, tali pusat memanjang, serta terjadi perdarahan tiba-tiba.

d. Kala IV (Kala Pengawasan)

Tahap Kala IV adalah masa pemantauan ketat selama kurang lebih 2 jam setelah persalinan untuk mengantisipasi perdarahan. Keluarnya darah pervaginam dalam jumlah normal pascamelahirkan berasal dari bekas tempat melekatnya plasenta, yang dalam beberapa hari ke depan akan berlanjut menjadi pengeluaran cairan sisa jaringan (lochia). Walau demikian, kewaspadaan tetap diperlukan terhadap risiko perdarahan hebat, seperti yang disebabkan oleh kontraksi rahim yang lembek (atonia uteri) (Subiastutik & Maryanti, 2022).

2.2.6 Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

a) Passage (jalan lahir)

Passage merujuk pada komponen jalan lahir yang mencakup dinamika segmen atas uterus (SAU) dan segmen bawah uterus (SBU) selama proses persalinan. SAU beraktivitas secara aktif melalui kontraksi dan penebalan dinding, sedangkan SBU bersifat pasif dan menipis akibat peregangan berkesinambungan. Anatomi jalan lahir ini terdiri atas struktur osteoarticular (panggul/pelvis) serta kompartemen jaringan lunak, yang meliputi serviks, otot dasar panggul, vagina, hingga introitus vagina. Meskipun jaringan lunak mendukung mekanisme pengeluaran janin, arsitektur panggul maternal tetap menjadi faktor determinan utama dalam menentukan kelancaran persalinan (Aswita, 2025).

b) Power (his dan tenaga mengejan)

Power atau kekuatan pendorong merupakan elemen krusial dalam persalinan yang bersumber dari dua hal: kontraksi rahim (his) dan tenaga ibu saat mengejan. His adalah kekuatan utama (primer) yang timbul dari proses menegangnya otot-otot rahim, sedangkan tenaga mengejan ibu berfungsi sebagai dorongan tambahan untuk membantu mengeluarkan bayi dari jalan lahir (Aswita, 2025).

b) Passenger

Passenger merujuk pada semua komponen yang harus melewati jalan lahir, yaitu janin, plasenta, dan air ketuban. Karena kepala janin merupakan bagian tubuh yang paling besar dan padat, faktor ukuran, posisi, dan orientasi presentasinya sangat menentukan keberhasilan persalinan. Plasenta juga tergolong sebagai *passenger* yang diekstraksi setelah bayi lahir, meskipun jarang menjadi penyulit dalam persalinan normal. Di sisi lain, selaput ketuban yang kuat dan elastis pada usia kehamilan aterm berfungsi melindungi kantung dari robekan dini. Selama selaput ketuban masih utuh, tekanan cairan ketuban bersamaan dengan pembukaan leher rahim akan memberi dorongan hidrostatik yang membantu penurunan bagian bawah janin ke dasar panggul (Aswita, 2025).

d) Psikologis

Kelahiran bayi merupakan salah satu peristiwa yang sangat penting dalam kehidupan seorang ibu dan keluarganya. Menjelang proses persalinan, banyak ibu

mengalami perubahan psikologis, seperti rasa cemas, takut, dan khawatir, sehingga kondisi tersebut perlu mendapat perhatian dari tenaga kesehatan yang memberikan pertolongan persalinan. Perasaan cemas dapat memicu peningkatan hormon stres yang diduga berpengaruh terhadap jalannya proses persalinan. Meskipun hingga saat ini bukti ilmiah yang secara pasti menjelaskan hubungan antara hormon stres, fungsi uterus, dan komplikasi persalinan masih terbatas, kondisi psikologis ibu tetap memiliki peran penting dalam keberhasilan proses persalinan. Oleh karena itu, penolong persalinan perlu memberikan dukungan emosional, rasa aman, serta komunikasi yang baik agar ibu merasa lebih tenang dan nyaman selama proses persalinan, sehingga dapat mendukung kelancaran persalinan dan kelahiran bayi (Ulya, 2022).

e) Penolong

Kesiapan optimal serta ketaatan penolong persalinan terhadap filosofi Asuhan Sayang Ibu menjadi faktor determinan dalam pelayanan maternal. Pendekatan ini mengintegrasikan penghormatan terhadap aspek sosio-kultural, sistem kepercayaan, dan preferensi personal ibu sepanjang proses kelahiran. Salah satu pilar utamanya adalah keterlibatan aktif suami atau keluarga sebagai pendamping persalinan. Bukti empiris mengindikasikan bahwa dukungan psikologis, pendampingan emosional, serta transparansi informasi medis mampu meningkatkan rasa aman ibu, mempercepat kemajuan persalinan, serta mereduksi secara signifikan angka intervensi operatif seperti ekstraksi vakum, forseps, maupun seksio sesarea (Ulya, 2022).

2.2.7 Tahapan Langkah Asuhan Persalinan Normal

60 langkah APN

Mengenali Tanda Kala Dua:

1. Memperhatikan indikasi klinis bahwa ibu memasuki kala dua (dorongan meneran, tekanan pada rektum/vagina, perineum menonjol, vulva dan sfingter ani membuka).

2. Memastikan ketersediaan dan kesiapan alat, bahan, serta obat-obatan esensial (mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menyiapkan spuit steril di dalam set partus).
3. Mengenakan pelindung diri (celemek bersih dan kedap air).
4. Melepas perhiasan di tangan dan lengan, mencuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir, lalu mengeringkannya dengan handuk bersih.
5. Mengenakan sarung tangan DTT/steril pada tangan yang digunakan untuk periksa dalam.
6. Mengisi spuit dengan oksitosin 10 unit secara aseptik, lalu meletakkannya kembali di dalam set partus tanpa mengontaminasi alat.
7. Membersihkan area vulva dan perineum menggunakan kapas DTT dari arah depan ke belakang.
8. Melakukan pemeriksaan dalam (*vaginal touche*) secara aseptik untuk memastikan pembukaan lengkap (10 cm); lakukan amniotomi jika pembukaan lengkap tetapi ketuban belum pecah.
9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan mencelupkannya ke larutan klorin 0,5%, melepaskannya secara terbalik, merendamnya selama 10 menit, lalu mencuci tangan.
10. Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) segera setelah kontraksi selesai untuk memastikan nilainya normal (120–160 kali/menit) dan mencatatnya di partograf.
11. Menginformasikan kepada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan kondisi janin baik, serta membimbing ibu memilih posisi yang nyaman.
12. Meminta bantuan keluarga untuk mendampingi dan menyiapkan posisi ibu (seperti setengah duduk) saat kontraksi timbul.
13. Membimbing ibu untuk mengejan saat ada dorongan kuat, menganjurkan istirahat serta minum di antara kontraksi, memantau DJJ tiap 5 menit, dan menyiapkan rujukan jika bayi belum lahir dalam 2 jam (primipara) atau 1 jam (multipara).
14. Meletakkan handuk bersih di atas perut ibu saat kepala bayi mulai tampak membuka vulva dengan diameter 5–6 cm.

15. Meletakkan kain bersih yang terlipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
16. Membuka penutup set partus DTT/steril.
17. Mengenakan sarung tangan DTT/steril pada kedua belah tangan.
18. Melindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain DTT saat kepala membuka vulva 5–6 cm, sementara tangan lain menahan puncak kepala agar keluar perlahan (*Maneuver Ritgen*).
19. Membersihkan area wajah, hidung, dan mulut bayi menggunakan kain atau kasa DTT bersih.
20. Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat di leher bayi dan menanganinya sesuai kondisi.
21. Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22. Memegang kepala secara biparietal, menuntun lembut ke arah bawah untuk melahirkan bahu depan, lalu ke arah atas untuk melahirkan bahu belakang.
23. Menggeser tangan bawah untuk menyangga kepala, leher, dan dada bayi setelah kedua bahu lahir.
24. Menelusuri dan memegang lengan, siku, punggung, hingga kaki bayi menggunakan tangan atas (*teknik susur*) saat seluruh tubuh lahir.
25. Melakukan penilaian cepat (selama 30 detik) pada bayi baru lahir dan meletakkannya di atas perut ibu.
26. Mengeringkan tubuh bayi dengan handuk bersih mulai dari muka, kepala, hingga tubuh (tanpa membersihkan verniks), lalu membiarkan kontak kulit ibu-bayi.
27. Memasang klem tali pusat pertama kurang lebih 3 cm dari umbilikus bayi, mengurut tali pusat ke arah ibu, lalu memasang klem kedua kurang lebih 2 cm dari klem pertama.
28. Memotong tali pusat di antara dua klem sambil melindungi tubuh bayi.
29. Mengganti handuk basah dengan kain bersih dan kering, menutupi kepala bayi, serta membiarkan tali pusat terbuka.
30. Meletakkan bayi di dada ibu untuk kontak kulit ke kulit dan memfasilitasi Inisiasi Menyusu Dini (IMD).

31. Meletakkan kain di atas perut ibu dan meraba abdomen untuk memastikan tidak ada janin kedua.
32. Memberi tahu ibu bahwa ia akan disuntik obat pendorong kontraksi.
33. Menyuntikkan 10 unit oksitosin secara intramuskular (IM) di 1/3 paha anterolateral luar ibu dalam waktu 1–2 menit pascapersalinan.
34. Memindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5–10 cm dari vulva.
35. Meletakkan satu tangan di atas tulang pubis untuk menahan uterus, sementara tangan lain memegang klem tali pusat.
36. Melakukan penegangan tali pusat sejajar jalan lahir saat kontraksi, sambil mendorong uterus ke arah dorso-kranial secara hati-hati.
37. Meminta ibu mengejan perlahan sambil menuntun tali pusat saat plasenta terlepas, dan memindahkan klem mendekati vulva jika tali pusat memanjang.
38. Melahirkan plasenta dengan kedua tangan saat menyumbul di introitus vagina, lalu memutarnya searah jarum jam hingga selaput ketuban terpilin dan lahir sempurna.
39. Melakukan pemijatan (masase) fundus uteri secara melingkar selama 15 detik segera setelah plasenta lahir hingga kontraksi teraba keras.
40. Memeriksa kelengkapan struktur permukaan maternal (kotiledon) dan fetal (selaput) plasenta, lalu menyimpannya dalam wadah khusus.
41. Memeriksa adanya robekan atau laserasi pada vagina dan perineum, serta melakukan penjahitan jika ada perdarahan aktif.
42. Memastikan kembali kontraksi uterus berjalan adekuat dan tidak terjadi perdarahan berlebih.
43. Mencelupkan kedua tangan bersarung ke dalam larutan klorin 0,5%, membilas dengan air DTT, dan mengeringkannya.
44. Mengikat tali pusat bayi menggunakan benang DTT/steril pada jarak kurang lebih 1 cm dari umbilikus.
45. Membuat simpul pengikat kedua pada sisi yang berlawanan.
46. Melepaskan klem logam bedah dan merendamnya ke dalam larutan klorin 0,5%.
47. Menutup tubuh dan kepala bayi dengan kain bersih, kering, serta mengenakan topi.

48. Mendorong ibu untuk melanjutkan proses menyusui.
49. Memantau kontraksi uterus dan perdarahan berkala (setiap 15 menit pada jam pertama, dan setiap 30 menit pada jam kedua pascapersalinan).
50. Mengajarkan ibu dan keluarga cara melakukan pemijatan fundus uteri secara mandiri.
51. Mengukur dan mengevaluasi estimasi jumlah kehilangan darah.
52. Memeriksa tekanan darah, nadi, kondisi kandung kemih, dan suhu tubuh ibu secara berkala selama 2 jam pascapersalinan.
53. Merendam seluruh peralatan medis kotor ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit, lalu mencucinya.
54. Membuang bahan terkontaminasi (kasa, kapas) ke dalam tempat sampah medis.
55. Membersihkan tubuh ibu dari sisa darah dan cairan ketuban menggunakan air DTT, lalu membantu ibu mengenakan pakaian bersih.
56. Memastikan kenyamanan ibu dan membantu pemberian asupan makan atau minum.
57. Mendekontaminasi tempat tidur persalinan dan area sekitar dengan larutan klorin 0,5% lalu membilasnya.
58. Merendam sarung tangan kotor dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit dengan posisi terbalik sebelum dilepaskan.
59. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir hingga bersih.
60. Melengkapi seluruh data persalinan pada lembar partograf halaman depan dan belakang (Nofianti, 2024).

2.2.8 Partograf

Partograf adalah alat yang digunakan oleh tenaga kesehatan untuk memantau jalannya persalinan dan membantu dalam mengambil keputusan klinis yang tepat. Dengan menggunakan partograf, petugas dapat melihat apakah proses persalinan berlangsung sesuai dengan kondisi normal atau mengalami hambatan sehingga dapat segera dilakukan penanganan yang diperlukan. Partograf digunakan untuk mencatat hasil pengamatan selama proses persalinan berlangsung, terutama untuk memantau

perkembangan pembukaan serviks yang dinilai lewat pemeriksaan dalam. Di samping itu, instrumen ini berperan dalam memantau kondisi maternal dan janin, sekaligus merekam kemajuan persalinan secara grafis guna memfasilitasi visualisasi perkembangan klinis dan mempermudah proses evaluasi.

Dokumentasi pada partograf diinisiasi saat pasien memasuki fase aktif persalinan, yakni ketika dilatasi serviks telah mencapai 4 cm. Partograf menyediakan matriks kolom dan skala untuk mencatat parameter kesejahteraan maternal dan janin, meliputi Denyut Jantung Janin (DJJ), warna/kondisi cairan amnion, serta tingkat molase (*penyusupan*) kepala janin. Pemantauan DJJ dilakukan rutin saban 30 menit dengan membubuhkan titik pada skala grafik yang kemudian dihubungkan antar-titik guna memantau tren fluktuasi secara visual. Rentang fisiologis DJJ berada pada 100--180 kali/menit; kendati demikian, nilai < 120 kali/menit (*bradikardia*) atau > 160 kali/menit (*takikardia*) memerlukan kewaspadaan klinis karena berpotensi mengindikasikan *fetal distress* (Subiastutik & Maryanti, 2022).

Evaluasi kondisi cairan amnion dilakukan bersamaan dengan pemeriksaan dalam (vaginal touche), khususnya pasca-ruptur membran. Dokumentasi status air ketuban menggunakan kode baku: U (utuh), J (jernih), M (mekonium), D (darah), dan K (kering/tidak ada). Selain itu, tingkat molase (penyusupan) tulang kranium janin dinilai berdasarkan derajat tumpang tindihnya: angka 0 menunjukkan tulang terpisah dengan sutura teraba jelas; 1 berarti tulang saling bersentuhan; 2 mengindikasikan tulang tumpang tindih namun masih dapat direposisi (reversibel); serta 3 menandakan tumpang tindih berat yang tidak dapat dipisahkan (irreversibel).

Evaluasi kemajuan persalinan berfokus pada dua indikator utama: dilatasi serviks dan penurunan (*descent*) bagian presentasi janin. Pembukaan serviks didokumentasikan setiap empat jam menggunakan simbol "X" pada matriks grafik partograf. Penurunan kepala janin dipetakan dengan tanda "O" yang dihubungkan garis putus-putus guna memperjelas trajektori penurunan. Grafik ini dilengkapi *garis waspada* (*alert line*) yang membentang dari dilatasi 4 cm hingga pembukaan lengkap

(10 cm) berdasarkan laju pembukaan fisiologis sebesar 1 cm/jam. Secara klinis, kurva kemajuan persalinan idealnya berada di sisi kiri atau sejajar dengan garis waspada tersebut.

Pemantauan dinamika kontraksi uterus dilakukan saban 30 menit dengan mencatat frekuensi his per 10 menit serta durasinya dalam satuan detik. Seluruh intervensi farmakologis dan terapi rehidrasi maternal seperti pemberian oksitosin drip maupun cairan intravena wajib didokumentasikan secara presisi. Parameter hemodinamika ibu dievaluasi melalui pemeriksaan frekuensi nadi tiap 30 menit, tekanan darah tiap empat jam, serta suhu tubuh tiap dua jam. Rangkaian tindakan dan insiden klinis relevan dari Kala I hingga Kala IV kemudian dirangkum pada lembar belakang partograf sebagai rekam medis komprehensif persalinan (Oktarina, 2017).

Gambar 2.2 Gambar Partograf halaman depan

Gambar 2.2 Gambar Partograf halaman depan

PARTOGRAF

No. Registrasi		Nama Ibu :		Umur :		G:		P:		A:	
No. Puskesmas		Tanggal :		Jam:							

Ketuban pecah sejak jam : _____ Mules sejak jam : _____

Denyut Jantung Janin (/menit)

Air ketuban Penyusupan

Pembukaan servik (cm) beri tanda X

Turunya kepala beri tanda ●

Kontraksi tiap 10 menit

Oksitosin U/L tetes/menit

Obat dan Cairan IV

Nadi

Tekanan darah

Temperatur °C

Urin { Protein Aseton Volume

Gambar 2.3 Partograf lembar belakang

CATATAN PERSALINAN								
1.	Tanggal :							
2.	Nama bidan :							
3.	Tempat Persalinan :							
	☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas							
	☐ Polindes ☐ Rumah Sakit							
	☐ Klinik Swasta ☐ Lainnya :							
4.	Alamat tempat persalinan :							
5.	Catatan : ☐ rujuk, kala : I / II / III / IV							
6.	Alasan merujuk :							
7.	Tempat rujukan :							
8.	Pendamping pada saat merujuk :							
	☐ Bidan ☐ Teman							
	☐ Suami ☐ Dukun							
	☐ Keluarga ☐ Tidak ada							
KALA I								
9.	Partogram melewati garis waspada : Y / T							
10.	Masalah lain, sebutkan :							
11.	Penatalaksanaan masalah Tsb :							
12.	Hasilnya :							
KALA II								
13.	Episiotomi :							
	☐ Ya, Indikasi							
	☐ Tidak							
14.	Pendamping pada saat persalinan							
	☐ Suami ☐ Teman ☐ Tidak ada							
	☐ Keluarga ☐ Dukun							
15.	Gawat Janin :							
	☐ Ya, tindakan yang dilakukan							
	a.							
	b.							
	c.							
	☐ Tidak							
16.	Distosia bahu :							
	☐ Ya, tindakan yang dilakukan							
	a.							
	b.							
	c.							
	☐ Tidak							
17.	Masalah lain, sebutkan :							
18.	Penatalaksanaan masalah tersebut :							
19.	Hasilnya :							
KALA III								
20.	Lama kala III : menit							
21.	Pemberian Oksitosin 10 U im ?							
	☐ Ya, waktu : menit sesudah persalinan							
	☐ Tidak, alasan							
22.	Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?							
	☐ Ya, alasan							
	☐ Tidak							
23.	Penegangan tali pusat terkendali ?							
	☐ Ya,							
	☐ Tidak, alasan							
PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV								
Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi		Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1								
2								
Masalah kala IV :								
Penatalaksanaan masalah tersebut :								
Hasilnya :								

24. Masase fundus uteri ?

☐ Ya.

☐ Tidak, alasan

25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak

Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :

a.

b.

26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak

☐ Ya, tindakan :

a.

b.

c.

27. Laserasi :

☐ Ya, dimana

☐ Tidak.

28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4

Tindakan :

☐ Penjahitan, dengan / tanpa anestesi

☐ Tidak dijahit, alasan

29. Atoni uteri :

☐ Ya, tindakan

a.

b.

c.

☐ Tidak

30. Jumlah perdarahan : ml

31. Masalah lain, sebutkan

32. Penatalaksanaan masalah tersebut :

33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badan gram

35. Panjang cm

36. Jenis kelamin : L / P

37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit

38. Bayi lahir :

☐ Normal, tindakan :

☐ mengeringkan
☐ menghangatkan
☐ rangsang taktil
☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu

☐ Aspiksia ringan/pucat/biru/lemas/,tindakan :

☐ mengeringkan

☐ bebaskan jalan napas

☐ rangsang taktil

☐ menghangatkan

☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu

☐ lain - lain sebutkan

☐ Cacat bawaan, sebutkan :

☐ Hipotermi, tindakan :

a.

b.

c.

39. Pemberian ASI

☐ Ya, waktu :jam setelah bayi lahir

☐ Tidak, alasan

40. Masalah lain,sebutkan :

Hasilnya :

Sumber: (Nofianti, 2024)

2.3 Nifas

2.3.1 Pengertian Nifas

Masa nifas (*puerperium*) didefinisikan sebagai fase yang diinisiasi pasca-ekspulsi plasenta dan berlanjut hingga terjadinya involusi organ reproduksi ke kondisi pra-kehamilan. Durasi fisiologis masa ini umumnya memakan waktu 6 minggu, kendati proses pemulihan pada sejumlah kasus dapat berlangsung hingga 12 minggu. Fase ini ditandai oleh serangkaian adaptasi fisiologis maternal yang bertujuan memulihkan sistem tubuh setelah partus. Lebih dari sekadar pemulihan anatomis, masa nifas juga mencakup transisi psikososial di mana ibu beradaptasi dengan peran barunya merawat neonatus. Mengingat kompleksitas perubahan tersebut, periode ini menjadi sangat krusial dan menuntut asuhan komprehensif serta pemantauan adekuat guna mendukung optimalisasi pemulihan dan mencegah morbiditas ibu (Aritonang & Simanjuntak, 2021).

2.3.2 Kunjungan Nifas

Paling sedikit 4 kali melakukan kunjungan pada masa nifas, dengan tujuan untuk:

Tabel 2.4 Kunjungan Nifas

Kunjungan	waktu	Tujuan
1	6-48 Jam setelah persalinan	a) Mencegah terjadinya perdarahan selama masa nifas melalui pemantauan dan penanganan yang tepat setelah persalinan. b) Melakukan deteksi dini terhadap penyebab perdarahan pada masa nifas, memberikan penatalaksanaan yang sesuai, serta merujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap apabila diperlukan. c) Memberikan edukasi atau konseling kepada ibu maupun anggota keluarga mengenai

		upaya pencegahan perdarahan masa nifas, khususnya yang disebabkan oleh atonia uteri. d) Mendukung ibu untuk memulai pemberian Air Susu Ibu (ASI) sejak dini serta memberikan bimbingan agar proses menyusui dapat berlangsung dengan baik.
2	3-7 hari setelah persalinan	a) Evaluasi Involusi Uteri: Memastikan efektivitas proses involusi organ reproduksi yang ditandai oleh kontraksi miometrium yang adekuat, penurunan Tinggi Fundus Uteri (TFU) di bawah umbilikus, pencegahan perdarahan pascapersalinan, serta tidak ditemukannya lochia berbau abnormal (fetid). b) Deteksi Dini Komplikasi: Melakukan penapisan dan pemantauan ketat terhadap indikasi timbulnya demam, infeksi puerperalis, maupun penyakit sekunder lainnya. c) Pemenuhan Kebutuhan Fisiologis: Menjamin tercukupinya kebutuhan dasar maternal, meliputi asupan nutrisi seimbang, hidrasi yang adekuat, serta waktu istirahat yang cukup untuk optimalisasi pemulihan jaringan. d) Evaluasi Laktasi: Memantau keberhasilan pemberian Air Susu Ibu (ASI) serta mengidentifikasi masalah klinis pada

		payudara yang berpotensi menghambat proses laktasi. e) Edukasi Neonatal: Memberikan konseling kepada ibu dan pendamping mengenai manajemen perawatan bayi baru lahir, seperti perawatan tali pusat yang higienis serta upaya pencegahan hipotermia (thermoregulation).
3	8-28 Hari Setelah persalinan	a) Pemeriksaan Involusi Uteri: Memastikan pemulihan uterus berjalan secara fisiologis yang ditandai oleh tonus miometrium yang baik, fundus uteri yang sudah tidak terpalpasi di atas simfisis, terhindar dari perdarahan patologis, serta bebas dari lochia berbau busuk (<i>fetid</i>) sebagai indikator infeksi. b) Pengawasan Komplikasi Puerperium: Memantau secara berkala guna mendeteksi indikasi febris, morbiditas infeksi, atau anomali klinis lainnya pascapersalinan. c) Optimasi Nutrisi dan Pemulihan: Menjamin kecukupan asupan gizi seimbang, hidrasi adekuat, dan durasi istirahat yang proporsional untuk mempercepat pemulihan fisik ibu. d) Evaluasi Kinerja Laktasi: Memantau efektivitas pemberian ASI serta mengidentifikasi hambatan atau komplikasi

		pada payudara yang berpotensi mengganggu proses menyusui. e) Konseling Perawatan Neonatal: Memberikan edukasi komprehensif kepada ibu dan keluarga mengenai manajemen bayi baru lahir, mencakup higiene tali pusat serta pemeliharaan termoregulasi tubuh bayi.
4	29-42 hari setelah persalinan	a) Anamnesis Komprehensif: Menggali informasi klinis dari ibu terkait berbagai keluhan, gejala abnormal, atau kendala kesehatan yang dirasakan oleh ibu maupun bayi selama periode puerperium. b) Konseling Kontrasepsi Dini: Memberikan edukasi dan bimbingan mengenai ragam metode Keluarga Berencana (KB) secara dini guna memfasilitasi pengambilan keputusan dalam pemilihan kontrasepsi yang rasional dan sesuai indikasi kesehatan pasien.

Sumber: (Purwoastuti, 2022)

2.3.3 Tahapan Nifas

Masa nifas dibagi menjadi tiga tahapan, yaitu:

a) Puerperium dini

Puerperium dini merupakan tahap awal masa nifas yang ditandai dengan dimulainya proses pemulihan ibu setelah persalinan. Pada tahap ini, ibu yang melahirkan secara normal tanpa komplikasi dianjurkan untuk mulai melakukan mobilisasi dini, seperti berdiri dan berjalan secara bertahap. Mobilisasi umumnya dapat dilakukan sekitar enam jam setelah kala IV persalinan apabila kondisi ibu stabil.

b) Puerperium intermedial

Puerperium intermedial adalah periode ketika organ-organ reproduksi secara bertahap kembali ke kondisi seperti sebelum kehamilan. Proses pemulihan ini biasanya berlangsung selama kurang lebih enam minggu atau sekitar 42 hari setelah persalinan.

c) Remote puerperium

Remote puerperium merupakan masa pemulihan lanjutan hingga kondisi kesehatan ibu benar-benar kembali optimal. Tahap ini terutama dialami oleh ibu yang mengalami komplikasi selama kehamilan atau persalinan. Lama waktu yang dibutuhkan pada periode ini berbeda-beda pada setiap ibu, bergantung pada jenis dan tingkat keparahan komplikasi yang dialami.

Selain mengalami perubahan fisik, ibu pada masa nifas juga mengalami perubahan psikologis sebagai bagian dari proses penyesuaian terhadap peran baru sebagai seorang ibu. Perubahan ini dapat berbeda pada setiap individu, mulai dari perasaan bahagia dan antusias hingga munculnya rasa cemas, mudah lelah, atau perubahan suasana hati yang memerlukan dukungan dari keluarga dan tenaga kesehatan.

- a) Fase taking in : Perasaan ibu berfokus pada dirinya, berlangsung setelah melahirkan sampai hari ke 2
- b) Fase taking hold : Ibu merasa khawatir akan tidak mampu merawat bayi, muncul perasaan sedih, pada hari ke 3-10
- c) Fase letting go : Ibu merasa percaya diri untuk merawat diri dan bayinya, pada hari ke 10 sampai akhir masa nifas yaitu 42 hari.

Pengeluaran lochea terdiri dari:

- a) Lokia rubra adalah cairan nifas yang keluar pada hari pertama dan kedua pascapersalinan. Cairan ini berwarna merah pekat karena terdiri dari campuran darah segar, sisa selaput ketuban, serpihan jaringan desidua, verniks kaseosa, rambut lanugo, dan mekonium.

- b) Lochea sanguinolenta umumnya muncul pada hari ketiga hingga hari ketujuh masa nifas. Cairan ini terdiri atas campuran darah dan lendir dengan warna merah kecokelatan.
- c) Lochea serosa terjadi sekitar hari ketujuh sampai hari keempat belas setelah persalinan. Cairan nifas pada tahap ini berwarna kekuningan atau kekuningan kecokelatan karena kandungan darahnya sudah semakin berkurang.
- d) Lochea alba merupakan cairan nifas yang keluar mulai hari ke-14 hingga akhir masa nifas. Cairan ini berwarna putih atau putih kekuningan sebagai tanda proses penyembuhan yang berlangsung normal. Apabila lochea berbau tidak sedap disertai tanda infeksi, kondisi tersebut disebut lochea purulenta (Purwoastuti, 2022).

2.3.4 Fisiologi Pada Nifas

Selama puerperium, sistem tubuh maternal menjalani serangkaian penyesuaian fisiologis guna memulihkan status kesehatan pascapersalinan. Seluruh traktus reproduksi baik organ genitalia interna maupun eksterna mengalami involusi secara gradual menuju kondisi anatomis dan fisiologis pra-kehamilan. Proses resolusi organ reproduksi ini membutuhkan waktu transisi sekitar tiga bulan untuk mencapai pemulihan jaringan secara optimal. Adapun rentetan adaptasi fisiologis yang terjadi pada masa nifas mencakup:

- a. Involusi uterus adalah proses kembalinya rahim ke ukuran dan kondisi seperti sebelum kehamilan. Setelah plasenta lahir, uterus akan segera berkontraksi akibat aktivitas otot polos sehingga ukurannya berangsur-angsur mengecil hingga beratnya kembali sekitar 60 gram. Selama masa nifas, organ reproduksi, baik bagian dalam maupun bagian luar, juga mengalami proses pemulihan secara bertahap hingga kembali mendekati keadaan sebelum hamil. Keseluruhan proses perubahan dan pemulihan organ reproduksi tersebut dikenal sebagai involusi uterus.
- b. Proses involusi pada bekas tempat implantasi plasenta ditandai dengan permukaan yang masih kasar, tidak rata, dan berukuran kurang lebih sebesar telapak tangan segera setelah plasenta lahir. Seiring berjalannya masa nifas, ukuran luka tersebut akan berangsur-angsur mengecil. Pada akhir minggu kedua, diameter bekas implantasi

plasenta biasanya tinggal sekitar 3–4 cm dan terus mengecil hingga masa nifas berakhir. Pada fase awal nifas, daerah bekas melekatnya plasenta masih mengandung banyak pembuluh darah besar yang telah tertutup oleh trombus. Berbeda dengan luka pada umumnya yang sembuh dengan membentuk jaringan parut, penyembuhan pada bekas implantasi plasenta terjadi tanpa pembentukan jaringan parut. Proses ini berlangsung melalui regenerasi atau pertumbuhan kembali lapisan endometrium yang berasal dari tepi luka dan sisa-sisa kelenjar yang terdapat pada dasar luka.

c. Payudara (mammariae)

Perubahan pada payudara selama masa nifas terjadi sebagai bagian dari proses persiapan dan produksi ASI. Setelah persalinan, kadar hormon progesteron menurun secara signifikan, sementara kadar hormon prolaktin meningkat sehingga merangsang produksi air susu ibu (ASI). Kolostrum umumnya telah tersedia sejak bayi lahir, sedangkan produksi ASI dalam jumlah lebih banyak biasanya dimulai pada hari kedua hingga hari ketiga setelah persalinan. Pada masa ini, payudara akan terasa lebih besar, penuh, dan agak keras, yang merupakan tanda bahwa proses laktasi telah dimulai.

d. Perubahan pada ligamen terjadi karena ligamen, diafragma pelvis, dan fasia mengalami peregangan selama kehamilan dan persalinan. Setelah proses persalinan, jaringan tersebut akan berangsur-angsur kembali mengencang seperti semula. Namun, tidak jarang wanita mengeluhkan perasaan “turunnya” kandungannya setelah melahirkan. Hal ini disebabkan oleh ligamen, fasia, dan jaringan penunjang organ genital yang menjadi lebih kendur, sehingga dapat menyebabkan posisi uterus berubah, misalnya menjadi retrofleksi.

e. Setelah persalinan, serviks mengalami perubahan dengan tekstur yang menjadi lebih lunak, kendur, dan berbentuk seperti corong. Warna serviks tampak kemerahan hingga kehitaman akibat peningkatan pembuluh darah. Sesaat setelah bayi lahir, serviks masih dapat dimasuki 2–3 jari pemeriksa, tetapi sekitar satu minggu kemudian hanya dapat dimasuki satu jari. Meskipun robekan serviks dapat pulih selama proses involusi, bentuk ostium eksternum tidak akan kembali sama seperti sebelum kehamilan.

f. Lokea merupakan hasil dari proses involusi uterus, yaitu peluruhan lapisan desidua yang tadinya melapisi tempat implantasi plasenta hingga menjadi jaringan nekrotik. Jaringan desidua yang sudah mati ini kemudian keluar bersama sisa cairan rahim selama masa nifas berlangsung. Sifat lokea sendiri basa (alkalis), berbeda dari kondisi normal vagina yang cenderung asam, sehingga mikroorganisme bisa berkembang biak lebih cepat dari biasanya. Salah satu jenis lokea adalah lokia rubra, yang berwarna merah karena mengandung darah.

g. Perubahan pada vulva dan perineum terjadi segera setelah persalinan, di mana vagina masih dalam keadaan terbuka lebar dan dapat mengalami edema ringan. Kondisinya menjadi lebih kendur, sedangkan sisa himen tampak sebagai tonjolan kecil yang sedang dalam proses pembentukan Kembali.

h. Perubahan pada sistem perkemihan

Pada 12 jam pertama setelah persalinan, tubuh ibu mulai mengeluarkan kelebihan cairan yang menumpuk selama kehamilan. Proses ini terjadi melalui peningkatan produksi keringat, terutama pada malam hari selama dua hingga tiga hari pertama, serta peningkatan jumlah urine (diuresis). Perubahan tersebut dipengaruhi oleh penurunan kadar estrogen, berkurangnya tekanan pada pembuluh darah di tungkai, dan menurunnya volume darah setelah persalinan. Akibat pengeluaran cairan ini, berat badan ibu umumnya berkurang sekitar 2,5 kg selama masa postpartum.

i. Perubahan pada sistem pencernaan

Pada 1–3 hari pertama pascapersalinan, eliminasi fekal (buang air besar) pada ibu nifas umumnya mengalami perubahan pola. Kondisi ini dipicu oleh hipotonia otot pencernaan pascapersalinan, riwayat pemberian enema pre-partum, defisit asupan nutrisi dan cairan, serta hambatan psikologis berupa kecemasan akan rasa nyeri pada luka perineum atau sfingter ani. Kombinasi faktor tersebut menyebabkan konstipasi menjadi komplikasi yang kerap ditemui pada minggu pertama puerperium. Oleh karena itu, reedukasi dan pemulihan kebiasaan defekasi secara teratur sangat penting dilakukan seiring kembalinya tonus otot pencernaan (Purwoastuti, 2022).

2.3.5 Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

Kebutuhan Ibu pada Masa Nifas

a) Nutrisi dan cairan

Selama masa nifas, ibu dianjurkan untuk memenuhi kebutuhan gizi dengan menambah asupan sekitar 500 kalori per hari. Selain itu, ibu sebaiknya minum sedikitnya 3 liter air setiap hari dan mengonsumsi tablet zat besi selama kurang lebih 40 hari setelah melahirkan untuk membantu memenuhi kebutuhan zat besi dan mencegah anemia.

b) Pemberian kapsul vitamin A 200.000 IU

Ibu nifas dianjurkan mengonsumsi kapsul vitamin A dosis 200.000 IU untuk mendukung proses pemulihan setelah persalinan serta meningkatkan kandungan vitamin A dalam ASI sehingga dapat bermanfaat bagi bayi.

c) Mobilisasi (ambulasi)

Pada ibu yang menjalani persalinan normal dengan kondisi stabil, tanpa infus maupun kateter, mobilisasi dini dapat dimulai sekitar 1–2 jam setelah melahirkan dengan bantuan. Sebelum berjalan, ibu dianjurkan melakukan latihan pernapasan dalam dan menggerakkan tungkai secara sederhana untuk membantu melancarkan sirkulasi darah.

d) Eliminasi urine

Ibu diharapkan sudah dapat berkemih dalam waktu 6–8 jam pertama setelah persalinan. Jumlah urine yang keluar sebaiknya dipantau, dengan volume minimal sekitar 150 ml setiap kali berkemih. Kesulitan berkemih dapat disebabkan oleh penurunan tonus kandung kemih, pembengkakan akibat trauma persalinan, atau rasa nyeri dan takut saat buang air kecil.

e) Aktivitas seksual

Hubungan seksual dapat dilakukan kembali apabila ibu telah merasa siap, kondisi fisiknya telah pulih, dan tidak merasakan nyeri atau keluhan lain yang dapat mengganggu aktivitas tersebut.

f) Istirahat

Ibu dianjurkan untuk mendapatkan waktu istirahat yang cukup agar proses pemulihan berlangsung optimal. Salah satu cara yang dapat dilakukan adalah beristirahat atau tidur ketika bayi sedang tidur.

g) Kebersihan diri dan perineum

Personal hygiene maternal, khususnya perawatan kebersihan area perineum, merupakan langkah preventif utama untuk menekan risiko infeksi puerperalis. Protokol perawatan mencakup penggantian pembalut secara berkala, penerapan higiene tangan menggunakan sabun dan air mengalir sebelum maupun sesudah sanitasi genital, serta pembilasan luka episiotomi atau laserasi menggunakan air bersih tanpa melakukan manipulasi yang tidak diperlukan pada area lesi.

h) Latihan nifas

Senam nifas merupakan latihan fisik yang dilakukan setelah kondisi ibu membaik pascapersalinan. Latihan ini bermanfaat untuk mempercepat pemulihan fisik, meningkatkan sirkulasi darah, serta membantu menjaga kesehatan psikologis ibu. Senam nifas sebaiknya mulai dilakukan dalam 24 jam pertama setelah persalinan, sesuai kondisi ibu, dan dilakukan secara rutin setiap hari (Aritonang & Simanjuntak, 2021).

2.4 Bayi Baru Lahir

2.4.1 Pengertian Bayi baru Lahir

Bayi baru lahir atau neonatus adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan cukup bulan, yaitu sekitar 37–42 minggu. Bayi lahir secara spontan dengan presentasi kepala, menangis kuat, bernapas secara spontan dan teratur, serta memiliki berat badan lahir antara 2.500–4.000 gram. Setelah lahir, bayi harus mampu beradaptasi dengan lingkungan di luar rahim (kehidupan ekstrauterin). Berdasarkan usia kehamilan dan berat badan lahir, bayi dapat dikelompokkan menjadi bayi cukup bulan, bayi prematur, dan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Masa bayi, terutama usia 0–11 bulan, merupakan periode pertumbuhan dan perkembangan yang sangat cepat, bahkan menjadi bagian dari periode emas kehidupan yang sangat menentukan tumbuh kembang anak. Dengan demikian, bayi baru lahir dapat diartikan sebagai bayi yang

baru dilahirkan dengan usia kehamilan yang sesuai dan mulai melakukan penyesuaian diri terhadap kehidupan di luar rahim (Murniati, 2023) .

2.4.2 Kunjungan Bayi Baru Lahir

a. Kunjungan Neonatal Pertama (KN 1)

Kunjungan Neonatal Pertama (KN1) dilaksanakan pada interval 6–48 jam pascabayi lahir dengan cakupan asuhan medis sebagai berikut:

1. Pencegahan Perdarahan & Imunisasi: Memastikan profilaksis Vitamin K1 dan imunisasi Hepatitis B0 (*HB-0*) telah diberikan secara adekuat.
2. Pemantauan Antropometri: Menilai antropometri berat badan bayi untuk dibandingkan dengan data berat lahir serta berat badan saat keluar dari fasilitas kesehatan.
3. Pencegahan Hipotermia: Memberikan edukasi termoregulasi neonatal kepada ibu dan keluarga guna mencegah risiko komplikasi hipotermia.
4. Edukasi Perawatan Dasar: Menyampaikan bimbingan klinis terkait tata cara perawatan dasar bayi baru lahir.
5. Penapisan Tanda Bahaya Neonatal: Mengedukasi keluarga mengenai indikasi kegawatdaruratan neonatal, mencakup kelemahan reflek hisap (muntah/menolak menyusu), manifestasi kejang, letargi, distress pernapasan (sesak/merintih), tanda omfalitis (tali pusat hiperemis, fetid, atau purulen), febris, konjungtivitis purulenta, diare, ikterus patologis pada kulit/sklera, hingga acholic stool (tinja pucat).

b. Kunjungan Neonatal Kedua (KN 2)

Kunjungan kedua dilaksanakan pada interval hari ke-3 hingga ke-7 pascalahir, dengan cakupan asuhan meliputi:

1. Evaluasi antropometri berat badan bayi untuk menilai dinamika fluktuasi (penurunan atau kenaikan) dibanding bobot lahir.
2. Pemantauan keseimbangan asupan dan ekskresi (*intake-output*) cairan serta nutrisi bayi.
3. Penapisan klinis terhadap potensi munculnya tanda kegawatdaruratan neonatal.
4. Penilaian adekuasi suplai Air Susu Ibu (ASI) dan efektivitas laktasi.

c. Kunjungan Neonatal Ketiga (KN 3)

Kunjungan ketiga dilakukan pada rentang hari ke-8 hingga ke-28 pascalahir, yang mencakup intervensi:

1. Pengukuran antropometri berkala (berat badan dan panjang badan) serta evaluasi laju pertumbuhan dibanding data minggu sebelumnya.
2. Observasi pola *intake* dan *output* secara mendalam.
3. Pemeriksaan fisik komprehensif untuk mendeteksi tanda bahaya pada bayi.
4. Evaluasi kecukupan produksi dan asupan ASI.
5. Penilaian status serta kebutuhan pemenuhan nutrisi bayi secara optimal (Astuti, 2025).

2.4.3 Perubahan Fisiologi Bayi Baru Lahir

Ilmu ini mengkaji fungsi serta proses vital neonatus, bayi baru lahir yang berada dalam masa pertumbuhan dan harus beradaptasi dari kehidupan di dalam kandungan (intrauterine) ke luar kandungan (ekstrauterin). Adapun perubahan-perubahan fisiologis yang terjadi pada bayi baru lahir meliputi:

a) Sistem respirasi

Pernapasan pertama pada bayi baru lahir dipengaruhi oleh beberapa faktor, di antaranya hipoksia ringan yang terjadi pada akhir proses persalinan sehingga merangsang pusat pernapasan, serta tekanan pada rongga dada selama bayi melewati jalan lahir yang membantu paru-paru mengembang saat tekanan tersebut dilepaskan.

Napas pertama ini berfungsi untuk mengeluarkan cairan yang masih berada di dalam paru-paru dan membuka alveolus agar proses pertukaran oksigen dapat berlangsung dengan baik. Pada periode reaktivitas pertama, frekuensi napas bayi umumnya lebih cepat, yaitu sekitar 40–60 kali per menit.

b) Sistem peredaran darah

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, sirkulasi darah mengalami perubahan dari sirkulasi janin menjadi sirkulasi di luar rahim. Duktus venosus mulai menutup, sedangkan resistensi pembuluh darah sistemik meningkat. Ketika bayi mulai bernapas, aliran darah ke paru-paru bertambah sehingga pertukaran oksigen di alveolus berlangsung lebih baik dan cairan paru-paru dapat terserap secara bertahap. Peningkatan aliran darah ke paru juga memicu perubahan pada sistem peredaran darah, seperti penutupan foramen ovale dan duktus arteriosus, yang sebelumnya berperan penting selama kehidupan janin. Perubahan tekanan dalam pembuluh darah setelah tali pusat dipotong dan meningkatnya kadar oksigen akibat napas pertama menjadi faktor utama yang menyebabkan kedua saluran tersebut menutup. Dengan demikian, sistem sirkulasi bayi beradaptasi sehingga mampu memenuhi kebutuhan oksigen tubuh secara mandiri di luar rahim (Murniati, 2023).

2.4.4 Penanganan Pada BBL

Tujuan utama perawatan segera setelah bayi lahir adalah memastikan jalan napas bayi bersih dan terbuka sehingga bayi dapat bernapas dengan baik, serta melakukan penilaian awal terhadap kondisi bayi menggunakan skor APGAR untuk mengetahui kemampuan bayi beradaptasi setelah lahir..

Tabel 2.5 Nilai APGAR Score

Nilai APGAR lima menit pertama	Penanganan
0-3	Tempatkan bayi di tempat yang hangat, berikan oksigen bila diperlukan, lakukan stimulasi atau resusitasi sesuai indikasi, dan rujuk jika diperlukan.

4-6	Tempatkan bayi di tempat yang hangat, berikan oksigen bila diperlukan, dan lakukan stimulasi taktil.
7-10	Dilakukan penatalaksanaan sesuai dengan standar perawatan bayi baru lahir normal.

Sumber: (Murniati, 2023)

Tabel 2.6 APGAR Score

Penilaian pada BBL	Score		
	0	1	2
Apperature/ warna kulit	Seluruh tubuh warna kebiruan	Warna kulit tubuh normal,tetapi tangan dan kiri berwarna kebiruan	Warna kulit seluruh tubuh normal
Pulse / nadi	Denyut jantung tidak ada	Denyut jantung < 100 kali per menit	Denyut jantung >100 kali permenit
Grimace/respons reflex	Tidak ada respon terhadap stimulasi	Wajah meringis saat distimulasi	Meringis menarik, batuk atau bersin saat stimulasi
Activity/tonus otot	Lemah atau tidak ada Gerakan	Lengan dan kaki dalam posisi	Bergerak aktif dan spontan

Respiratory/ pernafasan	Tidak bernafas . pernafasan lambat	Menangis lemah	Menagis kuat
----------------------------	---	-------------------	--------------

Sumber: (Murniati, 2023)

2.5 Keluarga Berencana

2.5.1 Pengertian Keluarga Berencana

Konseling keluarga berencana (KB) merupakan proses komunikasi antara tenaga kesehatan dan klien untuk membahas rencana reproduksi, kebutuhan, pilihan metode kontrasepsi, serta berbagai hal yang menjadi pertimbangan klien. Melalui konseling, klien memperoleh informasi yang lengkap sehingga dapat menentukan pilihan kontrasepsi secara sadar, bebas, dan sesuai dengan kebutuhannya. Oleh karena itu, Keluarga Berencana (KB) merupakan langkah strategis dalam mengelola kehamilan, termasuk merencanakan jumlah anak, jarak kelahiran, dan usia kehamilan yang ideal melalui penggunaan kontrasepsi untuk membangun keluarga yang berkualitas, sehat, dan sejahtera.

2.5.2 Fisiologis keluarga berencana

Kesehatan reproduksi didefinisikan oleh *World Health Organization* (WHO) sebagai kondisi kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang utuh secara menyeluruh—bukan sekadar terbebas dari penyakit atau kecacatan—dalam seluruh aspek yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi. Dalam lingkup pelayanan kesehatan reproduksi, konseling Keluarga Berencana (KB) bertujuan untuk memfasilitasi pengambilan keputusan klien secara mandiri dan sukarela (*informed choice*) terkait penggunaan metode kontrasepsi. Selain itu, konseling ini berfungsi memberikan edukasi serta solusi atas keluhan atau pengalaman masa lalu klien terhadap metode tertentu, sekaligus memandu proses alih metode (*drop-out/switching*) kontrasepsi apabila diperlukan.

2.5.3 Jenis Kb Metode Amenore Laktasi (MAL)

Metode Amenore Laktasi (MAL) merupakan salah satu bentuk kontrasepsi yang memanfaatkan pemberian ASI secara menyeluruh sebagai sarana pencegahan kehamilan.

Syarat MAL

- a. Bayi tersebut harus berusia kurang dari 6 bulan.
- b. Wanita tersebut tidak mengalami perdarahan vaginal setelah 56 hari postpartum.
- c. Menyusui harus menjadi sumber nutrisi eksklusif untuk bayinya.

Cara Kerja MAL

Konsentrasi hormon prolaktin akan meningkat sebagai respons terhadap rangsangan hisapan bayi yang terjadi secara berulang selama proses menyusui. Apabila intensitas dan frekuensi menyusui mencukupi, kadar prolaktin akan tetap berada pada tingkat yang tinggi. Selain berperan dalam merangsang produksi air susu ibu (ASI), prolaktin juga menekan sekresi hormon luteinizing hormone (LH), yaitu hormon yang diperlukan untuk mempertahankan siklus menstruasi. Tingginya kadar prolaktin menyebabkan ovarium menjadi kurang peka terhadap rangsangan hormon gonadotropin yang kadarnya memang relatif rendah selama masa menyusui. Kondisi ini mengakibatkan aktivitas ovarium terhambat, kadar estrogen menurun, serta ovulasi tidak terjadi (anovulasi). Bahkan ketika fungsi ovarium mulai kembali, kadar prolaktin yang masih tinggi dapat memperpendek fase luteal sehingga tingkat kesuburan tetap menurun. Oleh karena itu, mekanisme kerja Metode Amenore Laktasi (MAL) didasarkan pada penundaan atau penekanan proses ovulasi.

Efektifitas MAL

Jika seseorang ibu memberikan ASI kepada bayinya sesuai dengan kriteria MAL, maka kemungkinan untuk ibu hamil dalam 6 bulan pertama setelah melahirkan hanya kurang dari 2%. Bagaimanapun untuk kebanyakan wanita 1 dari 50 kemungkinan untuk terjadinya kehamilan yang tidak terduga lebih besar risikonya dibandingkan mereka yang mengkombinasikan pemberian ASI/laktasi dengan metode kontrasepsi saja.

Syarat agar Metode Amenore Laktasi (MAL) efektif hingga 98%

- a. Perdarahan yang terjadi sebelum 56 hari setelah persalinan tidak dianggap sebagai menstruasi.
- b. Bayi menyusui langsung pada payudara ibu.
- c. Menyusui dimulai dalam 30 menit hingga 1 jam pertama setelah bayi lahir.
- d. Bayi memperoleh kolostrum sebagai ASI pertama.
- e. Pemberian ASI dilakukan sesuai kebutuhan bayi (*on demand*) dan menggunakan kedua payudara.
- f. Ibu menyusui sesering mungkin, termasuk pada malam hari.
- g. Jarak antar waktu menyusui tidak lebih dari 4 jam.

Keuntungan Metode Amenore Laktasi (MAL)

Keuntungan sebagai Metode Kontrasepsi:

- a) Sangat efektif mencegah kehamilan (mencapai 98%) selama 6 bulan pertama setelah melahirkan.
- b) Dapat diterapkan secara langsung setelah persalinan.
- c) Sama sekali tidak mengganggu hubungan seksual.
- d) Aman dan tidak menimbulkan efek samping pada sistem tubuh.
- e) Praktis karena tidak memerlukan pengawasan medis secara khusus.
- f) Tidak membutuhkan bantuan obat-obatan maupun alat kontrasepsi.
- g) Hemat dan tidak memerlukan biaya sama sekali.

2) Manfaat nonkontrasepsi

a) Bagi bayi

- Memberikan antibodi alami melalui ASI sehingga meningkatkan kekebalan tubuh.
- Menjadi sumber nutrisi terbaik untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan bayi.
- Mengurangi risiko kontaminasi yang dapat berasal dari air, susu formula, maupun peralatan minum.

b) Bagi ibu

- Membantu mengurangi perdarahan setelah persalinan.
- Menurunkan risiko terjadinya anemia.

-Mempererat ikatan emosional antara ibu dan bayi.

Keterbatasan Metode Amenore Laktasi (MAL)

- a. Memerlukan persiapan sejak masa kehamilan agar ibu dapat mulai menyusui segera setelah persalinan.
- b. Pelaksanaannya dapat terhambat oleh kondisi sosial atau pekerjaan ibu.
- c. Efektivitas metode ini hanya bertahan selama ibu belum menstruasi dan bayi berusia kurang dari 6 bulan dengan pemberian ASI eksklusif secara teratur, termasuk pada malam hari. Setelah menstruasi kembali atau bayi berusia lebih dari 6 bulan, kemungkinan terjadinya ovulasi akan meningkat.
- d. Tidak memberikan perlindungan terhadap infeksi menular seksual (IMS), termasuk hepatitis B dan HIV.

Indikasi penggunaan MAL

- a. Ibu memberikan ASI secara eksklusif dan bayi berusia kurang dari 6 bulan.
- b. Ibu belum mengalami menstruasi setelah melahirkan.
- c. Ibu dianjurkan beralih ke metode kontrasepsi lain, tetapi tetap melanjutkan pemberian ASI apabila bayi mulai mendapat makanan pendamping secara rutin, menstruasi telah kembali, frekuensi menyusui berkurang, atau usia bayi telah mencapai 6 bulan atau lebih.

Kontraindikasi penggunaan MAL

- a. Ibu telah mengalami menstruasi setelah persalinan.
- b. Ibu tidak memberikan ASI secara eksklusif.
- c. Usia bayi telah melebihi 6 bulan.
- d. Ibu bekerja sehingga terpisah dari bayi selama lebih dari 6 jam (Erna, 2021).

2.5.4 Jenis KB Tubektomi

Tubektomi merupakan metode kontrasepsi dengan prosedur bedah untuk menghentikan fertilisasi. Tubektomi disarankan bagi pasangan yang ingin menghentikan kehamilan. Kunci penting yang perlu diketahui oleh penyedia layanan (provider) dan calon akseptor tubektomi yaitu:

- a. Tubektomi merupakan kontrasepsi permanen untuk perlindungan yang sangat efektif dari fertilisasi.
- b. Memerlukan pemeriksaan fisik dan pembedahan yang dilakukan oleh tenaga ahli.
- c. Tidak memiliki efek samping
- d. Pemberian konseling dan permintaan persetujuan tindakan mutlak untuk dilakukan sebelum prosedur pembedahan.

Cara kerja tubektomi sebagai metode kontrasepsi yaitu dengan memotong atau membuat sumbatan pada tuba agar sel telur tidak dapat bertemu dengan sperma.

Jenis prosedur yang banyak digunakan pada prosedur tubektomi yaitu:

- a. Mini laparotomi.

Prosedur ini merupakan penyederhanaan dari prosedur laparotomi terdahulu. Prosedur ini dilakukan dengan membuat sayatan kecil sekitar 3 cm di perut bawah. Pengambilan tuba dilakukan dari sayatan ini, kemudian tuba dikeluarkan dan dilakukan pengikatan ataupun pemotongan. Setelah itu, tuba dikembalikan dan luka sayatan ditutup kembali. Prosedur ini aman dan efektif, dapat dilakukan pada perempuan di masa interval maupun pascamelahirkan.

- b. Laparoskopi

Prosedur laparoskopi dilakukan dengan memasukkan alat berupa tabung yang tipis dan panjang yang berisi lensa ke dalam perut melalui sayatan kecil kemudian pemotongan atau pengikatan tuba dilakukan di dalam perut. Dapat dilakukan pada 6-8 minggu pascamelahirkan atau setelah abortus tanpa komplikasi. Prosedur ini harus dilakukan oleh dokter spesialis kandungan yang sudah terlatih.

Efektivitas Tubektomi:

Metode tubektomi sangat efektif, 5 kehamilan per 1000 perempuan pada tahun pertama penggunaan. Kemungkinan hamil sangat rendah-hingga perempuan mengalami menopause: Efektivitas ini bervariasi tergantung bagaimana cara menyumbat tuba. Teknik yang paling efektif adalah dengan memotong saluran tuba dan mengikat ujung tuba falopi yang dipotong.

Manfaat Tubektomi:

- a. Membantu melindungi dari kehamilan.
- b. Membantu melindungi dari penyakit radang panggul.
- c. Menurunkan risiko kanker ovarium.
- d. Mengurangi risiko kehamilan ektopik.

Efek Samping dan Komplikasi:

Tidak ada efek samping dari metode tubektomi. Komplikasi dapat terjadi namun kasusnya sangat jarang terjadi. Layaknya operasi minor, komplikasi yang dapat terjadi seperti infeksi pada luka sayatan, abses, hematoma (subkutan) dan perdarahan superfisial. Penanganan dilakukan sesuai dengan komplikasi yang ditemukan (Suryaningsih & Sukriani, 2023).

2.6 Manajemen Asuhan Kebidanan

2.6.1 Langkah Hallen varney

Manajemen asuhan kebidanan 7 langkah Varney (sering disebut Hallen/Helen Varney) merupakan kerangka kerja sistematis yang digunakan bidan untuk memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif, berkesinambungan, dan berfokus pada kebutuhan klien. Pendekatan ini membantu bidan dalam mengumpulkan data, menganalisis masalah, merencanakan tindakan, melaksanakan asuhan, hingga mengevaluasi hasil asuhan secara profesional dan bertanggung jawab.

a. Langkah 1: Pengumpulan Data Dasar (Data Subjektif dan Objektif)

Langkah pertama merupakan fondasi utama dalam asuhan kebidanan. Pada tahap ini bidan mengumpulkan seluruh data yang berkaitan dengan kondisi klien secara lengkap, sistematis, dan akurat. Data yang dikumpulkan meliputi data subjektif (apa yang dirasakan dan disampaikan oleh klien) dan data objektif (hasil pemeriksaan fisik, laboratorium, dan observasi). Pengkajian data kebidanan terbagi menjadi dua: data subjektif (mencakup profil pasien, keluhan utama, riwayat kesehatan, rekam medis reproduksi, serta aspek psikososial-budaya) dan data objektif (meliputi TTV, pemeriksaan fisik umum dan khusus, hasil laboratorium/penunjang, serta faktor lingkungan). Kelengkapan pengumpulan kedua data tersebut sangat penting untuk menjamin akurasi langkah penanganan berikutnya.

b. Langkah 2: Interpretasi Data (Identifikasi Diagnosis atau Masalah Kebidanan)

Setelah data terkumpul, bidan melakukan analisis dan interpretasi untuk menentukan diagnosis kebidanan atau masalah kebidanan yang dialami klien. Diagnosis kebidanan berbeda dengan diagnosis medis karena berfokus pada respon klien terhadap kondisi fisiologis maupun patologis. Pada langkah ini, bidan mengelompokkan data yang relevan, membandingkannya dengan standar normal, lalu menarik kesimpulan mengenai kondisi klien. Hasil interpretasi dapat berupa kondisi normal (fisiologis), masalah kebidanan aktual, atau kebutuhan khusus klien yang memerlukan perhatian dan asuhan tertentu.

c. Langkah 3: Identifikasi Masalah PotensialLangkah ketiga bertujuan untuk mengidentifikasi masalah atau komplikasi potensial yang mungkin terjadi apabila tidak dilakukan pencegahan atau penanganan sejak dini. Masalah potensial ini belum terjadi, tetapi memiliki risiko tinggi berdasarkan data yang ada. Bidan dituntut untuk berpikir kritis dan memiliki kewaspadaan tinggi, misalnya risiko anemia, risiko preeklamsia, risiko perdarahan, atau risiko infeksi. Dengan mengidentifikasi masalah potensial, bidan dapat melakukan upaya promotif dan preventif guna mencegah terjadinya komplikasi yang membahayakan ibu dan bayi.

d. Langkah 4: Identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera, Kolaborasi, dan Rujukan

Pada tahap ini, bidan mengevaluasi dan menetapkan indikasi kebutuhan penanganan darurat secara cepat guna mengantisipasi ancaman jiwa atau meminimalkan komplikasi berat. Bidan juga menilai urgensi keterlibatan interdisipliner melalui kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain maupun pelaksanaan rujukan medis apabila kondisi klinis pasien melampaui batas kewenangan profesionalnya. Pengambilan keputusan pada tahapan ini dituntut untuk berlangsung secara sigap, akurat, serta senantiasa mengacu pada standar pelayanan kebidanan yang berlaku..

e. Langkah 5: Perencanaan Asuhan Kebidanan

Perencanaan merupakan tahap penyusunan rencana asuhan yang individual, realistis, dan berorientasi pada kebutuhan klien. Rencana asuhan disusun berdasarkan diagnosis, masalah aktual, dan masalah potensial yang telah

diidentifikasi sebelumnya. Rencana ini mencakup tujuan asuhan, kriteria hasil yang diharapkan, serta intervensi yang akan dilakukan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif. Dalam perencanaan, bidan juga perlu melibatkan klien dan keluarga agar asuhan yang diberikan dapat diterima dan dilaksanakan dengan baik.

f. Langkah 6: Pelaksanaan Asuhan Kebidanan

Pada tahap ini, bidan melaksanakan seluruh rencana asuhan yang telah disusun. Pelaksanaan dilakukan sesuai standar operasional prosedur (SOP), etika profesi, dan kewenangan bidan. Selain melakukan tindakan kebidanan, bidan juga memberikan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) kepada klien dan keluarga. Selama pelaksanaan, bidan harus tetap melakukan observasi terhadap respon klien dan siap menyesuaikan tindakan bila terjadi perubahan kondisi.

g. Langkah 7: Evaluasi Asuhan Kebidanan

Langkah terakhir adalah evaluasi, yaitu proses menilai keberhasilan asuhan kebidanan yang telah diberikan. Bidan membandingkan hasil yang dicapai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan pada tahap perencanaan. Jika tujuan telah tercapai, asuhan dapat dilanjutkan atau dihentikan sesuai kebutuhan. Namun, jika tujuan belum tercapai, bidan perlu melakukan pengkajian ulang dan menyesuaikan rencana asuhan. Evaluasi memastikan bahwa asuhan kebidanan bersifat dinamis, berkesinambungan, dan selalu berorientasi pada keselamatan serta kesejahteraan klien (Asih, 2021).

2.6.2 SOAP

SOAP merupakan metode pendokumentasian asuhan kebidanan yang digunakan untuk mencatat data, analisis, dan rencana asuhan secara sistematis. Pendokumentasian SOAP membantu bidan dalam memberikan asuhan yang berkesinambungan, meningkatkan komunikasi antar tenaga kesehatan, serta menjadi bukti tertulis pelayanan kebidanan yang profesional. Metode ini diperkenalkan oleh Lawrence Weed dan hingga kini diterapkan luas dalam praktik kebidanan (Asih, 2021).

Subjective (S) adalah bagian dokumentasi yang memuat data subjektif yang diperoleh langsung dari klien atau keluarga melalui wawancara. Data ini

mencerminkan keluhan utama, perasaan, serta pengalaman klien terhadap kondisi kesehatannya. Dalam kebidanan, data subjektif meliputi identitas ibu, keluhan yang dirasakan, riwayat kehamilan sekarang dan sebelumnya, riwayat penyakit, pola aktivitas, nutrisi, istirahat, eliminasi, serta kondisi psikologis dan sosial. Data subjektif menjadi dasar awal bagi bidan untuk memahami masalah kebidanan dari sudut pandang klien.

Objective (O) merupakan bagian yang diperoleh melalui observasi dan pemeriksaan langsung oleh bidan, data objektif mencakup parameter klinis yang dapat diukur dan divalidasi secara nyata. Contohnya meliputi TTV, status fisik umum/kebidanan, TFU, DJJ, dan tes penunjang laboratorium. Kehadiran data objektif ini penting untuk memverifikasi keluhan subjektif agar evaluasi kondisi klinis pasien lebih tepat. Assessment (A) adalah hasil analisis dan interpretasi dari data subjektif dan objektif yang telah dikumpulkan. Pada bagian ini bidan menetapkan diagnosis kebidanan, masalah kebidanan aktual, serta masalah potensial yang mungkin terjadi. Assessment menggambarkan kemampuan berpikir kritis bidan dalam mengidentifikasi kondisi klien, menentukan status kesehatan ibu dan janin, serta mengenali risiko yang memerlukan pemantauan atau tindakan lebih lanjut.

Plan (P) merupakan bagian yang memuat rencana asuhan kebidanan yang akan diberikan berdasarkan hasil assessment. Rencana ini mencakup tindakan observasi, intervensi kebidanan, pemberian edukasi dan konseling, pemberian terapi sesuai kewenangan bidan, serta rencana kolaborasi atau rujukan jika diperlukan. Plan disusun secara jelas dan realistis agar dapat langsung dilaksanakan dan dievaluasi pada kunjungan selanjutnya (Asih, 2021).