

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah sebuah proses yang dimulai dari tahap konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya kehamilan normal adalah 280 hari (40 minggu) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi. Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa kehamilan adalah suatu proses yang diawali dengan penyatuan spermatozoa dan ovum (fertilisasi) dan dilanjutkan dengan implantasi hingga lahirnya bayi yang lamanya berkisar 40 minggu (Dewi, M. 2024).

Kehamilan fisiologis adalah kehamilan yang berlangsung normal dan sehat, tanpa komplikasi, sejak terjadinya pembuahan hingga persalinan. Ini berarti bahwa perubahan yang terjadi pada tubuh ibu dan perkembangan janin berlangsung sesuai dengan tahapan normal tanpa adanya gangguan atau masalah kesehatan yang signifikan. *Antenatal Care* (ANC) berperan sebagai upaya deteksi dini dan pencegahan terhadap faktor-faktor risiko yang dapat memengaruhi kehamilan. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan bahwa pelayanan *antenatal care* berfungsi utama guna memantau kesejahteraan janin sekaligus mendeteksi risiko komplikasi sejak awal. Kesadaran ibu hamil untuk rutin melakukan pemeriksaan ini bertujuan agar setiap kelainan yang mungkin timbul dapat segera ditangani. Langkah preventif ini sangat esensial untuk mencegah perburukan kondisi kehamilan dan pada akhirnya mampu menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) (Misnah, 2025).

a) Fisiologi Kehamilan Trimester III

Diagnosis kehamilan umumnya diklasifikasikan ke dalam tiga kategori: tanda dugaan, tanda kemungkinan, dan tanda pasti (positif). Tanda dugaan merupakan perubahan fisiologis subjektif yang dialami ibu sebagai indikasi awal kehamilan.

Tanda kemungkinan merujuk pada perubahan anatomis dan fisiologis yang ditemukan serta didokumentasikan oleh tenaga kesehatan melalui pemeriksaan objektif. Sementara itu, tanda positif adalah bukti mutlak yang berkaitan langsung dengan keberadaan janin. Secara proses fisiologis, kehamilan bermula ketika ovum dilepaskan dari folikel de Graaf di ovarium saat ovulasi. Folikel yang pecah (*ruptur*) ini kemudian berubah wujud menjadi korpus luteum. Apabila tidak ada pembuahan, korpus luteum akan berdegenerasi pada siklus menstruasi berikutnya. Namun, jika terjadi pembuahan (fertilisasi), keberadaan korpus luteum akan terus dipertahankan oleh hormon *Human Chorionic Gonadotropin* (hCG). Hormon ini disekresikan oleh sel sinsitiotrofoblas di sekitar blastokista, yang kemudian mengubah struktur tersebut menjadi korpus luteum kehamilan. Tanda dugaan kehamilan mencakup perubahan-perubahan fisiologis yang dialami oleh wanita dan pada sebagian besar kasus mengindikasikan bahwa seorang wanita sedang hamil (Nurul, I. 2025).

b) Perubahan Fisiologi Kehamilan Trimester III

a. Sistem reproduksi

(1) Uterus

Pembesaran uterus terjadi melalui proses peregangan dan penebalan sel-sel otot, serta penumpukan jaringan ikat dan serat elastis—khususnya pada lapisan otot luar—yang memperkuat dinding rahim. Dalam kondisi tidak hamil, uterus normal hanya berbobot sekitar 70 gram dengan kapasitas volume 10 ml. Seiring berjalannya kehamilan hingga mencapai usia aterm, uterus bertransformasi menjadi organ muskular berdinding tipis dengan volume yang melonjak 500 hingga 1.000 kali lipat (mencapai 20 liter atau lebih) dan berat mencapai sekitar 1.100 gram. Penebalan otot uterus pada awal kehamilan ini utamanya dipicu oleh pengaruh hormon estrogen dan progesterone (Sitawati. 2023).

Menjelang persalinan, uterus yang membesar mendesak posisi usus ke atas hingga mendekati hati. Kontraksi pada segmen atas uterus memicu segmen bawah melebar dan menipis. Bersamaan dengan itu, hormon prostaglandin menurunkan konsentrasi kolagen serviks sehingga serviks menjadi lunak dan mudah berdilatasi saat proses persalinan (Sitawati. 2023).

(2) Ovarium

Selama kehamilan, ovulasi dan pematangan folikel baru terhenti. Produksi hormon estrogen dan progesteron awal bergantung pada satu korpus luteum (korpus graviditas) yang berfungsi optimal selama 6–7 minggu pertama, sebelum perannya diambil alih sepenuhnya oleh plasenta setelah terbentuk. Ovulasi terhenti, fungsi pengeluaran hormon estrogen dan progesterone diambil alih oleh placenta (Sitawati, 2023).

(3) Serviks

Perubahan utama pada serviks selama kehamilan adalah pelunakan jaringan, yang disebabkan oleh peningkatan vaskularisasi (pembuluh darah), edema, dan hiperplasia serviks. Menjelang akhir kehamilan, serviks menjadi sangat lunak serta porsio memendek (mendatar lebih dari 50%), sehingga mudah dimasuki oleh satu jari saat pemeriksaan. Selama masa kehamilan, kelenjar serviks mengalami peningkatan kinerja untuk menghasilkan lendir pelindung tubuh dari infeksi. Akibatnya, ibu hamil sering melaporkan adanya cairan yang keluar dari jalan lahir, meskipun kondisi ini merupakan bagian dari adaptasi fisiologis kehamilan (Yulia, H. 2024).

Stimulasi hormon estrogen memicu peningkatan vaskularisasi pada serviks sehingga warnanya berubah menjadi keunguan, yang dikenal sebagai tanda *Chadwick*. Sementara itu, pengaruh hormon progesteron menyebabkan pelunakan serviks (tanda *Goodell*), serta memicu pembesaran kelenjar endoservikal yang meningkatkan produksi cairan mucus (Sitawati, 2023).

(4) Vagina Dan Vulva

Pada trimester III, peningkatan hormon estrogen memicu perubahan struktural pada lapisan epitel dan otot vagina. Terjadi hipertrofi otot serta peningkatan elastisitas vagina untuk mempermudah proses penurunan bagian terendah janin. Perubahan juga terjadi pada vagina dan vulva karena hipervaskularisasi yang disebabkan oleh hormon estrogen, menyebabkan warna merah kebiruan pada area tersebut, yang dikenal sebagai tanda Chadwick (Yulia, H. 2024). Pada ibu hamil vagina berubah menjadi lebih asam, dari keasaman (pH) 4 menjadi 6.5 sehingga wanita hamil lebih rentan terhadap infeksi vagina terutama infeksi jamur. Dinding

vagina juga mengalami peningkatan ketebalan mukosa, jaringan ikat mengendor dan terjadi hipertrofi (peningkatan volume jaringan ikat akibat pembesaran komponen sel dari sel otot polos) tujuannya untuk mempersiapkan persalinan (Sitawati, 2023).

b. Perubahan Pada Payudara

Pada masa kehamilan, payudara menjadi lebih lunak serta timbul rasa gatal dan nyeri. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah besar dan pembuluh vena di bawah kulit lebih terlihat. Puting menjadi jauh lebih besar berwarna lebih gelap dan lebih tegak, areola menjadi lebih lebar dan lebih gelap serta munculnya sejumlah tonjolan kecil kelenjar montgomery yaitu kelenjar sebacea hipertrofik sebagai persiapan laktasi. Perubahan ukuran ini dipengaruhi kadar estrogen yang tinggi selama kehamilan sehingga sistem duktus payudara mulai tumbuh dan bercabang.

Hormon estrogen berpengaruh dalam memacu perkembangan duktus (saluran) air susu pada payudara, sedangkan hormon progesterone menambah sel-sel asinus pada payudara. Pengeluaran ASI belum terjadi karena prolactin ditekan oleh PIH (Prolaktin Inhibing Hormone). Setelah persalinan dengan dilahirkannya plasenta maka pengaruh estrogen, progesterone dan somatomamotropin terhadap hipotalamus hilang sehingga prolactin dapat dikeluarkan dan laktasi terjadi (Sitawati, 2023).

c. Perubahan Pada Sistem Endokrin

Sistem endokrin merupakan sistem yang bekerja dengan cara mengontrol kelenjar untuk menghasilkan hormone, lalu mempengaruhi organ-organ lain agar melakukan suatu tindakan, berperan sebagai pembawa pesan, dibawa oleh aliran darah ke dalam berbagai sel tubuh. Sistem endokrin yang esensial terjadi untuk mempertahankan kehamilan dan pertumbuhan normal janin.

Sistem endokrin pada masa kehamilan mengalami perubahan terutama pada hormon estrogen dan progesteron serta oksitosin dan prolaktin. Hormon prolaktin dan oksitosin pada saat kehamilan aterm sampai masa menyusui akan meningkat. Hormon prolaktin dan oksitosin berfungsi sebagai perangsang produksi ASI. Perubahan sistem endokrin selama kehamilan melibatkan adaptasi hormon estrogen, progesteron, prolaktin, dan oksitosin. Memasuki usia kehamilan aterm

hingga masa laktasi, kadar prolaktin dan oksitosin meningkat secara signifikan sebagai stimulator utama dalam proses persalinan dan menyusui. Beberapa perubahan sistem endokrin pada ibu hamil adalah sebagai berikut:

1) Progesteron

Pada masa kehamilan hormon progesteron dihasilkan oleh corpus luteum dan setelah itu secara bertahap dihasilkan oleh plasenta. Kadar hormon ini meningkat selama hamil dan menjelang persalinan mengalami penurunan. Progesteron menyebabkan otot polos menjadi lemas (relaksasi) untuk mencegah persalinan premature.

2) Estrogen

Pada masa kehamilan, estrogen dihasilkan oleh ovarium. Selanjutnya dihasilkan oleh plasenta dan kadarnya meningkat beratus kali lipat. Kadar terus meningkat menjelang aterm. Estrogen memicu pertumbuhan payudara dan menyebabkan jaringan ikat menjadi lebih lentur sehingga servik lebih elastis.

3) Human Chorionic gonadotropin (HCG)

Hormon HCG diproduksi selama kehamilan. Pada hamil muda hormon ini diproduksi oleh trofoblas dan selanjutnya dihasilkan oleh plasenta. Hormon HCG di trimester 3 bisa menjadi diagnosa awal terjadinya preeklamsia, dengan mendeteksi adanya peningkatan serum β -hCG yang menggambarkan adanya reaksi patologis dari plasenta.

4) Hormon Hipofisis

Terjadi penekanan kadar FSH dan LH maternal selama kehamilan, namun kadar prolaktin meningkat yang berfungsi untuk menghasilkan kolostrum. Pada saat persalinan setelah plasenta lahir maka kadar prolaktin menurun, penurunan ini berlangsung terus sampai pada saat ibu menyusui. Pada saat ibu menyusui prolaktin dapat dihasilkan dengan rangsangan pada puting pada saat bayi mengisap puting susu ibu untuk memproduksi ASI (Sitawati, 2023).

d. Perubahan Pada Sistem Muskuloskeletal

Seiring pertumbuhan janin dan penambahan berat badan ibu, postur serta gaya berjalan mengalami penyesuaian secara bertahap. Pembesaran uterus ke arah anterior memicu perubahan pada sistem muskuloskeletal berupa postur lordosis,

yang menggeser pusat gravitasi tubuh ke arah kedua tungkai. Memasuki trimester III, beban janin dan pembesaran payudara meningkatkan tekanan pada ligamen serta menyebabkan posisi bahu membungkuk, yang kerap menimbulkan keluhan nyeri ligamen dan nyeri punggung bawah (Sitawati. 2023).

e. Perubahan Sistem Pernafasan

Frekuensi pernafasan selama kehamilan hanya mengalami sedikit perubahan. Tapi volume tidal, volume ventilasi permenit, dan pengambilan oksigen permenit meningkat drastis pada akhir kehamilan. Perubahan sistem respirasi ini memuncak pada minggu ke 37 kehamilan dan kembali normal 24 minggu setelah persalinan . Pembesaran uterus pada trimester III menyebabkan adanya desakan diafragma sehingga pernafasan pada ibu hamil meningkat 20-25% dari biasanya. Wanita hamil akan bernapas cepat dan lebih dalam karena memerlukan lebih banyak oksigen untuk janin dan untuk dirinya. Wanita hamil pada kehamilan lanjut sering mengeluhkan sesak napas. Hal ini ditemukan pada kehamilan 32 minggu, oleh karena usus-usus tertekan ke arah diafragma akibat pembesaran rahim sehingga diafragma kurang leluasa bergerak (Sitawati, 2023).

f. Perubahan Sistem Perkemihan

Wanita hamil akan lebih sering berkemih pada masa awal kehamilan karena penekanan uterus pada kandung kemih. Ureter membesar, tonus otot-otot saluran kemih menurun akibat pengaruh estrogen dan progesterone. Kencing lebih sering (polyuria), laju filtrasi meningkat hingga 60%-150%. Dinding saluran kemih bisa tertekan oleh perbesaran uterus, menyebabkan hidroureter dan hidronefrosis sementara. Keluhan ini akan hilang saat kehamilan makin tua dan uterus terangkat keluar panggul, tapi akan muncul lagi pada akhir kehamilan saat kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul. Fungsi ekskresi urin juga mengalami perubahan yaitu peningkatan resorpsi tubulus ginjal untuk natrium, klorida, dan air. Serta peningkatan laju filtrasi glomerulus sehingga meningkatkan ekskresi air dan elektrolit di dalam urin. Kadar kreatinin, urea dan asam urat dalam darah mungkin menurun namun ini dianggap normal. Wanita hamil biasanya hanya mendapat tambahan air dan garam kira-kira 3 kg selama hamil (Sitawati, 2023).

g. Perubahan Metabolisme

Penambahan berat badan signifikan umumnya terjadi pada dua trimester terakhir kehamilan dengan rata-rata akumulasi kenaikan sebesar 12 kg. Kenaikan ini utamanya dipengaruhi oleh pembesaran uterus beserta isinya, perkembangan jaringan payudara, serta ekspansi volume darah dan cairan ekstraseluler. Sebagian selebihnya berasal dari perubahan metabolik berupa peningkatan retensi air seluler dan penumpukan cadangan lemak serta protein maternal. Di samping itu, peningkatan sekresi hormon kehamilan menaikkan Laju Metabolisme Basal (*Basal Metabolic Rate/BMR*) hingga 15% sejak pertengahan kehamilan, yang memicu timbulnya sensasi gerah pada ibu dan meningkatkan kebutuhan energi saat beraktivitas (Sitawati, 2023).

h. Perubahan Pada Sistem Integumen

Garis-garis kemerahan pada kulit abdomen akan muncul saat bulan-bulan terakhir kehamilan. Jika otot dinding abdomen tidak kuat menahan regangannya maka otot-otot rektus akan terpisah di garis tengah sehingga membentuk diastasis rekti dengan lebar yang bervariasi. Garis tengah ini sering mengalami hiperpigmentasi sehingga disebut linea nigra. Perubahan warna kulit juga dapat terjadi pada payudara dan paha. Kadang-kadang linea nigra juga tampak pada wajah atau leher dan disebut dengan chloasma atau melasma gravidarum. Perubahan warna kulit ini terjadi akibat peran estrogen dan progesteron dalam melanogenesis. Pigmentasi yang berlebihan ini akan hilang setelah persalinan (Sitawati, 2023).

i. Perubahan Pada Sistem Kardiovaskuler

Curah jantung meningkat sejak minggu kelima kehamilan. Peningkatan ini merupakan fungsi dari penurunan resistensi vaskuler sistemik serta peningkatan frekuensi denyut jantung. Antara minggu ke 10 sampai 20 terjadi peningkatan volume plasma sehingga meningkatkan preload. Peningkatan ini terjadi akibat meningkatnya metabolisme ibu hamil tapi akan menurun lagi pada akhir kehamilan. Kecepatan darah (jumlah darah yang dialirkan oleh jantung dalam setiap denyutnya) yang meningkat selama kehamilan memiliki tujuan untuk pertumbuhan janin. Berlanjutnya kehamilan, menyebabkan keadaan tertentu tidak mendukung, seperti posisi telentang harus dihindarkan karena bisa menyebabkan hipertensi

(sindrom hipotensif telentang). Pada kehamilan uterus vena kava sehingga mengurangi darah vena yang akan kembali ke jantung. Vena kava menjadi miskin oksigen di akhir kehamilan yang akan menyebabkan edema dibagian kaki, vena dan hemoroid (Sitawati, 2023).

j. Perubahan pada sistem pencernaan

Pembesaran uterus mengakibatkan pergeseran posisi lambung, usus, dan apendiks. Penurunan motilitas otot polos saluran cerna (*traktus digestivus*) serta berkurangnya sekresi asam klorida dan pepsin dapat memicu rasa mual serta *heartburn* akibat refluks asam lambung ke esofagus. Pada rongga mulut, gusi menjadi lebih hiperemis dan lunak sehingga mudah mengalami perdarahan. Penurunan peristaltik usus besar akibat pengaruh hormon progesteron yang tinggi, ditambah dengan penekanan mekanis uterus pada rektum, kerap memicu konstipasi yang berisiko berkembang menjadi hemoroid. Pada organ hati, tidak terjadi perubahan anatomis maupun morfologis, namun kadar alkali fosfatase meningkat hingga dua kali lipat, sedangkan kadar albumin, bilirubin, dan *aspartate transaminase* (AST) mengalami penurunan. Adapun peningkatan nafsu makan biasanya terjadi pada trimester ketiga guna memenuhi kebutuhan nutrisi janin (Sitawati, 2023).

2.1.2 Asuhan Kebidanan Selama Masa Kehamilan Pada Trimester III

a) Pengertian Asuhan Kehamilan

Asuhan kehamilan merupakan pelayanan kebidanan komprehensif yang diberikan kepada ibu selama masa gestasi dengan berpedoman pada standar *Antenatal Care* (ANC). Pelayanan ini dilaksanakan secara berkesinambungan sejak masa kehamilan hingga menjelang proses persalinan (Haris, D. n.d.).

Langkah-langkah pelaksanaan Manajemen Kebidanan:

1. Langkah I: Pengumpulan Data Dasar

Tahap awal ini melibatkan pengumpulan seluruh informasi yang komprehensif untuk mengevaluasi kondisi pasien melalui:

- Penelusuran riwayat kesehatan pasien secara menyeluruh.
- Pelaksanaan pemeriksaan fisik yang disesuaikan dengan indikasi kebutuhan klinis.

- Penelaahan rekam medis, baik catatan terdahulu maupun catatan terbaru.
 - Analisis data laboratorium yang disandingkan dengan hasil kajian medis pendukung.
2. Langkah II: Interpretasi Data Dasar (Diagnosis dan Masalah Aktual)
- Data yang telah terkumpul dianalisis dan diinterpretasikan untuk merumuskan diagnosis atau masalah aktual. Perumusan diagnosis kebidanan ini mengacu pada standar nomenklatur dengan kriteria:
- Diakui serta disahkan secara resmi oleh organisasi profesi.
 - Relevan dan berkaitan langsung dengan ruang lingkup praktik kebidanan.
 - Memiliki karakteristik khusus yang mencerminkan bidang kebidanan.
 - Didasarkan pada clinical judgement (pertimbangan klinis) yang tepat.
 - Dapat diselesaikan melalui penerapan pendekatan manajemen kebidanan.
3. Langkah III: Mengidentifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial
- Pada tahap ini, bidan dituntut mampu mengidentifikasi berbagai kemungkinan masalah atau diagnosis potensial yang dapat timbul, sekaligus merumuskan langkah-langkah antisipasi guna mencegah perburukan kondisi.
4. Langkah IV: Menetapkan Kebutuhan Tindakan Segera
- Bidan melakukan penilaian terhadap situasi klien untuk menentukan perlu atau tidaknya intervensi darurat. Penanganan ini dapat dilakukan secara mandiri, melalui konsultasi, maupun dengan membangun kolaborasi bersama dokter, tim kesehatan lain, ahli gizi, atau pekerja sosial.
5. Langkah V: Menyusun Rencana Asuhan Menyeluruh
- Perencanaan asuhan tidak hanya berfokus pada kondisi klien saat ini, tetapi juga mencakup langkah antisipatif seperti pemberian edukasi, konseling, atau rujukan jika ditemukan kendala yang berkaitan dengan aspek sosial-ekonomi, budaya, maupun psikologis. Rencana intervensi ini harus bersifat rasional, valid berdasarkan teori dan ilmu pengetahuan terkini, serta disepakati bersama oleh klien.
6. Langkah VI: Pelaksanaan Rencana Asuhan
- Implementasi rencana asuhan dapat dijalankan secara partisipatif oleh bidan, klien, keluarga, maupun tenaga kesehatan terkait lainnya. Meskipun demikian,

bidan tetap memegang tanggung jawab penuh untuk mengarahkan pelaksanaan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu.

7. Langkah VII: Evaluasi

Tahap akhir ini bertujuan untuk menilai tingkat keberhasilan dan efektivitas dari seluruh rangkaian asuhan kebidanan yang telah diberikan kepada klien (Haris, D. n.d.).

b) Tujuan pemeriksaan dan pengawasan Ibu hamil Trimester III

Tujuan utama asuhan kehamilan adalah mengoptimalkan kesiapan fisik dan psikologis ibu serta janin selama masa kehamilan, persalinan, dan nifas demi melahirkan ibu dan anak yang sehat. Secara spesifik, pelayanan Antenatal Care (ANC) memiliki tujuan sebagai berikut:

1. Mengamati perkembangan dan kemajuan serta untuk memastikan ibu hamil dan janinnya tumbuh dan berkembang dengan baik.
2. Memperkuat dan memelihara keadaan organ luar, organ dalam, psikologis, sosial, spiritual ibu hamil dan janin.
3. Menyadari sejak awal kondisi ibu hamil abnormalitas yang dirasakan semenjak mengandung saat ini, riwayat dahulu dan riwayat penyakit patologi kebidanan.
4. Membuat persediaan kelahiran yang matur dengan meminimalisir trauma pada ibu dan bayi sehingga bayi lahir sehat dan selamat.
5. Membuat perencanaan pada ibu agar kondisi nifas dapat berlangsung dalam keadaan, normal, memastikan pemberian ASI (Air Susu Ibu) dini, lanjut dan eksklusif.
6. Kontribusi seluruh anggota keluarga untuk ibu dan keluarga dalam menerima anggota baru yaitu Bayi Baru Lahir (BBL) agar dapat tumbuh dan berkembang dengan normal. Masa kehamilan dimulai dan proses konsepsi sampai kira-kira lahirnya janin (dua ratus delapan puluh hari/ empat puluh minggu) atau sembilan bulan tujuh hari dimana dibagi periode kehamilan menjadi tiga triwulan/trimester yaitu (Wulandari, 2025):
 - a. Trimester I awal kehamilan 0-14 minggu
 - b. Trimester II tengah kehamilan 15-28 minggu
 - c. Trimester III akhir kehamilan 29-42 minggu

c) Kunjungan Masa Hamil

Pelayanan *Antenatal Care* (ANC) dianjurkan minimal sebanyak enam kali sepanjang masa kehamilan, dengan ketentuan dua kali pemeriksaan wajib ditangani oleh dokter atau dokter spesialis kebidanan dan kandungan, yaitu masing-masing pada trimester pertama dan trimester ketiga. Berikut kunjungan ANC yang disarankan pada ibu hamil menurut Buku KIA 2023 :

1. Trimester I (Usia ≤ 12 minggu): 2 Kali, 1 kali. Fokus utama adalah penegasan kehamilan, skrining (Tinggi badan, Timbang berat badan, Tekanan darah, anemia, HIV, Sifilis, Hepatitis B).
2. Trimester II (Usia 13-28 minggu): 1 Kali. Fokus pada pemantauan janin dan deteksi dini komplikasi yang mungkin muncul di usia kehamilan pertengahan.
3. Trimester III (Usia 29 minggu persalinan): 3 Kali. Fokus pada persiapan persalinan dan kegawatdaruratan, rencana KB pasca salin, dan deteksi dini risiko tinggi (preeklampsia, janin besar/kecil, kelainan letak). Kunjungan dilakukan setiap 2 minggu sekali atau lebih sering jika ada risiko (Armita, S. 2024).

d) Pemeriksaan Abdomen

1) Tahap Pemeriksaan Leopold

a) Leopold I

Pemeriksaan tinggi fundus uteri bertujuan untuk mengukur tinggi fundus guna memperkirakan usia kehamilan serta mengidentifikasi bagian janin yang berada pada fundus uteri. Pemeriksaan dilakukan dengan posisi pemeriksa menghadap ibu, kemudian ibu diminta menekuk kedua lutut agar dinding abdomen lebih rileks. Selanjutnya, fundus uteri diraba dan dipusatkan menggunakan kedua tangan, kemudian tinggi fundus diukur dari batas atas simfisis pubis hingga fundus uteri dengan acuan titik anatomis yang sesuai. Hasil pengukuran tersebut digunakan untuk memperkirakan usia kehamilan dan dibandingkan dengan usia kehamilan berdasarkan Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT). Berdasarkan hasil pengukuran dari pemeriksaan palpasi dapat diperkirakan usia kehamilan dan disesuaikan dengan hasil anamnesis HPHT. Adapun rumus yang dapat digunakan dalam menghitung taksiran berat badan janin, yaitu dengan menggunakan metode atau

rumus Johnson Toshack. Rumus Johnson Toshack merupakan rumus taksiran berat janin yang umum digunakan hingga saat ini (Wahyu, E. 2024).

Penentuan Taksiran Berat Badan Janin (TBBJ) menggunakan Rumus *Johnson-Toshack* dihitung dengan persamaan berikut:

$$TBBJ = (TFU - n) \times 155$$

Keterangan:

- TBBJ: Taksiran Berat Badan Janin (dalam gram)
- TFU: Tinggi Fundus Uteri (dalam cm)
- *n*: Konstanta penyesuaian posisi kepala janin:
 - *n* = 13: Kepala janin belum masuk Pintu Atas Panggul (PAP).
 - *n* = 12: Kepala janin sudah masuk PAP tetapi masih di atas spina iskhiadika (Hodge I–II).
 - *n* = 11: Kepala janin sudah melewati PAP dan berada di bawah spina iskhiadika (Hodge III–IV).

Tabel 2.1 Perkiraan TFU (Tinggi Fundus Uteri) (Haris, D. n.d.)

Umur Kehamilan	TFU	Tinggi (cm)
12 minggu	1/3 diatas simfisis atau 3 jari diatas simfisis	
16 minggu	½ simfisis-pusat	
20 minggu	2/3 diatas simfisis atau 3 jari dibawah pusat	20 cm
24 minggu	Setinggi pusat	23 cm
28 minggu	1/3 diatas pusat atau 3 jari diatas pusat	26 cm
32 minggu	½ pusat-procesus xipoideus	30 cm
36 minggu	Setinggi procesus xipoideus	33 cm
40 minggu	Dua jari (4 cm) dibawah px	

Tabel 2.2 Tafsiran berat janin sesuai usia kehamilan (Adrian, 2025).

Usia Kehamilan	Kisaran Berat Janin
12 minggu (3 bulan)	14–23 gram
16 minggu (4 bulan)	80–120 gram
20 minggu (5 bulan)	250–320 gram
24 minggu (6 bulan)	500–600 gram
28 minggu (7 bulan)	900–1.100 gram
32 minggu (8 bulan)	1.700–1.900 gram
36 minggu (9 bulan)	2.300–2.600 gram
40 minggu (cukup bulan)	2.800–3.600 gram

b) Leopold II

Pemeriksaan leopold II bertujuan untuk menentukan posisi punggung janin serta mengidentifikasi letak bagian-bagian kecil janin. Pemeriksaan dilakukan dengan menempatkan kedua tangan pada sisi kanan dan kiri uterus, kemudian meraba untuk menentukan sisi yang teraba rata dan keras sebagai punggung janin, serta sisi yang teraba bagian-bagian kecil seperti ekstremitas janin.

Hasil Pemeriksaan: Punggung janin: Teraba tegas sebagai bidang yang rata, cembung, serta kaku atau sulit digerakkan. Bagian ekstremitas (tangan dan kaki): Teraba sebagai bagian-bagian kecil dengan batas bentuk yang tidak begitu jelas tetapi menonjol, serta kerap disertai sensasi pergerakan janin baik secara aktif maupun pasif.

c) Leopold III

Pemeriksaan leopold III bertujuan untuk mengidentifikasi bagian janin yang berada di segmen bawah uterus serta menilai apakah bagian presentasi telah memasuki pintu atas panggul (PAP). Pemeriksaan dilakukan dengan meletakkan ibu jari dan jari-jari tangan pada bagian bawah abdomen tepat di atas simfisis pubis, kemudian meraba secara perlahan untuk menentukan bagian janin yang menjadi presentasi serta menilai apakah bagian tersebut masih dapat digerakkan atau telah masuk ke pintu atas panggul.

Hasil: Bagian keras, bulat dan hampir homogen adalah kepala sedangkan tonjolan yang lunak dan kurang simetris adalah bokong. Apabila bagian terbawah janin sudah memasuki PAP, maka saat bagian bawah digoyang, sudah tidak bias (seperti ada tahanan).

d) Leopold IV

Pemeriksaan leopold IV bertujuan untuk menentukan bagian janin yang berada di segmen bawah uterus serta menilai sejauh mana bagian presentasi telah memasuki rongga panggul. Pemeriksaan dilakukan dengan menghadap ke arah kaki ibu, kemudian kedua tangan diletakkan pada sisi bawah uterus. Selanjutnya, jari-jari tangan ditekan secara perlahan ke arah rongga panggul untuk menilai penurunan bagian presentasi, mengidentifikasi tonjolan sefalik, serta menentukan apakah kepala janin telah masuk ke dalam panggul. Pemeriksaan ini tidak dilakukan apabila kepala janin masih berada pada posisi tinggi atau belum memasuki pintu atas panggul. Pemeriksaan Leopold lengkap dapat dilakukan bila janin cukup besar, kira-kira bulan IV ke atas.

Hasil: Jika jari-jari tangan bertemu (konvergen) berarti kepala belum masuk PAP. Jika jari-jari tangan sejajar berarti kepala sudah masuk rongga panggul. Jika jari-jari kedua tangan saling menjauh (divergen) berarti ukuran kepala terbesar sudah melewati PAP (Haris, D. n.d.).

e) Pemeriksaan Antenatal Terpadu (10 T)

1. Pengukuran tinggi badan serta penimbangan berat badan

Pengukuran tinggi badan hanya perlu dilakukan satu kali pada kunjungan awal *Antenatal Care* (ANC) guna mengidentifikasi faktor risiko kehamilan terkait penyempitan panggul. Sementara itu, penimbangan berat badan dilakukan secara berkala pada setiap kunjungan ANC. Data kedua pengukuran ini dicatat pada halaman 2 kolom pemeriksaan ibu hamil. Target kenaikan berat badan ideal selama kehamilan disesuaikan dengan Indeks Massa Tubuh (IMT) pra-hamil. Pada trimester II dan III, rekomendasi penambahan berat badan mingguan adalah 0,4 kg untuk ibu berstatus gizi normal, 0,5 kg untuk gizi kurang, dan 0,3 kg untuk gizi lebih (Haris, D. n.d.).

Peningkatan Berat Badan Selama Kehamilan yang direkomendasikan sesuai IMT.

Rumus menentukan IMT: $\frac{\text{Berat Badan (Kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)}^2}$

Tabel 2.3 Nilai IMT (Indeks Massa Tubuh)

KLASIFIKASI	NILAI IMT	KENAIKAN BB SELAMA KEHAMILAN
Underweight	18,5 kg	13-18 kg (0,5 kg/minggu)
Normal weight	>18,5-24,9 kg	11-16 kg (0,4 kg/minggu)
Overweight	25,0-29,9 kg	7-11 kg (0,3 kg/minggu)
Obesitas	>30,0 kg	5-9 kg

2. Pengukuran tekanan darah

Pengukuran tekanan darah dilakukan setiap kali melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan, dicatat pada halaman 2 di kolom pemeriksaan ibu. Adapun tekanan darah dalam kehamilan yaitu pada sistolik 120 dan diastolik 80. Hal ini dilakukan untuk mendeteksi apakah tekanan darah normal atau tidak, ibu hamil terdiagnosis mengalami hipertensi jika hasil pengukuran tekanan darah sistolik mencapai 140 mmHg dan diastolik 90 mmHg secara berulang.

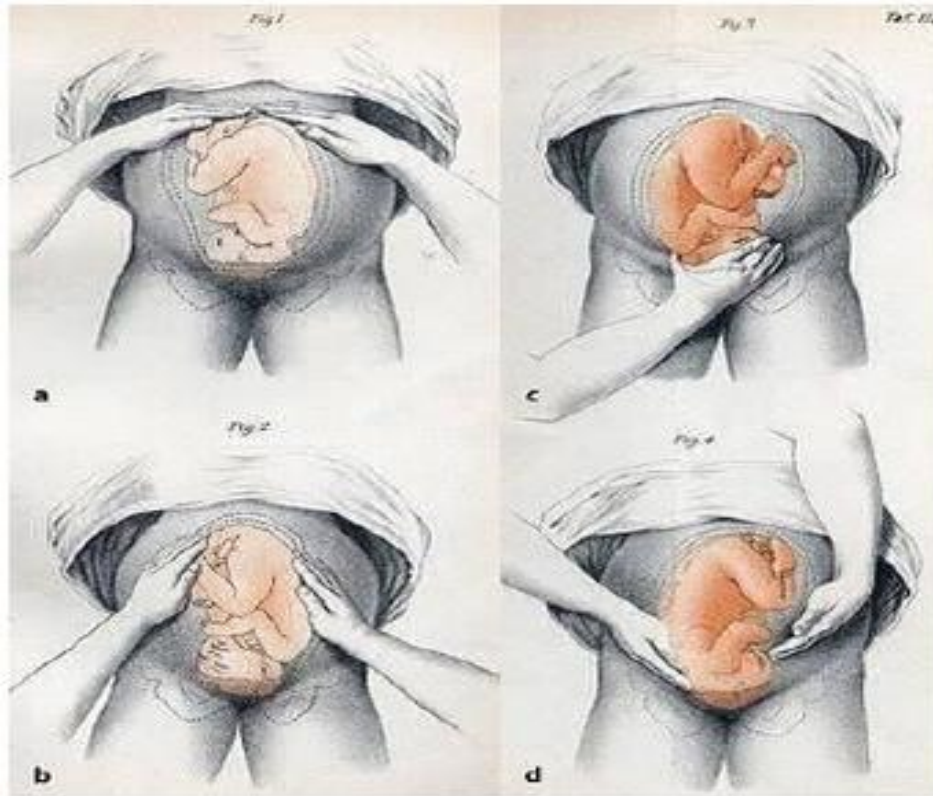
3. Pengukuran lingkar lengan atas (LILA)

Pengukuran lingkar lengan atas dilakukan pada awal kunjungan ANC, hasil pengukuran dicatat di halaman 2 pada kolom pemeriksaan ibu hamil, ini dilakukan untuk mengetahui status gizi ibu hamil (skrinning KEK) dengan normal > 23,5 cm, jika didapati kurang dari 23,5 cm maka perlu perhatian khusus tentang asupan gizi selama kehamilan.

4. Pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU) dilakukan pada saat usia kehamilan masuk 22-24 minggu dengan menggunakan pita ukur, ini dilakukan bertujuan mengetahui usia kehamilan dan tafsiran berat badan janin. Berdasarkan teori, nilai normal Tinggi Fundus Uteri (TFU) berbanding lurus dengan usia

kehamilan. Pada rentang usia 12 hingga 40 minggu, setiap bertambahnya usia kehamilan setara dengan ukuran TFU dalam centimeter (cm) (Diana, L. 2022)



Gambar 2.1 Pemeriksaan palpasi Leopold I-IV (Daniati, 2023)

a. Leopold I

Menentukan usia kehamilan sekaligus mengidentifikasi bagian tubuh janin yang menempati area fundus uteri (bagian atas rahim ibu).

Teknik Pemeriksaan:

- Posisi Klien dan Pemeriksa: Posisikan ibu dengan lutut ditekuk (fleksi membentuk sudut 45° atau mengganjal bagian dalam lutut menggunakan bantal), sementara pemeriksa berdiri menghadap ke arah ibu.
- Pemusatan Uterus: Letakkan kedua tangan pada sisi samping umbilikus untuk membawa dan memusatkan uterus di garis tengah.
- Pengukuran TFU: Raba bagian fundus menggunakan kedua tangan secara bersamaan guna menentukan Tinggi Fundus Uteri (TFU).

- Identifikasi Bagian Janin: Palpasi area fundus secara perlahan menggunakan ujung-ujung jari kedua tangan untuk mengenali bagian janin yang berada di sana.

Hasil Pemeriksaan:

- Bagian Kepala: Teraba keras, berbentuk bulat, dan melenting (memiliki sensasi mudah digerakkan).
- Bagian Bokong: Teraba lunak, bentuk kurang bulat, serta kurang melenting.
- Letak Lintang: Area fundus teraba kosong karena janin berada dalam posisi melintang di dalam rahim.

b. Leopold II

Digunakan untuk mengenali bagian janin pada sisi kiri dan kanan uterus, khususnya dalam menentukan letak kepala pada posisi janin melintang.

Teknik:

- Posisi ibu masih dengan lutut fleksi (kaki ditekuk) dan pemeriksa menghadap ibu
- Meletakkan telapak tangan kiri pada dinding perut lateral kanan dan telapak tangan kanan pada dinding perut lateral kiri ibu secara sejajar dan pada ketinggian yang sama
- Mulai dari bagian atas tekan secara bergantian atau bersamaan (simultan) telapak tangan tangan kiri dan kanan kemudian geser ke arah bawah dan rasakan adanya bagian yang rata dan memanjang (punggung) atau bagian-bagian kecil (ekstremitas).

Hasil:

- Bagian punggung: akan teraba jelas, rata, cembung, kaku/tidak dapat digerakkan
- Bagian-bagian kecil (tangan dan kaki): akan teraba kecil, bentuk/posisi tidak jelas dan menonjol, kemungkinan teraba gerakan kaki janin secara aktif maupun pasif.

c. Leopold III

Untuk menentukan bagian janin apa (kepala atau bokong) yang terdapat di bagian bawah perut ibu, serta apakah bagian janin tersebut sudah memasuki pintu atas panggul (PAP).

Teknik:

- Posisi ibu masih dengan lutut fleksi (kaki ditekuk) dan pemeriksa menghadap ibu
- Meletakkan ujung telapak tangan kiri pada dinding lateral kiri bawah, telapak tangan kanan bawah perut ibu
- Menekan secara lembut dan bersamaan/bergantian untuk menentukan bagian terbawah bayi
- Gunakan tangan kanan dengan ibu jari dan keempat jari lainnya kemudian goyang bagian terbawah janin.

Hasil:

- Bagian keras, bulat dan hampir homogen adalah kepala sedangkan tonjolan yang lunak dan kurang simetris adalah bokong.
- Apa bila bagian terbawah janin sudah memasuki PAP, maka saat bagian bawah digoyang, sudah tidak bias (seperti ada tahanan).

d. Leopold IV

Untuk mengkonfirmasi ulang bagian janin apa yang terdapat di bagian bawah perut ibu, serta untuk mengetahui seberapa jauh bagian bawah janin telah memasuki pintu atas panggul.

Teknik:

- Pemeriksa menghadap kearah kaki ibu, dengan posisi kaki ibu lurus
- Meletakkan ujung telapak tangan kiri dan kanan pada lateral kiri dan kanan uterus bawah, ujung-ujung jari tangan kiri dan kanan berada pada tepi atas simfisis pubis.
- Menemukan kedua ibu jari kiri dan kanan kemudian rapatkan semua jari-jari tangan yang meraba dinding bawah uterus.
- Perhatikan sudut yang terbentuk oleh jari-jari: bertemu (konvergen) atau tidak bertemu (divergen)

- Setelah itu memindahkan ibu jari dan telunjuk tangan kiri pada bagian terbawah bayi (bila presentasi kepala upayakan memegang bagian kepala di dekat leher dan bila presentasi bokong upayakan untuk memegang pinggang bayi).
- Memfiksasi bagian tersebut kearah pintu atas panggul kemudian meletakkan jari-jari tangan kanan diantara tangan kiri dan simfisis untuk menilai seberapa jauh bagian terbawah telah memasuki pintu atas panggul.

Hasil:

- Apabila kedua jari-jari tangan pemeriksa bertemu (konvergen) berarti bagian terendah janin belum memasuki pintu atas panggul, sedangkan apa bila kedua tangan pemeriksa membentuk jarak atau tidak bertemu (divergen) maka bagian terendah janin sudah memasuki Pintu Atas Panggul (PAP)
- Penurunan kepala dinilai dengan 5/5 (seluruh bagian jari masih meraba kepala, belum masuk PAP), 1/5 (teraba kepala 1 jari dari lima jari, bagian kepala yang sudah masuk 4 bagian), dan seterusnya sampai 0/5 (seluruh kepala sudah masuk PAP) (Daniati, 2023).

5. Pengukuran presentasi Janin dan Detak Jantung Janin (DJJ)

Pemeriksaan DJJ pada ibu hamil dengan menggunakan fetoskop atau Doppler. Bunyi-bunyi yang terdengar berasal dari bayi yaitu bayi meliputi bunyi jantung, gerakan, dan bising tali pusat. Sedangkan bunyi yang terdengar dari ibu berasal dari bising usus dan bising aorta.

Tujuan Pemeriksaan

- Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) dilakukan untuk memastikan adanya tanda pasti kehamilan serta menilai kondisi kehidupan janin di dalam uterus.
- Auskultasi DJJ juga bermanfaat untuk membantu menentukan presentasi, posisi, dan letak janin, serta mendeteksi kemungkinan kehamilan kembar.
- Pemeriksaan dilakukan dengan mendengarkan irama dan menghitung frekuensi denyut jantung janin (DJJ) untuk menilai kondisi kesejahteraan janin serta mendeteksi kemungkinan adanya gawat janin. Denyut Jantung janin dapat terdengar dengan fetoskop/leanec pada usia kehamilan 20 minggu, dan menggunakan doppler pada usia kehamilan 12 minggu.

Cara Pemeriksaan

- Tentukan lokasi punctum maximum, yaitu area tempat denyut jantung janin (DJJ) terdengar paling jelas.
- Pada janin dengan letak memanjang dan presentasi kepala, punctum maximum umumnya berada di antara pusat dan simfisis pubis sesuai dengan posisi punggung janin. Sementara itu, pada presentasi bokong (sungsang), punctum maximum biasanya terletak di antara pusat dan prosesus xifoideus. Melalui pemeriksaan ini juga dapat diidentifikasi kemungkinan kehamilan ganda apabila DJJ terdengar jelas pada dua lokasi yang berbeda.
- Letakkan fetoskop atau Leanec pada area punctum maximum. Setelah DJJ terdengar, pastikan bahwa bunyi tersebut berasal dari janin dengan membedakannya dari denyut nadi ibu yang diperiksa pada arteri radialis.
- Frekuensi DJJ dapat dihitung dengan menghitung denyut selama 5 detik sebanyak tiga kali, kemudian hasilnya dijumlahkan dan dikalikan empat, atau dengan menghitung langsung selama satu menit penuh. Selain frekuensi, irama DJJ juga perlu dinilai. Frekuensi denyut jantung janin yang normal berkisar antara 120–160 kali per menit (Miftahul Khairoh, *et al* 2019).

6. Melakukan Skrining TT (Tetanus Toxoid)

Skrining Tetanus Toksoid (TT) merupakan tahapan anamnesis untuk mengetahui riwayat perolehan vaksin serta status imunisasi TT pada ibu hamil. Secara ideal, Wanita Usia Subur (WUS) diharapkan telah melengkapi rangkaian imunisasi TT sebanyak lima kali, yakni dari dosis TT1 hingga TT5 (Haris, D. n.d.).

Imunisasi tetanus sejak masa anak-anak (seperti vaksin DPT atau DT) dapat dihitung sebagai riwayat kekebalan karena mengandung tetanus toxoid. Namun, pada ibu hamil tetap diperlukan imunisasi TT sebagai booster, karena kekebalan dapat menurun dan untuk mencegah tetanus neonatorum pada bayi.

Tabel 2.4 Klasifikasi suntik Tetanus Toxoid (TT) (Haris, D. n.d.)

Status T	Interval Minimal Pemberian	Masa Perlindungan
T1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit Tetanus
T2	1 bulan setelah T1	3 tahun
T3	6 bulan setelah T2	5 tahun
T4	12 bulan setelah T3	10 tahun
T5	12 bulan setelah T4	Lebih dari 25 tahun

7. Pemberian Tablet FE Pemberian tablet Fe diberikan setiap kunjungan ANC, setiap pemberian dilakukan pencatatan di buku KIA halaman 2 pada kolom yang tertulis pemberian tablet tambah darah. Pemberian tablet besi atau Tablet Tambah Darah (TTD) diberikan pada ibu hamil sebanyak satu tablet (60 mg) setiap hari berturut-turut selama 90 hari selama masa kehamilan. Tablet Fe diminum dengan air putih, sebaiknya diminum menjelang tidur malam agar tidak terjadi mual dan feses menjadi merah Tablet Fe harus diminum teratur setiap hari untuk menambah darah. Kekurangan zat besi akan menurunkan kecepatan pembentukan dan konsentrasi hemoglobin dalam peredaran darah, yang selanjutnya mempengaruhi status gizi ibu hamil. Salah satu faktor yang mempengaruhi kadar hemoglobin adalah konsumsi dan penyerapan zat besi dalam tubuh. Penyerapan zat besi erat kaitannya dengan konsumsi zat gizi tertentu, seperti vitamin C sebagai zat pendukung penyerapan dan kalsium sebagai penghambat penyerapan. Vitamin C mempunyai peran dalam pembentukan hemoglobin dalam darah, dimana vitamin C membantu proses penyerapan zat besi dan makanan sehingga dapat diproses menjadi sel darah merah. Selama absorpsi besi, bila total kalsium yang dikonsumsi antara 40-300 mg, maka akan terjadi interaksi antara kalsium dan zat besi. Jumlah kalsium ini dapat mengurangi penyerapan zat besi hingga 40%. Suplemen besi yang diberikan bersamaan dengan vitamin C mempunyai efek peningkatan kadar hemoglobin yang lebih baik jika dibandingkan dengan

suplementasi zat besi saja. Pada umumnya vitamin C terkandung dalam bahan pangan nabati, seperti sayuran dan buah-buahan terutama yang masam seperti buah jeruk, nanas, pepaya, rambutan, dan tomat (Nike, I. 2025).

Tabel 2.5 Klasifikasi Pemberian Tablet FE pada Ibu hamil (Haris, D. n.d.)

Trimester	Frekuensi Minum Tablet FE	Penjelasan
Trimester I	1 kali sehari	Sudah boleh diminum, namun sering terkendala karena mual/muntah pada ibu trimester I.
Trimester II	1 kali sehari	Waktu paling optimal karena kebutuhan zat besi meningkat
Trimester III	1 kali sehari	Untuk mencegah anemia menjelang persalinan

8. Pemeriksaan Laboratorium

Hasil pemeriksaan laboratorium dilengkapi dengan mencatat di buku KIA halaman 2 pada bagian kolom test lab hemoglobin (HB), test golongan darah, test lab protein urine, test lab gula darah, PPIA (Haris, D. n.d.). Selama masa kehamilan ibu hamil harus melakukan pemeriksaan laboratorium sederhana (Hb, protein urin) atau berdasarkan indikasi (HbsAg, Sifilis, HIV, Malaria, TBC). Pemeriksaan tersebut harus dilakukan minimal empat kali selama kehamilan yaitu pada saat melakukan kunjungan antenatal 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II dan 2 kali pada trimester 3 yang dikenal dengan sebutan K4 (Suparyati, 2022).

9. Tatalaksana atau Penanganan Khusus

Penanganan khusus pada ibu hamil dilakukan berdasarkan hasil pemeriksaan fisik dan laboratorium. Setiap kelainan yang ditemukan harus ditindaklanjuti sesuai kewenangan tenaga kesehatan, sedangkan kasus di luar kewenangan harus dirujuk sesuai sistem rujukan. Seluruh penanganan tersebut kemudian dicatat pada kolom 'Tatalaksana Kasus' di halaman 2 buku/pemeriksaan ibu hamil (Haris, D. n.d.).

10. Temuwicara (konseling)

Pemberian konseling dilakukan pada setiap kunjungan antenatal dan hasilnya didokumentasikan pada halaman 2 Buku KIA, tepatnya pada kolom “Konseling” bagian pemeriksaan ibu hamil (Haris, D. n.d.).

f) Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III (29-42 minggu)

a) Perdarahan Pervaginam

Pendarahan pervaginam adalah pendarahan yang dialami pada saat kehamilan. Bisa terjadi dari awal kehamilan sampai akhir kehamilan. Namun, sering terjadi pada trimester tiga dilihat dari SDKI tahun 2007 penyebab kematian ibu dikarenakan perdarahan (28%). Pada akhir kehamilan perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tidak disertai dengan rasa nyeri. Perdarahan semacam ini berarti plasenta previa. Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat yang abnormal yaitu segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri interna. Solusio plasenta juga dapat menjadi faktor penyebab, di mana plasenta berimplantasi normal namun terlepas dari dinding rahim sebelum proses persalinan, yang biasanya terhitung sejak usia gestasi mencapai 28 minggu (Haris, D. n.d.).

1. Abruptio Plasenta atau Solusio Plasenta

Abruptio plasenta atau solusio plasenta adalah komplikasi kehamilan di mana plasenta terlepas dari dinding rahim bagian dalam sebelum proses persalinan. Lepasnya plasenta ini dapat menyebabkan pasokan nutrisi dan oksigen pada bayi dapat menurun atau terhambat.

Jika solusio plasenta terjadi saat usia kehamilan sudah lebih dari 34 minggu, dokter akan mengupayakan proses persalinan yang tidak membahayakan ibu dan bayi. Jika solusio plasenta tidak parah, ibu hamil masih dapat melahirkan normal. Namun jika tidak memungkinkan dokter kandungan akan melakukan operasi Caesar.

2. Plasenta Previa

Kondisi dimana posisi plasenta terletak di bagian bawah rahim hingga menutup sebagian atau seluruh jalan lahir yang dikenal sebagai plasenta previa. Selain

menutupi jalan lahir, plasenta previa dapat menyebabkan perdarahan hebat, baik sebelum maupun saat persalinan (Haris, D. n.d.).

b) Penglihatan Kabur

Penglihatan menjadi kabur atau berbayang dapat disebabkan oleh sakit kepala yang hebat, sehingga terjadi edema pada otak dan meningkatkan resistensi otak yang mempengaruhi sistem saraf pusat, yang dapat menimbulkan kelainan serebral (nyeri kepala, kejang), oedem palpebra, Tekanan darah $>140/100$ dan gangguan penglihatan. Perubahan penglihatan atau pandangan kabur, dapat menjadi tanda pre eklampsia.

c) Oedema di muka atau tangan

Hampir separuh dari ibu-ibu akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat atau meletakkannya lebih tinggi. Edema atau pembengkakan patut diwaspadai sebagai indikasi gangguan kesehatan yang serius apabila timbul di area wajah dan tangan, menetap meskipun sudah beristirahat, serta disertai gejala fisik lainnya. Kondisi tersebut sering kali mengindikasikan adanya komplikasi pre-eklampsia..

d) Janin kurang bergerak seperti biasa

Gerakan janin tidak ada atau kurang (minimal 3 kali dalam 1 jam) Ibu mulai merasakan gerakan bayi selama bulan ke 5 atau ke-6. Jika bayi tidak bergerak seperti biasa dinamakan IUFD (Intra Uterine Fetal Death). IUFD adalah tidak adanya tanda-tanda kehidupan janin di dalam kandungan. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam 1 jam jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik (Tonasih, 2025).

e) Pengeluaran Cairan Pervaginam (Ketuban Pecah Dini)

Cairan yang dimaksud di sini adalah air ketuban. Ketuban yang pecah pada kehamilan aterm dan disertai dengan munculnya tanda-tanda persalinan adalah normal. Pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum dimulainya tanda-tanda persalinan ini disebut ketuban

pecah dini Ketuban pecah dini menyebabkan hubungan langsung antara dunia luar dan ruangan dalam rahim sehingga memudahkan terjadinya infeksi. Makin lama periode laten (waktu sejak ketuban pecah sampai terjadi kontraksi rahim), makin besar kemungkinan kejadian kesakitan dan kematian ibu atau janin dalam rahim (Haris, D. n.d.).

f) Kejang

Pada umumnya kejang didahului oleh makin memburuknya keadaan dan terjadinya gejala-gejala sakit kepala, mual, nyeri ulu hali sehingga muntah. Bila semakin berat, penglihatan semakin kabur, kesadaran menurun kemudian kejang. Kejang dalam kehamilan dapat merupakan gejala dan eclampsia (Haris, D. n.d.).

g) Selaput kelopak mata pucat

Merupakan salah satu tanda anemia. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan keadaan hemoglobin di bawah 11 gr% pada trimester III. Anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi dan perdarahan akut bahkan tidak jarang keduanya saling berinteraksi. Kondisi anemia yang dialami ibu pada trimester ketiga dapat berdampak pada timbulnya perdarahan persalinan dan pascapersalinan (nifas), disamping risiko kelahiran bayi BBLR dengan berat di bawah 2.500 gram (Haris, D. n.d.).

g) Ketidaknyamanan Pada Kehamilan Trimester III

1. Nyeri Punggung Atas dan Bawah

Selama kehamilan, ibu hamil mengalami perubahan hormonal yang mengakibatkan relaksasi sendi di sekitar punggung bawah dan panggul ibu hamil. Perubahan hormonal dan bertambahnya berat badan selama kehamilan berpengaruh terhadap perubahan struktur otot yang mengakibatkan adanya perubahan postur pada ibu hamil. Bertambahnya usia kehamilan sehingga terjadinya adaptasi muskuloskeletal seperti berat badan meningkat, bergesernya pusat gravitasi karena pembesaran rahim, mobilitas dan relaksasi. Semakin besar instabilitas sendi sakroiliaka dan peningkatan lordosis lumbal mengakibatkan rasa sakit.

Ada beberapa faktor penyebab yang membuat ibu hamil sangat rentan mengalami nyeri punggung bawah pada trimester III, yaitu:

a. Usia Ibu

Ibu hamil dikatakan beresiko tinggi apabila ibu hamil berusia dibawah 20 tahun atau lebih dari 35 tahun. Perkembangan tersebut yaitu secara fisik dan organ-organ pada usia kurang dari 20 tahun belum siap untuk melaksanakan tugas reproduksi dan belum matang secara psikis. Usia muda atau kurang dari 20 tahun akan sulit mengendalikan nyeri, Usia reproduksi lebih dari 35 tahun, fisik dan fungsi organ organ tubuh terutama sistem reproduksi mengalami penurunan.

b. Usia kehamilan

Keluhan nyeri punggung sebagian besar dialami oleh ibu hamil trimester III, disebabkan oleh penambahan usia kehamilan menyebabkan perubahan postur pada kehamilan sehingga terjadi pergeseran pusat gravitasi tubuh ke depan, sehingga jika otot perut lemah menyebabkan (lordosis) lekukan tulang pada daerah lumbar dan menyebabkan nyeri punggung.

c. Paritas

Tingkat paritas yang tinggi, seperti pada multipara dan grandemultipara, berisiko lebih besar mengalami kegagalan penopangan uterus karena terjadinya pelemahan pada otot-otot rahim.

d. Pekerjaan

Pekerjaan ibu selama kehamilan dihubungkan dengan kondisi kelelahan yang dialami ibu. Kelelahan secara tidak langsung dapat memperberat persepsi nyeri, meningkatkan intensitas rasa sakit yang dirasakan serta memperlemah mekanisme coping individu (Leni, T. 2024).

2. Asuhan Pada Nyeri Punggung

Solusi terhadap permasalahan dengan adanya ketidaknyamanan nyeri punggung ibu hamil trimester III disarankan untuk melakukan senam hamil, endorphin massage, kompres hangat, senam yoga, teknik akupresure, dan posisi tidur yang benar. Penanganan atau meringankan nyeri punggung pada masa kehamilan bisa dilakukan beberapa cara seperti kinesiotaping, posisi tidur, bodi

mekanik, senam hamil. Penanganan yang dapat dilakukan sebagai berikut (Leni, T. 2024):

- a. Ibu hamil sebaiknya menyempatkan waktu berolahraga atau setidaknya beraktivitas ringan atau melakukan senam hamil.
- b. Ibu hamil sebaiknya menjaga sikap tubuh dalam kehidupan sehari-hari, memperbaiki cara berdiri, duduk, dan bergerak. Jika harus duduk atau berdiri lebih lama jangan lupa istirahat setiap 30 menit.
- c. Ibu diwajibkan mengonsumsi susu dan makanan yang kaya kalsium .

2.2 Persalinan

2.2.1 Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian persalinan

Persalinan normal merupakan proses melahirkan janin secara alami pada usia gestasi matang (37–42 minggu). Proses ini ditandai dengan posisi kepala bayi keluar terlebih dahulu dan berlangsung selama 18 hingga 24 jam tanpa hambatan medis (Lilis, N. 2023).

b. Fisiologi Persalinan

Ciri utama persalinan normal adalah adanya aktivitas kontraksi miometrium yang paling kuat dan berdurasi panjang di area fundus, kemudian secara bertahap melemah ke arah serviks. Perubahan fundus dari organ yang lunak selama masa kehamilan menjadi keras dan berkontraksi inilah yang berfungsi mendorong janin melewati jalan lahir (Dewi, N. 2023).

c. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan merupakan serangkaian gaya dorong yang memfasilitasi penurunan janin serta pergerakan adaptif yang dilakukan janin untuk melintasi rongga panggul hingga jalan lahir. Proses ini berlangsung secara berurutan, mulai dari engagement, penurunan, fleksi, putaran paksi dalam, restitusi, rotasi eksternal, hingga diakhiri dengan ekspulsi.

1. Engagement

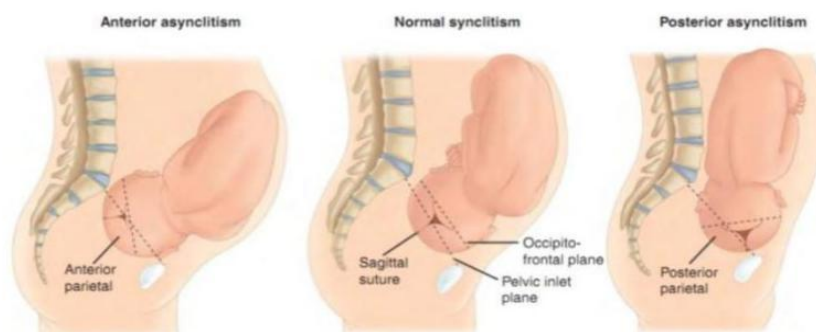
Engagement merupakan tahapan ketika diameter biparetal janin berhasil melewati Pintu Atas Panggul (PAP), disertai sutura sagitalis yang berada dalam posisi melintang atau oblik di dalam jalan lahir dalam keadaan sedikit fleksi. Apabila

kepala memasuki PAP dengan posisi sutura sagitalis tepat di tengah (sehingga tulang parietal kanan dan kiri berada pada ketinggian yang sejajar), kondisi tersebut dinamakan sinklitismus. Sebaliknya, jika posisi sutura sagitalis lebih mendekati arah promontorium atau simfisis saat melewati PAP, maka keadaan ini dikenal sebagai asinklitismus.

- Dalam asinklitismus posterior, letak sutura sagitalis lebih dekat ke arah simfisis yang mengakibatkan tulang parietal posterior berada pada posisi yang lebih rendah dibandingkan tulang parietal anterior. Terjadi karena tulang parietal depan tertahan oleh simfisis pubis sedangkan tulang parietal belakang dapat turun dengan mudah karena adanya lengkung sakrum yang luas.
- Pada asinklitismus anterior, sutura sagitalis bergeser mendekati promontorium sehingga tulang parietal depan lebih rendah daripada tulang parietal belakang. Adapun proses *engagement* berlangsung pada bulan terakhir kehamilan bagi primigravida, dan baru terjadi saat permulaan persalinan bagi multigravida.

2. Penurunan Kepala (Decent)

Proses penurunan kepala janin berlangsung secara simultan bersamaan dengan mekanisme persalinan lainnya. Peristiwa *descent* ini dipengaruhi oleh sejumlah faktor, yakni kontraksi uterus, tekanan cairan amnion, gaya gravitasi, serta tenaga mengejan ibu pada kala II. Proses penurunan tersebut terjadi secara berkesinambungan sepanjang persalinan dan bahkan telah dimulai sebelum awitan persalinan (*inpartu*).



Gambar 2.2 Proses Decent (Sinklitismus, Asinklitismus anterior dan Asinklitismus Posterior) (Vitania, W. 2024).

3. Fleksi

Fleksi terjadi saat kepala janin menunduk hingga dagu menempel pada dada, memicu perubahan penunjuk bawah menjadi *sub-okshipito bregmatika*. Gerakan ini dipicu oleh dorongan janin ke depan yang tertahan oleh serviks serta dasar panggul. Akibat fleksi, diameter kepala janin yang melintasi jalan lahir mengecil dari oksipito frontalis (12 cm) menjadi *sub-okshipito bregmatika* (9 cm), sehingga pada pemeriksaan dalam, Ubun-Ubun Kecil (UUK) terasa lebih jelas dibandingkan Ubun-Ubun Besar (UUB). Pada posisi *oksipito anterior*, fleksi efektif memperkecil diameter presentasi kepala. Sebaliknya, pada posisi *oksipito posterior*, fleksi sering kali tidak terjadi secara sempurna, menyebabkan diameter presentasi tetap besar dan berpotensi memperlama proses persalinan.

4. Rotasi Dalam (Putaran Paksi Dalam)

Kepala janin melakukan rotasi untuk beradaptasi dengan struktur rongga panggul, sehingga diameter anteroposterior kepala janin sejajar dengan diameter anteroposterior panggul ibu. Kepala yang awalnya memasuki panggul secara melintang atau miring akan berputar ke arah anterior menuju simfisis pubis. Pergerakan rotasi sebesar 45 derajat ini sangat esensial dalam persalinan pervaginam agar selaras dengan kelengkungan jalan lahir. Rotasi dalam (putar paksi dalam) merupakan proses berputarnya bagian terendah janin ke arah depan hingga berada di bawah simfisis. Pada persalinan presentasi belakang kepala, Ubun-Ubun Kecil (UUK) berfungsi sebagai bagian terendah yang memutar ke depan hingga berada tepat di bawah simfisis dan teraba pada arah jam 12 saat pemeriksaan dalam. Gerakan adaptif ini bertujuan menyesuaikan posisi kepala janin dengan kontur jalan lahir, khususnya area bidang tengah dan pintu bawah panggul. Putar paksi dalam biasanya terjadi setelah kepala melampaui bidang Hodge III (setinggi spina ischiadica) atau saat mencapai dasar panggul. Mekanisme ini dipicu oleh posisi kepala yang mengalami fleksi serta upaya bagian belakang kepala untuk mencari area dengan tahanan terendah, yakni di sebelah depan atas pada hiatus genitalis di antara *musculus levator ani* kanan dan kiri.

5. Ekstensi

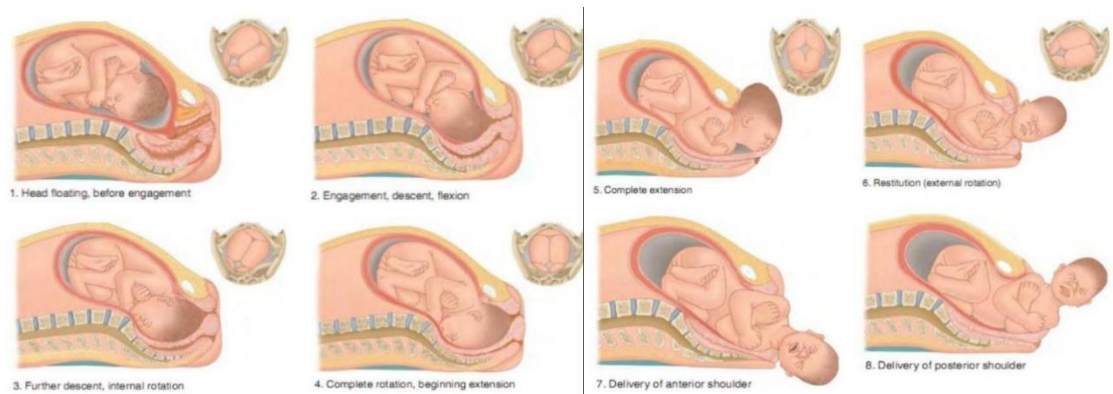
Ekstensi adalah kondisi kepala melakukan putaran untuk dilahir menyesuaikan kurva jalan lahir. Kepala yang difleksikan pada posisi oksipito anterior terus menurun di dalam pelvis. Karena pintu bawah vagina mengarah ke atas dan ke depan, ekstensi harus terjadi sebelum kepala dapat melintasinya. Sementara kepala melanjutkan penurunannya, terdapat penonjolan pada perineum yang diikuti dengan keluarnya puncak kepala. Puncak kepala terjadi bila diameter terbesar dari kepala janin dikelilingi oleh cincin vulva. Suatu insisi pada perineum (episotomi) dapat membantu mengurangi tegangan perineum disamping untuk mencegah perebakan dan perentangan jaringan perineum. Proses kelahirannya kepala terjadi melalui gerakan ekstensi secara cepat, di mana oksiput, sinsiput, hidung, mulut, hingga dagu melewati area perineum secara berurutan. Namun pada janin dengan posisi *oksipito posterior*, mekanisme lahirnya kepala berlangsung melalui perpaduan antara gerakan ekstensi dan fleksi. Pada saat munculnya puncak kepala, pelvis tulang posterior dan penyangga otot diusahakan berfleksi lebih jauh. Dahi, sinsiput, dan oksiput dilahirkan sementara janin mendekati dada. Sesudah itu, oksiput jatuh kembali saat kepala berekstensi, sementara hidung, mulut, dan dagu dilahirkan.

6. Rotasi luar (putar paksi luar)

Pada presentasi oksipito anterior maupun oksipito posterior, setelah kepala lahir, kepala akan kembali ke posisi semula seperti saat memasuki pintu atas panggul (engagement) agar sejajar dengan punggung dan bahu janin. Selanjutnya, kepala dapat mengalami putaran tambahan, sementara bahu melakukan putaran paksi dalam sehingga posisi bahu menyesuaikan dengan diameter anterior-posterior panggul untuk mempermudah proses kelahiran.

7. Ekspulsi

Setelah kepala menyelesaikan putaran paksi luar, bahu anterior lahir terlebih dahulu di bawah simfisis pubis, kemudian diikuti oleh bahu posterior yang melewati perineum. Setelah kedua bahu lahir, seluruh tubuh bayi akan keluar secara bertahap hingga proses persalinan selesai (Vitania, W. 2024).



Gambar 2.3 Mekanisme Persalinan Normal (Vitania, W. 2024)

d. Tahapan proses persalinan

1. Kala I (Kala pembukaan)

Tahap pertama atau kala pembukaan adalah langkah awal persalinan yang ditandai oleh terjadinya kontraksi uterus secara progresif. Kontraksi uterus pada tahap ini memiliki tujuan utama yaitu untuk melunakkan, menipiskan (effacement), dan membuka (dilatasi) serviks secara bertahap hingga mencapai pembukaan penuh sekitar 10 sentimeter. Proses ini sangat penting, karena memberikan jalur terbuka bagi bayi untuk dapat melewati jalan lahir secara lancar dan aman.

Kala pertama persalinan ini terbagi menjadi dua fase penting, yaitu fase laten dan fase aktif.

a) Fase laten: berlangsung sekitar 8 jsm, pembukaan lambat hingga 3 cm.

b) Fase aktif:

- Fase akselerasi: 3 cm menjadi 4 cm (2 jam)
- Fase dilatasi maksimal: 4 cm menjadi 9 cm (2 jam, cepat)
- Fase deselerasi: 9 cm menjadi 10 cm (2 jam, lambat)

c) Rata-rata pembukaan: 1 cm/ jam (primigravida), 2 cm/jam (multigravida)

d) Durasi: primigravida ± 12 jam, multigravida ± 7 jam (Armita, S. 2024).

2. Kala II (Kala pengeluaran janin)

Kala II merupakan tahap persalinan yang dimulai setelah serviks mengalami pembukaan lengkap hingga bayi berhasil dilahirkan. Tahap ini sering kali merupakan fase yang paling dinantikan, tetapi juga yang paling melelahkan bagi ibu. Pada tahap ini, ibu biasanya merasakan dorongan alami yang sangat kuat untuk mengejan karena kepala bayi sudah mulai turun melewati rongga panggul menuju

jalan lahir. Dorongan mengejan ini dipicu oleh tekanan kepala bayi yang merangsang saraf-saraf di dasar panggul. Bagian kepala janin tampak menonjol sekitar 5–6 cm melewati vulva, bagian terbawah janin tidak lagi maju mundur disaat his dan diluar his (Haris, D. n.d.).

3. Kala III (Kala Pengeluaran Plasenta)

Kala ketiga atau kala pengeluaran plasenta dimulai setelah bayi lahir hingga plasenta berhasil keluar dari rongga uterus. Pascakelahiran bayi, rahim akan berkontraksi dengan intensitas tinggi untuk melepaskan plasenta dari dinding rahim dalam kurun waktu 5 sampai 30 menit. Jika plasenta tidak kunjung lahir melewati batas 30 menit, maka wajib dilakukan tindakan manual plasenta. Penting bagi bidan untuk memastikan bahwa plasenta keluar dalam keadaan utuh tanpa tertinggal sedikit pun dalam rongga uterus, karena kondisi tersebut dapat menyebabkan perdarahan postpartum dan infeksi. Dalam tahap ini, tenaga kesehatan biasanya melakukan manajemen aktif kala tiga, salah satunya adalah pemberian oksitosin 2 menit setelah bayi lahir, untuk mempercepat kontraksi uterus sehingga plasenta dapat keluar secara lengkap, serta mengurangi risiko terjadinya perdarahan postpartum. Setelah plasenta lahir, bidan akan melakukan pemeriksaan menyeluruh terhadap plasenta untuk memastikan keutuhannya, serta menilai kondisi ibu secara keseluruhan agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut. Lepasnya placenta ditandai dengan:

- a. Kondisi dimana uterus menjadi bundar
- b. Terjadi pengeluaran darah secara mendadak sebagai salah satu tanda pelepasan plasenta.
- c. Tali pusat tampak memanjang keluar dari vagina akibat plasenta yang telah terlepas.
- d. Perubahan bentuk Uterus dan Posisi atau tinggi Fundus Uteri

Prasat untuk melihat apakah placenta sudah terlepas:

1. Kutsner: Regangkan tali pusat dengan tangan di atas simphisis/memberikan penekanan pada simphisis, plasenta belum terlepas apabila tali pusat masuk kedalam dan plasenta sudah terlepas apabila tali pusat diam dan memanjang (ke depan)

2. Klein: Lakukan sedikit dorongan pada rahim saat uterus mengalami kontraksi, jika plasenta belum terlepas maka tali pusat akan kembali dan apabila plasenta sudah terlepas maka tali pusat diam/turun.
3. Strassman: Dimana plasenta belum terlepas apabila pada saat tangan sebelah kanan penolong melakukan peregangan pada tali pusat dan kemudian tangan kiri mengetuk bagian dari fundus uteri dan terjadi getaran. Jika tidak bergetar, plasenta sudah terlepas.
4. Manuaba: Memegang uterus di segmen rahim dengan tangan kiri, sedangkan tali pusat dikencangkan dengan menggunakan tangan kanan, terlepasnya plasenta apabila tarikan terasa berat disertai dengan tali pusat tidak memanjang dan apabila plasenta terlepas maka tarikan terasa ringan disertai dengan memanjangnya tali pusat.
5. Crede: Melakukan pemijatan pada bagian uterus sama seperti memeras jeruk untuk melepaskan plasenta dari dinding rahim. Kemudian pijat rahim dengan memberikan penekanan sedikit ke bawah dengan empat jari berada di dinding rahim bagian belakang kemudian ibu jari di fundus bagian depan tengah. Pijat rahim saat berkontraksi pada tali pusat dan kemudian tangan kiri mengetuk bagian dari fundus uteri dan terjadi getaran. Jika tidak bergetar, plasenta sudah terlepas (Lilis, 2023) .

4. Kala IV (Kala Observasi)

Kala IV adalah kala pengawasan dari 1-2 jam setelah bayi dan plasenta lahir untuk memantau kondisi ibu. Kala IV merupakan periode yang dimulai sejak plasenta lahir hingga 2 jam setelah persalinan. Pada fase ini, ibu harus dipantau dan diobservasi secara ketat karena sebagian besar kasus perdarahan postpartum terjadi dalam dua jam pertama setelah bayi dan plasenta dilahirkan. Periode *puerperium* (masa nifas) terhitung mulai satu jam usai lepasnya plasenta dan berlanjut hingga kurun waktu enam minggu (42 hari) kemudian.

Bidan memastikan bayi dapat bernapas dengan baik, suhu tubuhnya tetap stabil, serta bayi berhasil memulai proses menyusu dengan baik. Pada kala observasi, dukungan psikologis dan emosional juga sangat penting untuk memastikan ibu merasa nyaman, tenang, dan percaya diri dalam menjalani perannya sebagai ibu

baru. Bidan perlu menciptakan suasana yang nyaman dan penuh perhatian agar proses adaptasi ibu terhadap peran barunya berjalan optimal (Lilis, 2023).

Pemantauan Kala IV meliputi:

1. Tanda Vital

a. Tekanan Darah dan Nadi Pemantauan tekanan darah dan nadi pada kala 4 persalinan (periode observasi selama 2 jam pertama setelah lahirnya plasenta) sangat penting untuk mendeteksi komplikasi seperti perdarahan postpartum atau syok. Pemantauan ini meliputi:

- Frekuensi pemeriksaan
 - Setiap 15 menit pada 1 jam pertama
 - Setiap 30 menit pada jam kedua
- Parameter yang diperhatikan
 - Penurunan tekanan darah secara drastis menandakan syok hipovolemik di karenakan perdarahan postpartum.
 - Kenaikan tekanan berkaitan dengan hipertensi postpartum atau preeklamsia postpartum.

b. Nadi

- Frekuensi pemeriksaan: Sama seperti tekanan darah (setiap 15 menit pada 1 jam pertama, lalu setiap 30 menit pada jam kedua).
- Parameter yang diperhatikan :
 - Takikardia (>100 x/menit) : menunjukkan perdarahan, syok, atau infeksi.
 - Bradikardia (<60 x/menit) bisa menjadi tanda masalah kardiovaskular.

c. Respirasi dan Suhu Tubuh

Pemantauan respirasi dan suhu pada kala 4 persalinan sangat penting untuk mendeteksi tanda-tanda awal komplikasi seperti infeksi, perdarahan postpartum, atau gangguan pernapasan akibat anestesi atau obat-obatan.

1) Pemantauan Respirasi :

- Frekuensi pemeriksaan
 - 15 menit sekali selama 1 jam pertama
 - 30 menit sekali pada jam kedua.
- Parameter yang diperhatikan

- Frekuensi napas normal: 12-20 x/menit.
- Takipnea (>24 x/menit): Bisa mengindikasikan syok, anemia akibat perdarahan, atau infeksi.
- Bradipnea (<12 x/menit): Bisa disebabkan oleh efek obat analgesia/anestesi atau gangguan neurologis.
- Kualitas pernapasan: Apakah ibu tampak sesak, menggunakan otot bantu napas, atau mengalami kesulitan bernapas.

2) Pemantauan Suhu

- Frekuensi pemeriksaan: setiap 4 jam sekali, atau lebih sering jika muncul tanda-tanda infeksi.
 - Suhu normal: $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$.
 - Hipertermia ($>38^{\circ}\text{C}$): Bisa menandakan infeksi postpartum (endometritis, infeksi luka perineum/SC, atau mastitis).
 - Hipotermia ($<36^{\circ}\text{C}$): Bisa terjadi akibat kehilangan darah yang banyak, syok, atau paparan suhu lingkungan yang dingin.

Pengawasan respirasi dan suhu pada kala 4 untuk mendeteksi secara dini komplikasi postpartum seperti infeksi, perdarahan, atau efek anestesi yang dapat membahayakan ibu. Jika ditemukan abnormalitas, tindakan segera harus dilakukan untuk mencegah kondisi yang lebih serius.

2. Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Saat Kala III persalinan, posisi uterus digaris tengah kira-kira 2 cm dibawah umbilicus fundus uteri berada pada promontorium sakralis. Pada saat ini besar uterus kira-kira sama dengan besar uterus sewaktu usia kehamilan 16 minggu dengan berat 1000 gram. Setelah janin dikeluarkan fundus uteri kira-kira setinggi pusat, segera setelah placenta lahir, tinggi fundus uteri kurang lebih dua jari dibawah pusat. Uterus menyerupai satu buah alpukat gepeng berukuran panjang kurang lebih 15 cm, lebar kurang lebih 12 cm, dan tebal kurang lebih 10cm, dinding uterus sendiri kurang lebih 5 cm, sedangkan pada bekas implantasi plasenta lebih tipis dari bagian lain. Pada hari kelima post partum uterus kurang lebih setinggi 7 cm diatas simpisis atau setengah simpisis pusat, sesudah 12 hari uterus tidak dapat diraba lagi di atas simpisis.

3. Lochea dipantau Bersamaan dengan Masase Uterus

Lochea adalah hasil dari mekanisme alami tubuh dalam membersihkan rahim dari jaringan sisa-sisa plasenta yang terbentuk selama masa kehamilan. Secara umum, masa nifas setelah melahirkan adalah selama 4-6 minggu pasca melahirkan. Selama masa tersebut, darah nifas akan mengalami perubahan yang terjadi melalui beberapa tahap, yaitu (Evi, Y. 2025):

- a. 24 jam pasca melahirkan: Darah cenderung berwarna merah terang atau merah kecokelatan karena mengandung banyak darah dibandingkan jaringan dari lapisan dinding rahim. Selain itu, ukuran gumpalan darah pada hari pertama setelah melahirkan cenderung bervariasi, mulai dari seukuran kelereng kecil hingga sebesar bola golf.
- b. 2-6 hari setelah melahirkan: Darah memiliki tekstur yang tampak berair dan berwarna merah muda atau cokelat tua. Ukuran gumpalan darah juga cenderung lebih kecil dibandingkan dengan hari pertama.
- c. 7-10 hari setelah melahirkan: Darah cenderung berwarna cokelat atau merah muda. Terkadang, warna darah lochia juga dapat memudar menjadi putih kekuningan karena terdiri dari sel darah putih serta jaringan sisa-sisa dinding rahim.
- d. 11-14 hari setelah melahirkan: Pada tahap ini, warna darah nifas biasanya cenderung putih kekuningan. Namun, jika ibu sudah mulai bergerak aktif, warna darah tersebut bisa berubah menjadi kemerahan kembali.
- e. 2-5 minggu setelah melahirkan: Pada tahap ini, wanita biasanya sudah tidak mengalami perdarahan. Namun, terdapat sebagian wanita yang masih mengalami perdarahan pada tahap ini dengan warna darah lebih pucat atau putih kekuningan yang menyerupai keputihan.
- f. 6 minggu setelah melahirkan: Perdarahan dan penggumpalan darah sudah sangat sedikit atau mulai berhenti. Namun, pada beberapa wanita mungkin masih menemukan bercak berwarna merah, cokelat, atau kuning setelah melakukan aktivitas berat.

4. Kandung Kemih

Pemantauan kandung kemih pada kala 4 persalinan sangat penting untuk memastikan fungsi eliminasi urin berjalan normal dan mencegah komplikasi seperti retensi urin, distensi kandung kemih, atau atonia uteri akibat tekanan kandung kemih yang penuh.

a. Frekuensi Pemantauan

- Dilakukan tiap 30 menit sampai dengan 1 jam selama 2 jam pertama setelah melahirkan.
- Dilanjutkan secara berkala sampai ibu bisa berkemih secara spontan.

b. Hal yang harus Dipantau

1) Pengosongan Kandung Kemih:

- Pastikan ibu dapat berkemih dalam 2-4 jam setelah persalinan.
- Jika tidak bisa berkemih dalam waktu tersebut, evaluasi kemungkinan retensi urin.

2) Volume Urin:

- Urin yang dikeluarkan pertama kali setelah persalinan jumlah minimal 150-200 mL.
- Bila urin sedikit atau tidak ada, perlu pemeriksaan lebih lanjut.

3) Distensi Kandung Kemih:

- Kandung kemih yang penuh dapat diraba sebagai benjolan suprapubik yang tidak nyeri.
- Distensi dapat menghambat kontraksi uterus, meningkatkan risiko perdarahan postpartum.

Tanda Retensi Urin:

- Sering ingin berkemih tetapi hanya sedikit urin yang keluar.
- Perasaan tidak nyaman atau nyeri suprapubik.
- Kandung kemih teraba penuh dan keras saat palpasi.

5. Perkiraan Kehilangan Darah

Di kala IV persalinan, pemantauan kehilangan darah sangat penting untuk mendeteksi perdarahan postpartum secara dini dan mencegah komplikasi seperti syok hipovolemik. Perdarahan postpartum didefinisikan sebagai

kehilangan darah 2500 mL pada persalinan pervaginam atau ≥ 1000 mL pada persalinan sesar. Satu cara untuk menilai kehilangan darah adalah dengan melihat volume darah yang terkumpul dan memperkirakan berapa banyak botol 500 ml yang dapat menampung semua darah tersebut. Jika darah dapat mengisi dua botol, maka dikatakan ibu telah kehilangan 1 liter darah. Apabila perdarahan menyebabkan ibu lemas, pusing, kesadaran menurun, serta tekanan darah sistolik turun lebih dari 10 mmHg dari kondisi sebelumnya, maka telah terjadi perdarahan lebih dari 500 ml.

a. Metode Perkiraan Kehilangan Darah

1) Penilaian Secara Visual

- Ringan (<250 mL): Pembalut hanya sedikit terisi darah, darah berwarna merah terang tetapi tidak banyak.
- Sedang (250-500 mL): Pembalut cepat terisi, darah menetes tetapi tidak menggenang.
- Berat (>500 mL): Darah mengalir deras, terjadi penggumpalan darah besar, atau ada genangan darah di tempat tidur.

2) Penilaian Klinis

- Frekuensi denyut nadi dan tekanan darah : Takikardia mengindikasikan signifikan. dan hipotensi bisa perdarahan yang
- Kondisi umum ibu Pucat, berkeringat dingin, atau lemas menandakan hipovolemia akibat kehilangan darah.
- Tonus uterus: Penyebab perdarahan atonik diantaranya Uterus yang lembek atau tidak berkontraksi dengan baik (Evi, Y. 2025).

6. Kontraksi Uterus

Rahim dipantau untuk berkontraksi setelah plasenta lahir. Mengobservasi konsistensi dan pelacakan uterus adalah langkah penting dalam evaluasi uterus. Kontraksi uterus normal melibatkan terasifikasi fundus uteri. Jika tidak ada kemajuan setelah 15 menit pemijatan uterus akan berkembang menjadi atonia uteri. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan pencegahan perdarahan pervaginam (Mistam, W. 2025):

- Setiap 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca salin.

- Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca salin.
- Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca salin.

e. Faktor yang mempengaruhi persalinan

a. Power (kekuatan ibu)

Proses pendorongan janin dalam persalinan digerakkan oleh kombinasi tenaga yang berasal dari his, kontraksi otot perut dan diafragma, serta dukungan ligamen. Di antara seluruh komponen tersebut, his merupakan kekuatan utama yang menggerakkan proses persalinan, sedangkan tenaga tambahan berasal dari upaya ibu meneran. His adalah kontraksi ritmis otot polos uterus yang terjadi secara efektif untuk membantu pembukaan serviks dan pengeluaran janin. Kontraksi yang normal memiliki karakteristik simetris, berpusat pada fundus uteri (fundal dominance), berlangsung secara terkoordinasi, serta diikuti fase relaksasi yang adekuat. Berdasarkan fungsi dan karakteristiknya, his dapat dibedakan menjadi beberapa jenis dengan sifat-sifat sebagai berikut:

1. His palsu atau his pendahuluan: tidak kuat, tidak teratur, tidak menyebabkan pembukaan serviks, lebih ringan, lebih pendek serta dapat hilang dibawa istirahat dan perubahan posisi.
2. His pembukaan (kala I): menyebabkan pembukaan serviks, semakin kuat, teratur dan sakit.
3. His pengeluaran (kala II): sangat kuat, simetris, teratur, dan koordinatif, digunakan untuk mengeluarkan janin.
4. His pelepasan uri (kal III): terkoordinasi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
5. His pengiring (kala IV): kontraksi lemah yang terasa seperti meriang dan berlangsung beberapa jam atau hari setelah persalinan.

b. Passage (jalan lahir)

Rute persalinan atau jalan lahir bagi janin terdiri atas komponen tulang panggul, dasar panggul, vagina, dan introitus vagina. Agar persalinan berlangsung normal, janin harus dapat beradaptasi dengan bentuk dan ukuran jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena itu, penilaian terhadap kondisi panggul perlu dilakukan sebelum persalinan untuk memastikan bahwa ukuran dan bentuknya memadai.

Selain itu, struktur jalan lahir harus cukup luas dan memiliki elastisitas yang baik agar bayi dapat melewatinya tanpa hambatan. Apabila terdapat penyempitan pada panggul atau jalan lahir, proses persalinan dapat berlangsung lebih lama atau mengalami kesulitan. Selama persalinan, serviks akan mengalami pelunakan, penipisan, dan pembukaan secara bertahap sehingga memungkinkan janin melewati jalan lahir. Proses tersebut terjadi sebagai respons terhadap kontraksi uterus yang efektif dan teratur. Adanya obstruksi seperti fibroid atau kelainan lainnya dalam jalan lahir dapat menghambat kemajuan persalinan. Kondisi lapisan jalan lahir, seperti kelembapan dan elastisitas lendir serviks, juga mempengaruhi kemampuan jalan lahir untuk merenggang dan memungkinkan bayi untuk melaluinya dengan lancar.

c. *Passanger*

Pergerakan janin melalui jalan lahir dipengaruhi oleh interaksi berbagai faktor, antara lain ukuran kepala janin, jenis presentasi, letak, sikap, serta posisi janin. Kombinasi faktor-faktor tersebut akan menentukan kelancaran dan mekanisme kemajuan janin selama proses persalinan.

d. *Psikologis*

Kondisi psikologis ibu memiliki pengaruh yang besar terhadap kelancaran proses persalinan. Ibu yang memperoleh pendampingan dan dukungan dari orang terdekat selama persalinan umumnya merasa lebih tenang, aman, dan percaya diri sehingga proses persalinan dapat berlangsung lebih maksimal. Temuan tersebut mengindikasikan bahwa keberadaan dukungan emosional mampu memberikan pengaruh yang konstruktif terhadap stabilitas mental ibu selama menghadapi proses persalinan.

e. *Pysian* (Penolong)

Kompetensi dan keterampilan yang dimiliki oleh tenaga penolong persalinan berperan penting dalam mendukung kelancaran proses persalinan serta menurunkan risiko terjadinya kematian pada ibu dan bayi baru lahir (Retnaning Muji Lestari *et al.* 2024).

d. Tanda-tanda persalinan

1) Kontraksi Persalinan (His)

Ditandai dengan rasa nyeri dari pinggang yang menjalar hingga ke bagian depan perut. Kontraksi uterus ditandai dengan pola yang teratur, frekuensi yang semakin sering, serta peningkatan intensitas secara bertahap sebagai bagian dari kemajuan proses persalinan. Kondisi ini biasanya disertai dengan keluarnya lendir bercampur darah (*blood show*).

2) Perubahan pada Serviks

Adanya kontraksi memicu perubahan pada leher rahim (serviks), yaitu:

- Pendataran dan pembukaan serviks.
- Pelepasan sumbat lendir, yaitu keluarnya cairan lendir bercampur darah (*bloody show*) akibat pecahnya pembuluh darah kapiler saat serviks mulai membuka.

3) Pengeluaran Cairan Ketuban

Pecahnya selaput ketuban ditandai dengan keluarnya cairan. Pada umumnya, ketuban baru pecah mendekati pembukaan lengkap dan proses ini dapat berlangsung dalam rentang waktu 24 jam.

4) Penurunan Bagian Terbawah Janin

Tanda lanjut persalinan terlihat dari tampak mukanya ubun-ubun kecil janin sekitar 5–6 cm di depan vulva. Pada fase ini, posisi bagian terbawah janin sudah menetap dan tidak lagi bergerak maju-mundur, baik saat terjadi kontraksi maupun di luarnya (Dewi, N. 2023).

1. Kala I (Kala Pembukaan)

Kala pertama atau kala pembukaan adalah tahap awal persalinan yang ditandai oleh terjadinya kontraksi uterus secara progresif. Kontraksi uterus pada tahap ini memiliki tujuan utama yaitu untuk melunakkan, menipiskan (*effacement*), dan membuka (*dilatasi*) serviks secara bertahap hingga mencapai pembukaan penuh sekitar 10 sentimeter. Proses ini sangat penting, karena memberikan jalur terbuka bagi bayi untuk dapat melewati jalan lahir secara lancar dan aman.

Kala pertama persalinan ini terbagi menjadi dua fase penting, yaitu fase laten dan fase aktif.

- a. Fase Laten: berlangsung sekitar 8 jam, pembukaan lambat hingga 3 cm.
- b. Fase aktif:

1. Fase aktif akselerasi: 3 cm menjadi 4 cm (2 jam)
2. Fase aktif dilatasi maksimal: 4 cm menjadi 9 cm (2 jam, cepat)
3. Fase aktif deselerasi: 9 cm menjadi 10 cm (2 jam, lambat)
 - c. Rata-rata pembukaan: 1 cm/ jam (primigravida), 2 cm/jam (multigravida)
 - d. Durasi: primigravida ± 12 jam, multigravida ± 7 jam (Armita, S. 2024).

a. Partograf

Partograf adalah suatu alat bantu berupa lembar pencatatan grafik yang digunakan untuk memonitor kemajuan persalinan, kondisi ibu dan janin, serta tindakan yang diperlukan secara sistematis. Partograf merupakan instrumen penting dalam asuhan kebidanan karena membantu tenaga kesehatan dalam mendeteksi secara dini tanda-tanda kegagalan kemajuan persalinan, sehingga dapat segera dilakukan intervensi yang tepat. Partograf memvisualisasikan proses persalinan dalam bentuk grafik yang mencakup beberapa parameter utama, seperti:

1. Kemajuan pembukaan serviks
2. Penurunan kepala janin
3. Frekuensi dan kekuatan kontraksi
4. Kondisi janin (denyut jantung, air ketuban, molding)
5. Kondisi ibu (tekanan darah, nadi, suhu, jumlah urin, proteinuria)

Penggunaan partograf memungkinkan pengambilan keputusan klinis yang lebih cepat dan akurat untuk mencegah komplikasi seperti distosia, hipoksia janin, dan ruptur uteri.

a. Garis waspada (Alert Line)

Garis waspada adalah garis diagonal dari pembukaan serviks 4 cm hingga 10 cm yang menunjukkan kecepatan fisiologis pembukaan serviks sekitar 1 cm per jam, berdasarkan pola persalinan normal pada primigravida. WHO menyatakan bahwa tidak semua ibu harus mencapai 1 cm/jam, karena kecepatan dilatasi bisa lebih lambat tanpa menunjukkan patologi, selama tanda klinis lainnya tetap dalam batas normal. Jika grafik dilatasi serviks berada di kiri atau tepat di atas garis ini, maka:

- a) Persalinan dinyatakan berjalan normal
- b) Tidak memerlukan intervensi aktif

c) Fokus asuhan adalah pemantauan berkala dan dukungan emosional (N. R. Putri *et al.* 2026)

b. Garis Tindakan (Action Line)

Garis tindakan digambar sejajar dengan garis waspada dan terletak 4 jam di sebelah kanannya. Bila grafik pembukaan serviks melewati garis tindakan, hal itu mengindikasikan bahwa persalinan mengalami perlambatan atau stagnasi. Keputusan tidak boleh didasarkan pada grafik semata, namun juga mempertimbangkan komponen lain seperti kontraksi uterus, molding, DJJ, dan status maternal. Tindakan klinis yang dapat diambil meliputi:

- a) Augmentasi kontraksi dengan oksitosin (jika kontraksi lemah)
- b) Amniotomi bila membrane/ketuban masih utuh
- c) Evaluasi ulang posisi janin dan kemajuan penurunan
- d) Rujukan atau seksio sesarea jika ditemukan tanda kegawatan janin atau obstruksi mekanis.

c. Penurunan Kepala Janin dan Molding

b) Penurunan Kepala

Pemeriksaan dalam idealnya dijalankan secara berkala tiap 4 jam sekali, atau ditingkatkan frekuensinya apabila ditemukan indikasi komplikasi. Tujuannya adalah untuk memantau serta mendokumentasikan penurunan bagian terbawah janin. Pada persalinan normal, kemajuan pembukaan serviks secara umum berlangsung secara simultan bersamaan dengan penurunan bagian terbawah janin. Kendati demikian, pada beberapa kasus penurunan bagian terbawah janin ini baru mulai signifikan setelah pembukaan mencapai 7 cm.

c) Molding/Molase (Penyusupan Tulang Kepala Janin)

Molding adalah tumpang tindih sutura tulang tengkorak janin yang dinilai saat pemeriksaan dalam. Tingkat penyusupan (*moulding*) merupakan parameter kunci untuk mengukur kemampuan adaptasi kepala janin terhadap bidang panggul ibu. Oleh karena itu, evaluasi terhadap penyusupan kepala janin wajib dilakukan dan dicatat pada setiap kali pelaksanaan pemeriksaan dalam (*vaginal toucher*) (Erna Kusumawati *et al.* 2025). Setiap temuan dicatat pada kotak di bawah lajur air ketuban dengan menggunakan lambang molase kepala janin sebagai berikut:

- 0: Sutura mudah dipalpasi dan tulang-tulang kepala janin terpisah.
- 1: Tulang-tulang kepala janin tampak hanya saling bersentuhan.
- 2: Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih namun masih dapat dipisahkan.
- 3: Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan sudah tidak dapat dipisahkan.

d. Kontraksi Uterus dan Denyut Jantung Janin (DJJ)

1. Kontraksi uterus

Persalinan normal secara fisiologis disertai dengan pola kontraksi (*his*) yang adekuat, di mana frekuensi, durasi, dan intensitasnya akan terus meningkat seiring kemajuan persalinan. Pemantauan *his* wajib dilaksanakan secara berkala, yakni setiap 1 jam pada fase laten dan setiap 30 menit pada fase aktif. Aspek yang perlu dievaluasi meliputi:

1. Frekuensi

Dihitung berdasarkan jumlah kejadian *his* dalam durasi waktu 10 menit.

2. Durasi (Lama Kontraksi)

Dihitung dalam satuan detik, mulai dari awal kontraksi mulai dirasakan melalui palpasi dinding perut hingga sensasi tersebut menghilang.

3. Pencatatan pada Lembar Partograf

Hasil pemantauan dicatat pada 5 kotak kosong melintang yang terletak di bawah garis waktu partograf (dengan keterangan "*his*/10 menit" pada sisi kiri). Setiap satu kotak mewakili satu kali *his*. Apabila tercatat 2 kali kontraksi dalam 10 menit, maka dua kotak akan diarsir. Penentuan durasi kontraksi dilambangkan melalui tanda berikut:

- < 20 detik : Ditandai dengan simbol titik-titik.
- 20 – 40 detik : Ditandai dengan garis miring atau arsiran.
- > 40 detik : Dihitamkan secara penuh (*solid*).

2. Denyut jantung janin (DJJ)

Catat DJJ setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda bahaya gawat janin). Setiap kotak pada bagian ini menunjukkan waktu 30 menit. Catat DJJ dengan memberikan tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang

menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis yang tidak terputus.

e. Warna dan Adanya Air Ketuban

Evaluasi kondisi serta warna air ketuban wajib dilakukan pada setiap kali pelaksanaan pemeriksaan dalam, apabila selaput ketuban telah pecah. Seluruh temuan tersebut dicatat ke dalam kotak khusus yang terletak di bawah lajur Denyut Jantung Janin (DJJ) pada lembar partograf dengan menggunakan lambang standar berikut:

- **U** : Ketuban masih utuh (belum pecah)
- **J** : Ketuban sudah pecah dengan air ketuban yang jernih
- **M** : Ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium
- **D** : Ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah
- **K** : Ketuban sudah pecah tanpa adanya sisa cairan (kering)

Adanya mekonium di dalam cairan ketuban tidak serta-merta menjadi tanda mutlak terjadinya gawat janin. Apabila dijumpai mekonium encer, pemantauan DJJ harus dilakukan secara intensif untuk mendeteksi indikasi gawat janin (frekuensi DJJ <120 atau >160 kali permenit), dan ibu harus segera dirujuk ke fasilitas kesehatan yang memadai. Kendati demikian, jika ditemukan mekonium kental, proses rujukan harus segera dilaksanakan menuju fasilitas kesehatan yang menyediakan pelayanan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal (bayi baru lahir).

f. Pembukaan Serviks

Evaluasi dan pendokumentasian kemajuan pembukaan serviks wajib dilaksanakan secara berkala setiap 4 jam, atau ditingkatkan frekuensinya apabila terdeteksi tanda-tanda penyulit. Seluruh temuan pemeriksaan saat ibu memasuki fase aktif persalinan wajib didokumentasikan pada lembar partograf dengan membubuhkan simbol "X" pada titik temu antara garis waktu dan lajur dilatasi serviks. Temuan dari pemeriksaan dalam yang pertama kali dilakukan pada awal fase aktif diletakkan tepat pada garis waspada, kemudian seluruh tanda "X" dari pemeriksaan lanjutan dihubungkan menggunakan garis lurus yang utuh.

g. Waktu Mulainya Fase Aktif Persalinan

Pembukaan serviks harus dievaluasi dan didokumentasikan secara rutin tiap 4 jam, atau lebih sering apabila terdeteksi tanda-tanda penyulit. Setiap hasil temuan pemeriksaan selama ibu memasuki fase aktif persalinan wajib dipetakan ke dalam partograf. Penulisan simbol "X" disesuaikan dengan titik temu antara garis waktu dan lajur besar pembukaan serviks. Khusus untuk pemeriksaan dalam yang pertama kali dilakukan pada awal fase aktif, posisikan tanda tersebut tepat pada garis waspada, kemudian tarik garis utuh untuk menghubungkan setiap simbol "X" dari pemeriksaan berkala berikutnya.

h. Oksitosin

Apabila terapi tetesan oksitosin (*drip*) telah dimulai, pendokumentasian wajib dilakukan secara berkala setiap 30 menit. Aspek yang harus dicatat mencakup besaran unit oksitosin terhadap volume cairan infus intravena serta kecepatan aliran dalam satuan tetes per menit.

i. Obat-obatan lain dan cairan IV

Segala bentuk pemberian obat-obatan medikamentosa tambahan maupun cairan intravena (IV) wajib didokumentasikan secara teliti pada kolom kotak partograf yang telah disesuaikan dengan waktu pelaksanaannya.

j. Nadi, tekanan darah dan temperature tubuh

Bagian sebelah kiri lembar partograf memuat data pemantauan tanda-tanda vital ibu yang meliputi denyut nadi, tekanan darah, serta suhu tubuh, dengan ketentuan pengisian sebagai berikut:

- Denyut Nadi Ibu

Evaluasi serta dokumentasi dilaksanakan tiap 30 menit pada fase aktif persalinan, atau lebih sering jika muncul indikasi komplikasi, dengan memberikan tanda titik pada kolom yang sesuai.

- Tekanan Darah Ibu

Diperiksa dan didokumentasikan setiap 4 jam sekali sepanjang fase aktif, dengan frekuensi yang dapat ditingkatkan jika ditemukan tanda penyulit. Penandaan dilakukan menggunakan lambang panah pada kolom waktu yang tepat.

- Suhu Tubuh Ibu

Diukur dan dicatat setiap 2 jam sekali, atau lebih sering apabila terjadi peningkatan suhu tubuh maupun kecurigaan adanya infeksi, kemudian dimasukkan ke dalam kotak partograf yang sesuai.

- k. Volume urine, protein dan aseton

Produksi urine ibu wajib diukur dan didokumentasikan sekurang-kurangnya setiap 2 jam sekali. Jika memungkinkan, lakukan pemeriksaan kandungan protein atau aseton pada urine setiap kali ibu berkemih. Selain itu, seluruh tindakan asuhan tambahan, hasil observasi klinis, serta keputusan medis harus dicatat pada bagian luar kolom partograf atau pada lembar catatan perkembangan persalinan tersendiri, disertai dengan keterangan tanggal dan waktu pembuatan. Komponen asuhan, pemantauan, dan keputusan klinis tersebut mencakup:

- Asupan Cairan : Jumlah cairan per oral yang dikonsumsi oleh ibu.
- Keluhan Subjektif : Adanya tanda-tanda klinis seperti sakit kepala atau pandangan kabur.
- Konsultasi Penolong : Koordinasi dan diskusi dengan tenaga penolong persalinan lain (seperti dokter spesialis obstetri dan ginekologi atau sesama bidan).
- Persiapan Rujukan : Tindakan persiapan serta upaya rujukan yang diperlukan (Erna Kusumawati *et al.* 2025)

2. Kala II (Pengeluaran Janin)

Kala II merupakan tahapan pengeluaran janin yang ditandai dengan munculnya kontraksi (his) yang terkoordinasi, kuat, berfrekuensi lebih sering (sekitar 2–3 menit sekali), serta berdurasi lebih panjang. Pada fase ini, penurunan kepala janin ke dalam rongga panggul menimbulkan penekanan pada otot-otot dasar panggul, yang kemudian memicu refleksi ibu untuk meneran. Tekanan tersebut juga berdampak pada rektum sehingga ibu merasakan dorongan seperti ingin buang air besar, disertai tanda klinis berupa terbukanya anus. Saat kontraksi terjadi, kepala janin mulai tampak di introitus vagina, vulva membuka (capping), dan perineum meregang. Melalui kombinasi his yang adekuat serta dorongan yang terarah, kepala

bayi akan lahir terlebih dahulu, diikuti oleh keseluruhan badan janin. Berdasarkan durasinya, fase kala II ini umumnya memakan waktu sekitar 1 hingga 2 jam pada ibu primigravida, dan berkisar antara 30 menit hingga 1 jam pada ibu multipara (Ernita, P. 2023).

Secara klinis, manifestasi utama yang menandai masuknya ibu ke dalam fase kala II persalinan meliputi:

- Adanya Dorongan Meneran : Ibu merasakan sensasi atau dorongan kuat untuk meneran secara bersamaan dengan datangnya kontraksi.
- Sensasi Tekanan pada Panggul Bawah: Timbul peningkatan tekanan di sekitar area rektum maupun vagina akibat penurunan bagian terendah janin.
- Perineum Menonjol: Jaringan di antara vagina dan anus (*perineum*) tampak menonjol keluar.
- Pembukaan Organ Eksternal: Terjadinya peregangan dan pembukaan pada area vulva, vagina, serta sfingter ani (anus).
- Peningkatan Sekret Lendir Darah: Volume pengeluaran lendir yang bercampur darah tampak semakin meningkat (Ernita, P. 2023).

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu : _____ Umur : _____ G. _____ P. _____ A. _____
 No. Puskesmas Tanggal : _____ Jam : _____ Alamat : _____
 Ketuban pecah Sejak jam _____ mules sejak jam _____

Denyut Jantung Janin (/menit)	200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80	
Air ketuban Penyusupan	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	
Pembukaan serviks (cm) beri tanda x Turunnya kepala beri tanda o	Sentimeter (Cm)	
Kontraksi tiap 0 Menit	5 4 3 2 1 0	
Oksitosin U/L tetes/menit	5 4 3 2 1 0	
Obat dan Cairan IV	180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60	
• Nadi	Tekanan darah	
Suhu °C	40 38 36 34 32 30 28 26 24 22 20 18 16 14 12 10 8 6 4 2 0	
Urin	Protein Aseton Volume	

Gambar 2.4 Partograp Bagian Depan (Fitra, A. n.d.)

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 badangram
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
☐ Asfiksia 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 :

Gambar 2.5 Partogram Bagian Belakang (Fitra, A. n.d.)

3. Kala III (Pengeluaran Placenta)

Kala ketiga atau kala pengeluaran plasenta dimulai setelah bayi lahir hingga plasenta berhasil keluar dari rongga uterus. Setelah kelahiran bayi, kontraksi uterus akan kembali muncul dengan intensitas yang cukup kuat, bertujuan untuk melepaskan plasenta dari dinding rahim. Proses pelepasan ini biasanya terjadi dalam waktu 5 hingga 30 menit setelah kelahiran bayi. Penting bagi tenaga kesehatan untuk memastikan bahwa plasenta keluar dalam keadaan utuh tanpa tertinggal sedikit pun dalam rongga uterus, karena kondisi tersebut dapat menyebabkan perdarahan postpartum dan infeksi. Dalam tahap ini, bidan biasanya melakukan manajemen aktif kala tiga, salah satunya adalah pemberian oksitosin 2 menit setelah bayi lahir, untuk mempercepat kontraksi uterus sehingga plasenta dapat keluar secara lengkap, serta mengurangi risiko terjadinya perdarahan postpartum. Setelah plasenta lahir, bidan akan melakukan pemeriksaan menyeluruh terhadap plasenta untuk memastikan keutuhannya, serta menilai kondisi ibu secara keseluruhan agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut. Adapun bagian yang diperiksa pada placenta dan tali pusat, yaitu (Mintaningtyas, S. 2023):

a) Bagian Janin (Fetal portion)

Vili korialis yang berasal dari korion, ruang-ruang interviler. Amnion yang tampak licin, di bawah amnion berjalan cabang-cabang pembuluh darah pusat, tempat insentari tali pusat pada bagian fetal.

b) Bagian Maternal (Maternal portion)

Bagian ini atas beberapa terdiri atas beberapa kotiledon kurang lebih 15-20 kotiledon.

c) Tali Pusat

Bagian tali pusat yang berhubungan dengan plasenta disebut dengan *insertio*. Apabila di tengah disebut dengan *insertio sentralis*. Apabila letaknya agak ke pinggir disebut *insertio lateralis* (para sentralis). Apabila letaknya di pinggir uri disebut dengan *insertio marginalis*. Namun demikian, terkadang tali pusat juga berada di luar uri dan terhubung dengan uri melalui selaput janin yang disebut *insertio valamentosa* (tali pusat janin tidak langsung terhubung ke plasenta, melainkan melewati membran tipis sebelum mencapai plasenta).

4. Kala IV Persalinan

Kala IV persalinan merupakan periode observasi krusial yang berlangsung selama dua jam pascalahirnya plasenta. Pemantauan ketat pada fase ini sangat penting dilakukan untuk mengantisipasi risiko perdarahan *postpartum*, mengingat komplikasi tersebut paling rentan terjadi pada rentang waktu ini. Adapun fokus evaluasi yang dilakukan secara komprehensif meliputi penilaian tingkat kesadaran ibu, pemeriksaan tanda-tanda vital, pemantauan kekuatan kontraksi uterus, serta pengukuran volume perdarahan (Ernita, P. 2023).

2.2.2 Asuhan Persalinan Normal

Prinsip dasar asuhan persalinan normal berfokus pada pelayanan yang bersih dan aman selama proses persalinan hingga masa pascapersalinan, dengan penekanan utama pada pencegahan komplikasi seperti perdarahan postpartum, hipotermia, dan asfiksia pada bayi baru lahir. Langkah preventif ini bertujuan untuk menekan angka kesakitan serta kematian, sehingga menjadi strategi yang sangat esensial dalam upaya menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) (Winda. M, 2024). Tujuan asuhan persalinan normal yaitu mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat optimal. Adapun fokus praktik pencegahan dan pelayanan dalam Asuhan Persalinan Normal (APN) untuk kebutuhan penulisan LTA mencakup komponen-komponen berikut:

- Penerapan pencegahan infeksi secara konsisten dan sistematis.
- Pelaksanaan asuhan rutin dan pemantauan berkala selama persalinan hingga pascapersalinan, termasuk penggunaan partograf.
- Pemberian asuhan sayang ibu secara berkesinambungan pada masa persalinan, pascapersalinan, dan nifas.
- Kesiapan sistem rujukan yang optimal bagi ibu bersalin maupun bayi baru lahir.
- Penghindaran tindakan klinis yang tidak perlu atau berisiko berbahaya.
- Penerapan manajemen aktif Kala III secara rutin.
- Pemberian perawatan esensial bagi bayi baru lahir.

- Pemantauan kesehatan komprehensif terhadap kondisi fisik ibu dan bayi.
- Edukasi kepada ibu dan keluarga guna mengenali tanda bahaya masa nifas secara dini.
- Pendokumentasian lengkap atas seluruh rangkaian tindakan dan asuhan yang telah diberikan (Winda Maulinasari Nasution, 2024).

60 Langkah Asuhan Persalinan Normal

1. Melihat Tanda dan Gejala Kala Dua

- Langkah 1: Amati tanda-tanda persalinan sudah dekat, yaitu ibu ingin meneran, merasa ada tekanan di bagian belakang/vagina, perineum menonjol, serta jalan lahir (vulva dan anus) membuka.

2. Menyiapkan Pertolongan Persalinan

- Langkah 2: Siapkan alat, bahan, dan obat-obatan penting (termasuk mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menyiapkan alat suntik steril).
- Langkah 3: Pakai baju pelindung atau celemek bersih.
- Langkah 4: Lepas semua perhiasan di tangan, cuci tangan dengan sabun dan air mengalir, lalu keringkan dengan handuk bersih pribadi.
- Langkah 5: Pakai sarung tangan steril atau DTT untuk melakukan pemeriksaan dalam.
- Langkah 6: Masukkan obat oksitosin 10 unit ke dalam suntikan menggunakan sarung tangan steril, lalu letakkan kembali di tempatnya tanpa membuat jarumnya kotor.

3. Memastikan Pembukaan Lengkap dengan Janin Baik

- Langkah 7: Bersihkan area kewanitaannya (vulva dan perineum) dengan kapas basah ber-DTT dari arah depan ke belakang. Buang kotoran pada tempatnya dan ganti sarung tangan jika kotor.
- Langkah 8: Lakukan pemeriksaan dalam secara steril untuk memastikan pembukaan rahim sudah lengkap. Jika ketuban belum pecah, lakukan pemecahan ketuban (amniotomi).
- Langkah 9: Bersihkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan secara terbalik, rendam selama 10 menit, lalu cuci tangan kembali.

- Langkah 10: Periksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi reda untuk memastikan normal (100–180 kali/menit), lalu catat hasilnya di partograf.
4. Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk Membantu Proses Meneran
- Langkah 11: Kabari ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan bayi sehat. Atur posisi senyaman mungkin dan beri tahu keluarga cara menyemangati ibu.
 - Langkah 12: Minta bantuan keluarga untuk membantu posisi ibu setengah duduk saat ada kontraksi (*his*).
 - Langkah 13: Pimpin ibu meneran saat ada dorongan kuat. Anjurkan istirahat di sela kontraksi, beri minum, dan cek DJJ tiap 5 menit. Jika bayi belum lahir dalam 2 jam (untuk ibu baru) atau 1 jam (untuk ibu yang sudah pernah melahirkan), segera bersiap untuk merujuk.
5. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi
- Langkah 14: Jika kepala bayi sudah terlihat di jalan lahir dengan diameter 5–6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi nanti.
 - Langkah 15: Letakkan kain bersih yang dilipat sepertiga bagian di bawah bokong ibu.
 - Langkah 16: Buka set partus.
 - Langkah 17: Pakai sarung tangan steril/DTT di kedua tangan.
6. Menolong Kelahiran Bayi (Kepala, Bahu, dan Badan)
- Langkah 18: Lindungi perineum dengan tangan berlapis kain saat kepala bayi membuka jalan lahir (diameter 5–6 cm). Tahan bagian belakang kepala agar tetap menunduk (fleksi), dan minta ibu meneran perlahan atau bernapas pendek.
 - Langkah 19: Bersihkan muka, mulut, dan hidung bayi secara lembut dengan kain bersih.
 - Langkah 20: Periksa apakah ada lilitan tali pusat. Jika longgar, lewatkan dari atas kepala. Jika ketat, klem di dua bagian lalu potong.
 - Langkah 21: Tunggu sampai kepala bayi berputar sendiri secara spontan ke arah samping (putaran paksi luar).
 - Langkah 22: Pegang sisi muka bayi, minta ibu meneran saat kontraksi berikutnya, lalu tarik perlahan ke bawah untuk melahirkan bahu depan dan ke atas untuk melahirkan bahu belakang.

- Langkah 23: Telusurkan tangan dari punggung bayi ke arah bokong dan siku untuk menyangga tubuh bayi saat keluar.
- Langkah 24: Pegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati untuk membantu melahirkan bagian kaki sepenuhnya.

7. Penanganan Bayi Baru Lahir

- Langkah 25: Nilai kondisi bayi dalam 30 detik pertama, letakkan di atas perut ibu dengan kepala sedikit lebih rendah. Jika bayi tidak menangis atau mengalami sesak (asfiksia), segera lakukan penanganan/resusitasi.
- Langkah 26: Bungkus kepala dan badan bayi dengan handuk, biarkan ada kontak kulit langsung antara ibu dan bayi, lalu bersiap menyuntikkan oksitosin pada ibu.
- Langkah 27: Jepit tali pusat dengan klem sekitar 3 cm dari perut bayi, urut tali pusat ke arah ibu, lalu pasang klem kedua berjarak 2 cm dari klem pertama.
- Langkah 28: Potong tali pusat di antara kedua klem tersebut secara aman.
- Langkah 29: Keringkan bayi, ganti handuk basah dengan yang kering, tutupi kepalanya, dan biarkan tali pusat tetap terbuka.
- Langkah 30: Berikan bayi kepada ibu untuk dipeluk dan mulai menyusui jika ibu menginginkannya.

8. Penyuntikan Oksitosin

- Langkah 31: Raba perut ibu (palpasi) untuk memastikan tidak ada bayi kedua di dalam rahim.
- Langkah 32: Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik.
- Langkah 33: Dalam waktu 2 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit secara intramuskular di bagian luar paha kanan ibu.

9. Penegangan Tali Pusat Terkendali (PTT)

- Langkah 34 & 35: Pindahkan klem pada tali pusat lebih dekat. Letakkan satu tangan di atas perut ibu (tepat di atas tulang kemaluan) untuk meraba kontraksi dan menahan rahim, sementara tangan lain memegang tali pusat.
- Langkah 36: Tunggu rahim berkontraksi, lalu tarik tali pusat ke arah bawah dengan lembut. Tangan di perut mendorong rahim ke arah atas-belakang secara

hati-hati agar rahim tidak ikut tertarik keluar (inversio uteri). Jika dalam 30–40 detik plasenta belum lahir, hentikan tarikan dan tunggu kontraksi berikutnya.

10. Mengeluarkan Plasenta

- Langkah 37: Jika plasenta sudah terlepas, minta ibu meneran sambil menarik tali pusat ke bawah lalu ke atas mengikuti arah jalan lahir. Jika dalam 15 menit plasenta belum keluar, ulangi suntik oksitosin, cek kandung kemih, siapkan rujukan, dan tunggu 15 menit lagi. Jika setelah 30 menit belum lahir juga, segera rujuk ibu ke fasilitas kesehatan lanjutan.
- Langkah 38: Jika plasenta sudah tampak di mulut vagina, sambut dengan dua tangan lalu putar perlahan sampai selaput ketuban terpintal dan keluar utuh. Jika ada bagian selaput yang robek/tertinggal, periksa dengan teliti dan ambil menggunakan alat steril.

11. Pemijatan Uterus (Masase)

- Langkah 39: Segera setelah plasenta lahir, usap dan pijat bagian atas rahim (fundus) dengan gerakan melingkar secara lembut sampai rahim terasa keras (berkontraksi).

12. Menilai Perdarahan

- Langkah 40: Periksa kedua sisi plasenta dan selaput ketubannya untuk memastikan semuanya keluar lengkap dan utuh, lalu masukkan ke dalam tempat khusus.
- Langkah 41: Periksa jalan lahir (vagina dan perineum) dari adanya robekan. Jika ada robekan yang aktif berdarah, segera lakukan penjahitan.

13. Prosedur Pascapersalinan (Kala IV)

- Langkah 42: Periksa ulang rahim untuk memastikan posisinya tetap keras dan berkontraksi dengan baik.
- Langkah 43: Celupkan tangan yang bersarung tangan ke larutan klorin 0,5%, bilas dengan air bersih, lalu keringkan.
- Langkah 44–46: Ikat tali pusat bayi dengan simpul mati yang rapi, lepas klem, dan rendam klem dalam larutan klorin.
- Langkah 47–48: Selimuti kembali bayi, tutupi kepalanya, dan anjurkan ibu untuk mulai memberikan ASI.

- Langkah 49: Lanjutkan pemantauan rahim dan jumlah darah yang keluar secara berkala (beberapa kali di 15 menit pertama, tiap 15 menit di jam pertama, dan tiap 20–30 menit di jam kedua).
- Langkah 50: Ajarkan kepada ibu atau keluarga cara memijat rahim dan merasakan apakah rahimnya keras.
- Langkah 51 & 52: Periksa jumlah darah yang keluar, tekanan darah, nadi, suhu tubuh, serta kondisi kandung kemih ibu secara rutin selama dua jam pertama.

14. Kebersihan dan Keamanan

- Langkah 53 & 54: Rendam semua peralatan bekas pakai ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit, dan buang sampah medis ke tempatnya.
- Langkah 55 & 56: Bersihkan tubuh ibu dari sisa darah dan air ketuban menggunakan air bersih, bantu ibu memakai pakaian kering, serta tawarkan makanan dan minuman.
- Langkah 57: Bersihkan area tempat tidur dan lantai bekas persalinan menggunakan larutan klorin 0,5% lalu bilas dengan air bersih.
- Langkah 58 & 59: Lepas sarung tangan secara terbalik ke dalam wadah klorin, rendam selama 10 menit, lalu cuci tangan dengan sabun dan air mengalir.

15. Dokumentasi

- Langkah 60: Lengkapi seluruh catatan hasil pemantauan pada lembar depan dan belakang partograph (gita, M. 2025).

2.3 Nifas

2.3.1 Konsep Dasar Nifas

a. Pengertian Nifas

Masa nifas, atau yang dikenal pula sebagai *puerperium*, merupakan periode yang bermula setelah lahirnya plasenta—atau tepatnya dimulai dua jam pascalahir (setelah kala IV) sehingga seluruh organ reproduksi ibu pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil. Selama rentang waktu ini, ibu akan melewati berbagai proses penyesuaian, baik secara fisik maupun psikologis (Djonler *et al.* 2025).

Masa terjadinya nifas disebut sebagai post partum. Masa tersebut merupakan kondisi di mana seorang perempuan yang telah melalui proses persalinan. Secara biologis, masa nifas didefinisikan sebagai rentang waktu yang

bermula segera setelah lahirnya plasenta dan berakhir ketika struktur rahim telah pulih sepenuhnya seperti kondisi sebelum hamil. Masa nifas terjadi dalam rentang waktu enam pekan atau selama 42 hari. Selama masa nifas, terjadi proses pemulihan, di mana ibu akan merasakan banyak perubahan bentuk fisik atau bersifat fisiologis. Pada awal fase pascapersalinan, masa nifas kerap memicu rasa tidak nyaman bagi ibu. Kondisi ini berisiko berkembang menjadi patologis apabila tidak disertai dengan penatalaksanaan dan perawatan yang tepat (Ratna, D. 2024).

b. Fisiologi Nifas

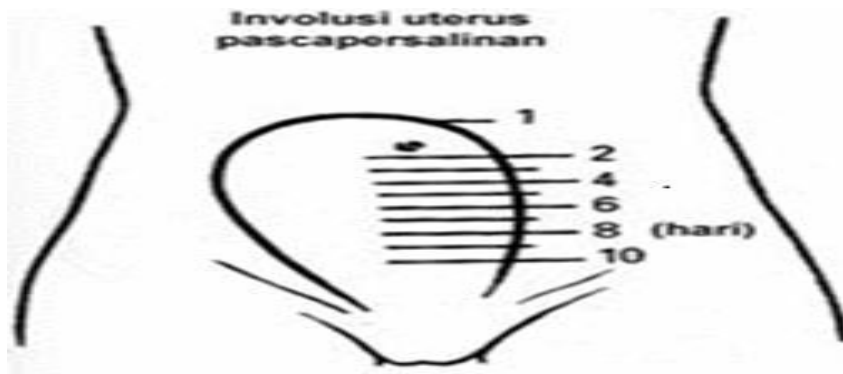
Selama masa nifas, alat-alat interna maupun eksterna berangsur-angsur Kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan keseluruhan alat genitalia ini disebut involusi. Perubahan-perubahan yang terjadi adalah:

1) Perubahan Sistem Reproduksi

Selama masa nifas, sistem reproduksi mengalami perubahan bertahap untuk kembali ke kondisi sebelum hamil. Proses ini melibatkan pemulihan organ-organ reproduksi yang mengalami perubahan signifikan selama kehamilan dan persalinan.

a. Involusi Uterus

Involusi uterus adalah proses penyusutan ukuran uterus yang terjadi secara bertahap dalam 6 minggu setelah persalinan. Setelah melahirkan, uterus yang sebelumnya membesar selama kehamilan mulai berkontraksi untuk kembali ke ukuran sebelum kehamilan. Dalam beberapa hari pertama, ibu mungkin merasakan kontraksi rahim yang disebut afterpains, yang lebih terasa saat menyusui karena hormon oksitosin membantu mempercepat proses ini. Ukuran uterus secara bertahap mengecil, dan pada akhir masa nifas, uterus hampir kembali ke kondisi normalnya. Proses involusi ini sangat penting untuk mencegah perdarahan pascapersalinan serta mendukung pemulihan keseluruhan sistem reproduksi (Mega, A. 2025).



Gambar 2.6 TFU pada proses Involusi (Rinjani, M. 2024)

Tabel 2.6 Klasifikasi berdasarkan TFU (Rinjani, M. 2024)

Waktu involusi	Tinggi fundus	Berat uterus (g)
Plasenta lahir	Sepusat	1000
7 hari	Pertengahan pusat-simfisis	500
14 hari	Tidak teraba	350
42 hari	Sebesar hamil 2 minggu	50
56 hari	Normal	30

b. Pengeluaran Lochea

Lochea adalah sekresi darah, lendir, dan jaringan plasenta dari rahim yang berlangsung selama beberapa minggu setelah persalinan. Pengeluaran lochea terbagi menjadi empat tahap utama:

1. Lochea rubra (hari 1-3): Berwarna merah karena mengandung darah segar, sisa jaringan plasenta, dan lendir serviks.
2. Lochea Sanguinolenta (hari 3-7) berwarna putih bercampur merah, sisa darah bercampur lender.
3. Lochea serosa (hari 7-14): Berwarna kecoklatan atau merah muda, menunjukkan berkurangnya kandungan darah dan meningkatnya lendir.

4. Lochea alba (hari >14 hari): Berwarna putih atau kekuningan, mengandung leukosit dan lendir, menandakan tahap akhir pemulihan Rahim (Mega, A. 2025).

Tabel 2.7 Klasifikasi tentang pengeluaran lochea berdasarkan jumlah dan warnanya (Mega, A. 2025).

Lochea	Waktu	Warna	Ciri- ciri
Rubra	1 - 3 pascaper salinan	Merah kehitaman	Terdiri dari sisa darah, jaringan desidua, <i>verniks kaseosa</i> , rambut <i>lanugo</i> , serta sisa mekonium.
Sanguilenta	3 - 7 pascaper salinan	Merah kekuningan	Merupakan cairan campuran yang terdiri dari sisa darah segar dan lendir.
Serosa	7-14 pascaper salinan	Kekuningan / kecoklatan	Didominasi oleh serum, leukosit, serta sisa eksudat dari luka bekas perlekatan plasenta dengan sedikit kandungan darah
Alba	>14 pascaper salinan	Putih kekuningan / jernih	Mengandung sel darah putih (leukosit), mukus (lendir) serviks, serta sisa serabut jaringan yang telah mati.

c. Penyembuhan Serviks dan Vagina

Setelah persalinan, serviks mulai menutup secara bertahap. Pada hari pertama pascapersalinan, serviks masih cukup terbuka tetapi secara perlahan kembali menyusut, meskipun tidak sepenuhnya kembali ke bentuk sebelum kehamilan. Penyembuhan serviks ini penting untuk melindungi rahim dari infeksi. Selain itu, jaringan vagina mengalami regenerasi setelah mengalami peregangan selama persalinan. Dalam beberapa minggu setelah melahirkan, vagina akan kembali ke elastisitasnya, meskipun mungkin tidak sepenuhnya seperti sebelum kehamilan. Pada ibu yang mengalami robekan atau episiotomi, penyembuhan jaringan membutuhkan waktu lebih lama dan mungkin memerlukan perawatan tambahan untuk mencegah infeksi serta mendukung pemulihan optimal. Secara keseluruhan,

perubahan sistem reproduksi selama masa nifas merupakan proses alami yang memastikan pemulihan ibu setelah persalinan. Dengan perawatan yang baik, seperti menjaga kebersihan area genital, menghindari aktivitas berat, serta memantau tanda-tanda infeksi atau perdarahan abnormal, ibu dapat melalui periode pemulihan ini dengan lebih nyaman dan aman.

d. Penyembuhan Perineum

Pascalahir, otot perineum mengalami peregangan dan penurunan tonus akibat tekanan kepala janin. Pemulihan struktur dan tonus otot ini secara fisiologis membutuhkan waktu sekitar 5 hingga 6 minggu. Pelaksanaan senam nifas terbukti efektif dalam membantu mempertahankan elastisitas otot perineum serta organ reproduksi lainnya. Sebaliknya, proses penyembuhan luka perineum maupun episiotomi melalui pembentukan jaringan baru biasanya berlangsung dalam kurun waktu 6 sampai 7 hari pascapersalinan. Kecepatan pemulihan luka ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, meliputi usia ibu, paritas (pengalaman melahirkan), derajat keparahan robekan, status gizi, faktor genetik, serta penggunaan obat-obatan tertentu. Secara biologis, ibu nifas yang berada pada usia reproduksi aktif memiliki kapasitas regenerasi jaringan yang lebih optimal dibandingkan dengan ibu yang mendekati masa menopause.

2) Perubahan sistem Pencernaan

Perubahan hormon selama nifas dapat menyebabkan konstipasi pada ibu. Selama kehamilan, kadar progesteron yang tinggi memperlambat gerakan usus, dan efek ini masih dapat berlangsung dalam beberapa hari setelah persalinan. Selain itu, rasa nyeri akibat luka perineum atau episiotomi dapat membuat ibu enggan untuk mengejan saat buang air besar, memperburuk masalah konstipasi. Faktor lain yang berkontribusi terhadap konstipasi adalah kurangnya asupan serat dan cairan selama persalinan atau penggunaan obat analgesik tertentu. Untuk mengatasi masalah ini, Ibu dianjurkan untuk mengonsumsi makanan kaya serat, minum cukup air, dan melakukan aktivitas fisik ringan seperti berjalan untuk membantu melancarkan pencernaan.

3) Perubahan Sistem Kemih

Setelah proses persalinan berlangsung, ibu nifas akan kesulitan untuk berkemih dalam 24 jam pertama. Kemungkinan dari penyebab ini adalah terdapat spasme sfingter dan edema leher kandung kemih yang telah mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12-36 jam postpartum. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok (diuresis). Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam 6 minggu. Dinding kandung kemih memperlihatkan edema dan hiperemia, kadang-kadang edema trigonum yang dapat menimbulkan alostaksi dari uretra sehingga dapat menjadi retensio urine. Selama masa nifas, sensitivitas kandung kemih mengalami penurunan sementara kapasitas tampungnya meningkat, sehingga kerap menyisakan *urine residual* (dalam batas normal kurang dari 15 cc) setiap kali ibu berkemih. Keberadaan sisa urine tersebut, dikombinasikan dengan potensi trauma pada kandung kemih akibat proses persalinan, dapat meningkatkan risiko terjadinya infeksi (Rinjani, M. 2024).

4) Perubahan Hormon

Perubahan hormon selama nifas memainkan peran penting dalam pemulihan ibu dan produksi ASI. Setelah melahirkan, tubuh ibu mengalami pergeseran hormonal yang signifikan untuk mendukung proses pemulihan, menyusui, dan adaptasi terhadap peran sebagai ibu.

a. Penurunan Estrogen dan Progesteron

Setelah persalinan, kadar hormon estrogen dan progesteron turun drastis. Selama kehamilan, hormon-hormon ini berperan dalam menjaga perkembangan janin serta mempersiapkan tubuh ibu untuk persalinan. Namun, setelah plasenta dikeluarkan, produksi estrogen dan progesteron menurun secara cepat, yang dapat mempengaruhi suasana hati ibu. Penurunan estrogen sering dikaitkan dengan gejala baby blues atau bahkan depresi pascapersalinan pada beberapa ibu. Selain itu, penurunan kadar estrogen juga dapat menyebabkan vagina menjadi lebih kering, yang dapat mempengaruhi kenyamanan ibu dalam berhubungan seksual setelah

melahirkan. Oleh karena itu, penting bagi ibu untuk mendapatkan dukungan emosional dan pemantauan terhadap kesehatan mental selama periode nifas.

b. Peningkatan Hormon prolaktin

Hormon Prolaktin mengalami peningkatan signifikan setelah persalinan untuk merangsang produksi ASI dan mendukung laktasi. Prolaktin dilepaskan oleh kelenjar pituitari dan berfungsi untuk memproduksi serta mempertahankan suplai ASI sesuai dengan kebutuhan bayi. Kadar prolaktin tetap tinggi selama ibu menyusui, dengan puncak produksinya terjadi saat bayi mengisap puting. Selain berperan dalam produksi ASI, prolaktin juga memiliki efek menekan ovulasi, yang menjelaskan mengapa beberapa ibu mengalami amenore (tidak mengalami menstruasi) selama periode menyusui eksklusif. Namun, respons prolaktin terhadap menyusui bervariasi antar individu, sehingga beberapa ibu mungkin kembali mengalami siklus menstruasi lebih cepat daripada yang lain.

c. Perubahan Oksitosin

Hormon oksitosin berperan dalam kontraksi uterus dan pengeluaran ASI selama menyusui. Saat bayi menyusu, oksitosin dilepaskan oleh kelenjar pituitari, yang menyebabkan kontraksi otot di sekitar saluran ASI dan memungkinkan keluarnya ASI dalam proses yang dikenal sebagai "let-down reflex." Selain itu, oksitosin juga membantu mempercepat involusi uterus dengan meningkatkan kontraksi rahim pascapersalinan, yang membantu mengurangi perdarahan dan mempercepat pemulihan rahim ke ukuran normal. Oksitosin juga berkontribusi terhadap ikatan emosional antara ibu dan bayi, yang dapat meningkatkan perasaan kasih sayang dan kedekatan (Mega, A. 2025).

5) Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Setelah persalinan, sistem muskuloskeletal mengalami berbagai perubahan sebagai bagian dari proses pemulihan. Otot-otot uterus segera berkontraksi sehingga pembuluh darah di dalam miometrium terjepit, yang berperan penting dalam menghentikan perdarahan setelah plasenta lahir. Ligamen, diafragma pelvis, dan fasia yang mengalami peregangan selama kehamilan dan persalinan akan berangsur-angsur kembali ke kondisi semula. Selama proses pemulihan tersebut, uterus dapat mengalami retroleksi akibat ligamentum rotundum yang masih kendur.

Namun, kondisi ini umumnya akan kembali normal dalam waktu sekitar 6–8 minggu setelah persalinan. Selain itu, kehamilan dan proses persalinan juga dapat menyebabkan peregangan serta penurunan tonus otot dinding abdomen, termasuk terjadinya diastasis recti abdominalis, yang akan membaik secara bertahap selama masa nifas. Kondisi ini dipicu oleh peregangan rahim (*uterus*) yang berlangsung dalam jangka waktu lama serta kerusakan pada serat elastis kulit selama masa gestasi (Rinjani, M. 2024).

6) Perubahan Tanda-tanda Vital

Pada masa pascapersalinan normal, sejumlah perubahan tanda-tanda vital dapat teramati. Peningkatan ringan pada tekanan darah sistolik dan diastolik umumnya bersifat sementara dan berlangsung hingga sekitar empat hari setelah melahirkan. Sementara itu, fungsi pernapasan akan berangsur pulih seperti kondisi sebelum hamil pada bulan keenam. Seiring dengan kosongnya rahim, posisi diafragma akan kembali turun, serta sumbu jantung dan hasil rekam jantung (*EKG*) normal kembali.

Berikut adalah rincian perubahan tanda-tanda vital pada masa nifas:

- Suhu Tubuh: Dalam 24 jam pertama *postpartum*, suhu tubuh ibu dapat mengalami peningkatan ringan ($37,5\text{--}38^{\circ}\text{C}$) akibat kelelahan, dehidrasi, serta tenaga yang terkuras selama persalinan. Peningkatan suhu lanjutan biasanya terjadi pada hari ketiga seiring proses laktasi (produksi ASI) yang memicu pembengkakan payudara. Apabila suhu tubuh tidak kunjung turun, kondisi ini harus diwaspadai sebagai tanda adanya infeksi.
- Denyut Nadi: Secara fisiologis, denyut nadi normal orang dewasa berkisar antara 60 hingga 80 kali per menit. Pada ibu pascapersalinan, denyut nadi cenderung lebih cepat. Jika frekuensinya melebihi 100 kali per menit, kondisi tersebut dianggap abnormal dan dapat mengindikasikan adanya infeksi.
- Tekanan Darah: Tekanan darah umumnya berada dalam batas normal dan stabil. Kendati demikian, tekanan darah dapat menurun akibat kehilangan darah atau faktor lainnya, atau justru melonjak tinggi jika terjadi komplikasi seperti preeklamsia pascapersalinan.
- Pernapasan: Laju pernapasan memiliki keterkaitan erat dengan fluktuasi suhu tubuh dan denyut nadi. Apabila suhu dan nadi mengalami ketidaknormalan,

frekuensi pernapasan biasanya akan mengikutinya, kecuali terdapat gangguan medis khusus pada sistem pernapasan ibu.

7) Perubahan Sistem Integumen

Pada masa nifas sering terjadi penurunan melanin. Hal ini terjadi setelah persalinan sehingga menyebabkan berkurangnya hiperpigmentasi pada kulit dan sekitar lainnya, seperti ketiak, leher, hingga wajah. Perubahan vaskular pada kulit yang terjadi selama kehamilan sebagai akibat pengaruh hormon estrogen akan berangsur menghilang setelah persalinan, seiring dengan menurunnya kadar estrogen dalam tubuh (Rinjani, M. 2024).

8) Proses Laktasi dan Menyusui

Laktasi adalah keseluruhan proses menyusui mulai dari ASI di produksi sampai proses bayi mengisap dan menelan ASI. Laktasi merupakan bagian integral dari siklus reproduksi mamalia termasuk manusia. Masa laktasi mempunyai tujuan meningkatkan pemberian ASI sampai anak umur 2 tahun secara baik dan benar serta anak mendapatkan kekebalan tubuh secara alami. Proses ini timbul setelah ari-ari atau plasenta lepas. Setelah plasenta lepas, hormon plasenta tersebut tak ada lagi sehingga akan merangsang pengeluaran ASI. Idealnya, ASI keluar 2-3 hari setelah melahirkan. Namun, sebelumnya di payudara sudah terbentuk kolostrum yang bagus sekali untuk bayi, karena mengandung zat kaya gizi dan antibodi pembunuh kuman. Hisapan bayi pada payudara akan merangsang pelepasan hormon oksitosin yang berperan dalam refleksi ejeksi ASI. Hormon ini menyebabkan ASI mengalir dari alveoli melalui duktus laktiferus menuju sinus laktiferus yang berada di belakang areola, kemudian keluar melalui puting susu dan masuk ke dalam mulut bayi.

Produksi ASI juga sangat dipengaruhi oleh faktor kejiwaan. Ibu yang selalu dalam keadaan tertekan, sedih, kurang percaya diri dan berbagai ketegangan emosional akan menurunkan volume ASI bahkan tidak terjadi produksi ASI. Ibu yang sedang menyusui juga jangan terlalu banyak dibebani urusan pekerjaan rumah tangga, urusan kantor dan lainnya karena hal ini juga dapat mempengaruhi produksi ASI. Untuk memproduksi ASI yang baik harus dalam keadaan tenang (Andri, T. 2023).

c. Perubahan Psikologi Pada Ibu Nifas

Seorang ibu yang baru melahirkan mengalami adaptasi psikologis pada masa nifas dengan melalui tiga fase penyesuaian ibu (perilaku ibu) terhadap perannya sebagai ibu. Banyak hal yang dapat menambah beban hingga membuat seorang wanita merasa tak berdaya. Banyak juga wanita yang merasa tertekan setelah melahirkan, sebenarnya hal tersebut adalah wajar. Dalam menghadapi proses adaptasi selama masa nifas, ibu sangat memerlukan dukungan emosional serta perhatian yang positif dari keluarga terdekat. Secara psikologis, penyesuaian diri ibu pada periode pascapersalinan umumnya melalui beberapa tahapan, salah satunya adalah:

1. Fase *Taking In* (Periode Ketergantungan)

Fase ini berjalan mulai dari hari pertama hingga hari kedua pascapersalinan, dengan karakteristik perilaku sebagai berikut:

- Fokus pada diri sendiri (*self-focused*): Perhatian ibu cenderung berpusat pada dirinya sendiri dalam merespons pengalaman melahirkan.
- Perilaku pasif: Ibu masih menunjukkan sikap pasif dan sangat bergantung pada bantuan orang lain, baik untuk kebutuhan dirinya maupun bayinya.
- Kecemasan perubahan fisik: Perhatian ibu mulai tertuju pada rasa cemas terhadap perubahan bentuk atau kondisi tubuhnya pascalahir.
- Pengulangan pengalaman persalinan: Ibu cenderung sering menceritakan kembali proses dan pengalaman melahirkan yang baru saja dialaminya.
- Kebutuhan istirahat tinggi: Ibu memerlukan waktu tidur yang tenang dan berkualitas guna mengembalikan kebugaran serta memulihkan kondisi fisiknya.
- Peningkatan nutrisi dan nafsu makan: Secara fisiologis, nafsu makan ibu biasanya mengalami peningkatan guna mencukupi kebutuhan nutrisi pemulihan tubuh. Sebaliknya, penurunan nafsu makan dapat menjadi indikasi bahwa proses pemulihan fisik ibu tidak berjalan secara normal (Ratna, D. 2024).

Dalam memberikan asuhan, bidan harus dapat memfasilitasi kebutuhan psikologis ibu. Pada tahap ini bidan dapat menjadi pendengar yang baik ketika ibu menceritakan pengalamannya. Berikan juga dukungan mental atau apresiasi atas hasil perjuangan ibu dalam melahirkan bayinya. Bidan diharapkan dapat

menciptakan suasana yang nyaman bagi ibu sehingga ibu dapat dengan leluasa menceritakan permasalahan yang sedang dihadapi kepada bidan. Dalam hal ini sering kali terjadi kesalahan dalam perawatan yang dilakukan kepada pasien dan bayinya akibat kurangnya jalinan komunikasi yang baik antara pasien dengan bidan (Hana, N. 2025).

2. Fase *Taking Hold* (Periode Ketergantungan-Kemandirian)

Fase ini umumnya berlangsung pada hari ketiga hingga kesepuluh pascapersalinan. Karakteristik psikologis ibu pada periode ini meliputi:

- Kecemasan dan kerentanan emosional: Ibu mulai merasakan kekhawatiran terkait kemampuannya dalam merawat bayi, yang terkadang disertai dengan munculnya perasaan sedih sementara (baby blues).
- Peningkatan rasa tanggung jawab: Ibu mulai berfokus pada upaya untuk beradaptasi dengan peran barunya sebagai orang tua serta meningkatkan rasa tanggung jawab terhadap bayinya.
- Perhatian pada pemulihan fisik mandiri: Ibu mulai memusatkan perhatian pada kontrol fungsi fisiologis tubuhnya sendiri, seperti proses buang air kecil (BAK), buang air besar (BAB), serta pemulihan stamina dan daya tahan tubuh.
- Penguasaan keterampilan dasar pengasuhan: Ibu aktif berusaha mempelajari dan menguasai berbagai keterampilan merawat bayi, mulai dari cara menyusui, memandikan, menggendong, hingga mengganti popok.
- Sensitivitas tinggi dan kebutuhan dukungan komunikasi: Pada masa ini, ibu cenderung sangat sensitif dan mudah tersinggung, serta kerap menganggap arahan atau nasihat tenaga kesehatan sebagai bentuk teguran apabila merasa tidak mampu. Oleh karena itu, diperlukan kehati-hatian dalam berkomunikasi serta pemberian dukungan emosional yang intensif guna mengantisipasi risiko terjadinya depresi pascapersalinan (postpartum depression) (Ratna, D. 2024).

Sebagai tenaga kesehatan, peran dan tanggung jawab bidan meliputi pemberian bimbingan dan edukasi kepada ibu, seperti tata cara perawatan bayi baru lahir, teknik menyusui yang benar, perawatan luka jahitan perineum, serta praktik senam nifas. Di samping itu, bidan juga aktif memberikan penyuluhan kesehatan yang komprehensif bagi ibu nifas, meliputi pemenuhan nutrisi seimbang,

pengaturan waktu istirahat yang adekuat, serta pentingnya menjaga kebersihan diri (Hana, N. 2025).

3. Fase *Letting Go* (Periode Interdependensi)

Fase ini berlangsung mulai dari hari kesepuluh hingga akhir masa nifas. Pada tahap ini, ibu telah sepenuhnya menerima dan siap mengemban tanggung jawab atas peran barunya. Ibu menunjukkan kemampuan adaptasi yang baik, peningkatan kepercayaan diri, serta kemandirian dalam merawat diri sendiri maupun bayinya (Rinjani, M. 2024). Karakteristik utama pada fase ini meliputi:

- Peningkatan rasa percaya diri: Ibu merasa yakin dan mandiri dalam melakukan perawatan diri serta bayinya, terutama setelah kembali ke lingkungan rumah dengan dukungan penuh dari perhatian keluarga.
- Pengambilalihan tanggung jawab pengasuhan: Ibu telah sepenuhnya mengambil alih peran dan tanggung jawab dalam merawat bayi serta mampu memahami berbagai kebutuhan bayinya secara optimal (Ratna, D. 2024).

Kunjungan	Waktu	Tujuan	Fokus kunjungan
KF 1	6 jam s.d. 2 hari pascapersalinan	Mencegah, mendeteksi dini, serta menangani komplikasi perdarahan pascapersalinan, khususnya yang disebabkan oleh atonia uteri.	- Pemeriksaan tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu) - Evaluasi kontraksi rahim dan tinggi fundus uteri (TFU) - Pemantauan pengeluaran pervaginam (<i>lochea</i>) - Pemeriksaan fungsi kandung kemih (kemampuan BAK)

			- Evaluasi kondisi luka jalan lahir atau perineum - Penilaian inisiasi menyusui dini dan produksi ASI - Pemeriksaan umum kondisi bayi baru lahir.
KF 2	3 s.d. 7 hari pascapersalinan	Memastikan proses involusi uteri berjalan secara normal (rahim berkontraksi dengan baik, fundus berada di bawah pusat), serta mendeteksi adanya risiko infeksi, demam, atau perdarahan abnormal.	- Pemeriksaan tanda-tanda vital ibu - Evaluasi kemajuan involusi uterus (penurunan tinggi fundus) - Pemeriksaan karakteristik <i>lochea</i> (jumlah, warna, dan bau) - Pemeriksaan luka perineum terhadap tanda-tanda infeksi - Evaluasi kelancaran menyusui dan kondisi payudara - Deteksi dini tanda bahaya masa nifas (demam, nyeri, perdarahan)
KF 3	8 s.d. 28 hari pascapersalinan	Memberikan asuhan lanjutan pada minggu kedua untuk memantau proses pemulihan fisik dan psikologis	- Pemeriksaan tanda-tanda vital - Evaluasi pemulihan involusi uterus menuju normal - Pemantauan perubahan <i>lochea</i> menuju fase <i>alba</i>

		ibu secara menyeluruh..	- Penilaian kondisi umum ibu (kecukupan nutrisi dan istirahat) - Evaluasi tingkat keberhasilan pemberian ASI - Pelayanan konseling Keluarga Berencana (KB)
KF 4	29 s.d. 42 hari pascapersalinan	Mengevaluasi penyulit masa nifas, memberikan konseling pemilihan metode Keluarga Berencana (KB), informasi imunisasi, serta mendeteksi tanda bahaya pada ibu dan bayi.	- Penilaian kondisi umum kesehatan ibu - Pemeriksaan tanda-tanda vital - Pemeriksaan payudara dan pendampingan ASI eksklusif - Evaluasi TFU, kontraksi uterus, dan kandung kemih

d. Kunjungan Masa Nifas

Tabel 2.8 Klasifikasi berdasarkan Kunjungan Masa Nifas (Mertasari.,Sugandini 2023).

e. Tanda bahaya pada ibu Nifas

Tanda-tanda bahaya pada ibu nifas tersebut adalah:

1. Perdarahan yang merah menyala setiap saat setelah minggu ke-4 pasca persalinan.

2. Ibu demam tinggi, suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$. Jika mendapatkan ibu yang memiliki suhu tubuh yang tinggi, kita harus memikirkan adakah kemungkinan terjadi infeksi pada ibu tersebut atau ibu mengalami dehidrasi. Kemudian lakukan pemeriksaan dan cari sumber masalah. Setelah ditemukan penyebab ibu demam maka barulah dilakukan intervensi selanjutnya.
3. Kontraksi uterus tidak baik. Kontraksi uterus yang tidak baik disebabkan oleh ibu multi para, peregangan uterus yang maksimal, uterus yang tidak kompeten, KU ibu lemah. Rencana yang diberikan pada ibu tersebut adalah merangsang kerja uterus agar baik, misalnya masase fundus ibu, pemberian injeksi oksitosin. Apabila diperlukan KBI dan KBE dilakukan untuk merangsang kontraksi uterus guna mencegah terjadinya perdarahan yang banyak.
4. Perdarahan berlebih pada masa nifas yang muncul lewat dari 24 jam biasanya disebabkan oleh kontraksi rahim yang tidak efektif atau laserasi jalan lahir. Setelah sumbernya diketahui, tindakan penanganan langsung perlu dilakukan, disertai kolaborasi bersama dokter bila dibutuhkan.
5. Lochea yang berbau tidak enak. Bau yang normal adalah seperti aroma menstruasi biasa.
6. Evaluasi tanda Homan melalui posisi kaki diluruskan dan telapak kaki diteuk. Jika terlihat kemerahan pada tungkai yang menandakan tanda Homan positif, langkah pertamanya adalah menganjurkan ibu melakukan ambulasi serta berkonsultasi atau berkolaborasi dengan dokter.

2.3.2 Asuhan Nifas

a. Pengertian Asuhan Masa Nifas

Asuhan kebidanan pada masa nifas merupakan bentuk pelayanan komprehensif yang diberikan kepada ibu sejak pascalahir hingga seluruh organ tubuh dan sistem reproduksinya pulih mendekati kondisi seperti sebelum hamil. Di samping pemulihan fisik, ibu pada masa ini sangat membutuhkan dukungan emosional dan psikologis dari pasangan serta keluarga. Bantuan nyata melalui pembagian tugas rumah tangga sangat esensial agar ibu memiliki waktu yang memadai untuk berfokus merawat dan mengasuh bayinya (Ratna, D. 2024).

b. Tujuan pemberian asuhan pada masa nifas

- a) Memelihara kesejahteraan fisik dan psikologis ibu beserta bayinya.
- b) Melaksanakan penapisan secara menyeluruh, deteksi dini, serta memberikan penanganan medis atau rujukan apabila terjadi komplikasi pada ibu dan bayi.
- c) Menyampaikan penyuluhan kesehatan mengenai perawatan diri, nutrisi, metode kontrasepsi, tata cara serta manfaat menyusui, pentingnya imunisasi, dan pengasuhan bayi sehari-hari.
- d) Menyediakan pelayanan keluarga berencana (KB) (Pitriani *et al.* 2025).

2.4 Bayi Baru Lahir

2.4.1 Konsep dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal didefinisikan sebagai bayi yang lahir secara spontan per vaginam dengan presentasi belakang kepala, pada usia kehamilan cukup bulan (37 hingga 42 minggu), memiliki berat badan lahir antara 2.500 hingga 4.000 gram, nilai APGAR lebih dari 7, serta bebas dari kelainan kongenital atau cacat bawaan. Meskipun demikian, bayi baru lahir (BBL) memiliki tingkat kerentanan yang tinggi terhadap infeksi yang dipicu oleh paparan atau kontaminasi mikroorganisme, baik selama proses persalinan berlangsung maupun pada periode awal pascalahir. Beberapa mikroorganisme harus diwaspadai karena dapat ditularkan lewat percikan darah dan cairan tubuh misalnya HIV, Hepatitis B dan Hepatitis C. Pastikan penolong persalinan telah melaksanakan protokol pencegahan infeksi sebelum mulai menangani bayi baru lahir. Neonatus didefinisikan sebagai bayi yang baru saja dilahirkan dan sedang menjalani fase transisi untuk beradaptasi dari lingkungan dalam kandungan (*intrauterin*) menuju kehidupan di luar kandungan (*ekstrauterin*) (Syamsiah, S. 2025).

b. Fisiologi bayi baru lahir

Berbagai adaptasi fisiologis pada bayi baru lahir mencakup beberapa aspek berikut:

1) Sistem Pernapasan

Kondisi respirasi neonatus saat lahir belum matang sepenuhnya, sebab perkembangan organ paru serta alveoli terus berlanjut hingga usia kanak-kanak. Di

samping itu, bayi baru lahir memproduksi sekret saluran napas yang lebih tinggi ketimbang orang dewasa, memiliki lapisan mukosa tipis yang rentan mengalami trauma, serta area subglotis yang lebih mudah mengalami pembengkakan (edema). Frekuensi pernapasan normal pada bayi baru lahir berkisar antara 30–60 kali per menit, dengan pola pernapasan diafragmatik yang ditandai oleh gerakan dada dan abdomen yang naik turun secara bersamaan.

2) Sistem Pencernaan

Secara anatomis, saluran pencernaan bayi baru lahir telah terbentuk secara lengkap, meskipun tingkat fungsionalnya belum sempurna jika dibandingkan dengan orang dewasa. Kapasitas lambung pada awalnya masih tergolong kecil, namun akan mengalami peningkatan secara cepat selama beberapa minggu pertama kehidupan.

3) Sistem Saraf

Integritas dan fungsi sistem saraf pada bayi baru lahir dapat dievaluasi melalui pemeriksaan respons refleksi fisiologis. Pengujian refleksi ini paling akurat diamati ketika bayi berada dalam kondisi sadar dan tenang (Putri, Y. 2022).

a) Reflek Mencari (Rooting Refleks)

Kepala bayi akan memutar ke arah usapan dan mencari puting susu dengan bibirnya, refleksi ini untuk mencari makanan. Refleksi ini berlanjut sementara bayi masih menyusui dan menghilang selama 3-4 bulan.



Gambar 2.7 Rooting refleksi pada Bayi (Novi E. 2025)

b) Reflek Terkejut (Moro)

Timbul oleh rangsangan yang mendadak atau mengejutkan. Bayi akan mengembangkan tangannya ke samping dan melebarkan jari-jarinya serta menarik tangannya kembali dengan cepat seperti ingin memeluk seseorang. Muncul sejak

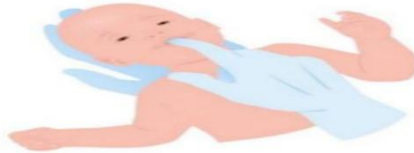
lahir dan mereda 1 atau 2 minggu dan menghilang setelah 6 bulan. Biasanya reflek ini diikuti dengan tangisan bayi.



Gambar 2.8 Reflek terkejut pada bayi (Novi E. 2025)

c) Reflek Hisap (Sucking Refleks)

Ditimbulkan oleh rangsangan pada daerah mulut atau pipi bayi dengan puting atau tangan. Bibir bayi akan maju ke depan dan lidah melingkar ke dalam untuk menyedot. Paling kuat pada 4 bulan pertama dan memudar setelah 6 bulan dan secara bertahap melebur dengan kegiatan yang disadari.



Gambar 2.9 Sucking reflek pada bayi (Novi E. 2025)

d) Reflek Genggam (Palmar Grasp Refleks)

Timbul bila kita menggoreskan jari melalui bagian dalam atau meletakkan jari kita pada telapak tangan bayi. Jari-jari bayi akan melingkar ke dalam seolah memegangi suatu benda dengan kuat. Biasanya reflek ini menghilang sekitar 4 bulan.



Gambar 2.10 Reflek menggenggam pada bayi (Novi E. 2025)

e) Tonic Neck Refleks (Refleks mempertahankan posisi leher atau kepala)

Timbul bila kita membaringkan bayi secara telentang. Kepala bayi akan berpaling ke salah satu sisi sementara ia berbaring terlentang. Lengan pada sisi kemana kepalanya beraling akan terlentang lurus keluar, sedangkan tangan lainnya dilipat atau ditekuk. Reflek ini sangat nyata pada 2/3 bulan dan menghilang sekitar 4 bulan.



Gambar 2.11 Tonicneck reflek pada bayi (Novi E. 2025)

f) Refleks Babinski

Refleks babinski terjadi saat jari-jari mencengkram atau hiperekstensi ketika bagian bawah atau telapak kaki diusap (Sandriani. 2024).



Gambar 2.12 Babinski reflek pada bayi (Novi E. 2025)

1. Adaptasi Suhu dan Mekanisme Kehilangan Panas pada Bayi Baru Lahir

Termoregulasi merupakan salah satu proses adaptasi penting bagi bayi baru lahir untuk mempertahankan suhu tubuh normal, yakni pada kisaran **36,5–37,2 °C**. Bayi sangat rentan mengalami penurunan suhu tubuh akibat pelepasan panas yang terjadi melalui empat mekanisme utama, yaitu:

a. **Evaporasi**

Kehilangan panas yang terjadi akibat penguapan cairan yang masih menempel pada permukaan kulit bayi. Kondisi ini dapat dijumpai ketika air ketuban pada tubuh bayi baru lahir tidak segera dikeringkan.

b. **Konduksi**

Perpindahan panas tubuh secara langsung akibat kontak fisik dengan permukaan benda yang lebih dingin. Contohnya terjadi apabila pakaian atau selimut bayi yang basah tidak segera diganti.

c. **Konveksi**

Hilangnya panas tubuh karena aliran udara dingin yang bergerak di sekitar permukaan tubuh bayi, seperti paparan angin dari ventilasi ruangan.

d. **Radiasi**

Pelepasan panas tubuh ke objek atau lingkungan sekitar yang memiliki suhu lebih rendah tanpa adanya kontak fisik langsung. Contohnya ketika bayi langsung diletakkan di atas timbangan atau meja pemeriksaan yang dingin tanpa diberi alas pelindung (Sandriani. 2024).

2. Sistem Reproduksi

Bayi laki-laki cukup bulan biasanya menunjukkan kondisi testis yang sudah turun ke skrotum ber-*rugae*, muara uretra di ujung penis, serta *prepusium* yang masih melekat pada *glans penis*. Pada bayi perempuan *aterm*, labia mayora umumnya menutupi labia minora, sedangkan himen dan klitoris terlihat lebih besar karena pengaruh hormon ibu yang masih tersisa (Sandriani. 2024).

c. **Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal**

Bayi baru lahir (BBL) normal didefinisikan sebagai bayi yang lahir pada usia kehamilan 37–42 minggu, dengan presentasi belakang kepala melalui persalinan pervaginam tanpa bantuan alat, serta memiliki berat badan lahir berkisar antara 2.500 hingga 4.000 gram, nilai Apgar > 7 tanpa cacat bawaan. Bayi baru lahir normal dikategorikan sebagai bayi yang dilahirkan pada usia kehamilan cukup bulan (38 hingga 42 minggu), dengan rentang berat badan lahir antara 2.500 hingga 4.000 gram serta panjang badan berkisar antara 50 hingga 55 cm.

1. Lahir *aterm* antara 37-42 minggu.
2. Berat badan 2.500-4.000 gram.
3. Panjang badan 48-52 cm.
4. Lingkar dada 30-38 cm.
5. Lingkar kepala 33-35 cm.
6. Lingkar lengan 11-12 cm.
7. Frekuensi denyut jantung 120-160x/menit.
8. Pernapasan $\pm$ 40-60 x/menit.
9. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup.

10. Rambut lanugo tidak terlihat dan biasanya rambut kepala telah sempurna.
11. Kuku agak panjang dan lemas, melewati paronikium
12. Nilai APGAR > 7.
13. Gerak aktif.
14. Bayi lahir langsung menangis kuat.
15. Refleks rooting (mencari puting susu dengan merangsang taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.
16. Refleks sucking (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.
17. Refleks moro (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.
18. Refleks grasping (menggenggam) sudah baik.
19. Genitalia.
 - a. Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang.
 - b. Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora.
20. Eliminasi baik, yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecokelatan (Rivanica, R. 2024).

2.4.2 Asuhan Bayi Baru Lahir

a. Pengertian asuhan bayi baru lahir normal

Pelayanan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir mencakup serangkaian tindakan profesional yang diberikan oleh tenaga kesehatan, khususnya bidan, dengan tujuan untuk menjamin kesehatan, keselamatan, serta mendukung proses tumbuh kembang bayi secara optimal selama masa neonatal. Masa neonatal, yang berlangsung sejak kelahiran hingga 28 hari pertama kehidupan, merupakan fase kritis di mana bayi harus beradaptasi dengan lingkungan luar rahim dan menghadapi berbagai tantangan fisiologis. Oleh karena itu, perawatan yang tepat sangat diperlukan untuk mendukung transisi ini serta mencegah komplikasi yang dapat membahayakan kesehatan bayi. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir mencakup berbagai aspek perawatan, mulai dari pemantauan tanda vital, pemberian nutrisi, pencegahan infeksi, hingga edukasi kepada keluarga mengenai cara merawat bayi dengan baik. Pemantauan tanda vital meliputi pemeriksaan suhu

tubuh, denyut jantung, frekuensi napas, serta warna kulit bayi untuk mendeteksi tanda-tanda kelainan atau gangguan kesehatan (Winarni, S. 2025).

b. Tujuan Asuhan Bayi Baru Lahir

Ada 3 penilaian yang dilakukan segera setelah lahir yaitu: Pernapasan, Tonus otot, dan warna Kulit. Pernapasan bayi dinilai dari Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernapas tanpa kesulitan, kemudian tonus otot dilihat dari apakah bayi bergerak dengan aktif. Selanjutnya warna kulit bayi baru lahir dapat dilihat apakah berwarna kemerahan atau kebiruan yang menandakan bayi sianosis. Penilaian awal pada BBL ini dapat juga menggunakan APGAR skor. Penerapan skor Apgar berfungsi untuk mengevaluasi perkembangan kondisi kesehatan bayi baru lahir (BBL) secara berkala, yaitu pada menit pertama dan kelima pascapersalinan (Rully, F. 2023).

Tabel 2.9 Klasifikasi berdasarkan APGAR SCORE (Rully, F. 2023)

Tanda	0	1	2
Apprance (warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (denyut jantung)	Tidak ada	< 100	>100
Grimace (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik	Batuk/bersin
Activity (tonus otot)	Tidak ada	Sedikit gerak	Gerak aktif
Respiratory (pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis

c. Kategori Kunjungan Bayi Baru Lahir

Kunjungan neonatal terbagi dalam 3 kategori yaitu:

Tabel 2.10 Kunjungan Neonatal (Raehan, S. 2023)

Kunjungan	Waktu	Fokus Kunjungan
KN I	6-48 jam	Asuhannya meliputi melindungi bayi supaya bertahan hangat, melakukan pemeriksaan fisik, merawat tali pusat, pemberian imunisasi Hb 0 dan KIE tentang ASI eksklusif sedini mungkin.
KN II	3-7 hari	Asuhannya meliputi pemeriksaan fisik bayi, merawat tali pusat dengan prinsip bersih serta kering, pemeriksaan melalui tanda serta adanya bahaya bayi, perawatan saat bayi lahir sehari-hari, serta pemberian KIE pada perawatan tali pusat, pola buang air besar (bab) dan buang air kecil (bak).
KN III	8-28 hari	Asuhannya meliputi pemeriksaan fisik bayi, pemberian informasi tentang tumbuh kembang bayi, pemberian imunisasi dasar dini, perawatan KIE harian pada bayi, pemeriksaan tanda bahaya, gejala penyakit pada bayi dan menyuruh ibu untuk melanjutkan memberiksn ASI eksklusif sampai bayi 6 bulan

2.5 Keluarga Berencana (KB)

2.5.1 Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Pengertian Keluarga Berencana

Program keluarga berencana (KB) merupakan langkah strategis untuk mewujudkan kesejahteraan keluarga melalui pengaturan jarak kehamilan, penanganan infertilitas, serta layanan konseling pernikahan. Secara substansial, KB merupakan tindakan terencana dari pasangan suami istri guna menentukan jumlah, jarak, dan waktu kelahiran anak demi menghindari kehamilan yang tidak diinginkan serta memperoleh keturunan sesuai dengan perencanaan yang matang.

Akseptor keluarga berencana (KB) merupakan pasangan suami istri yang menggunakan metode kontrasepsi sebagai bagian dari upaya perencanaan keluarga,

dengan tujuan mengatur jumlah anak, menentukan jarak antar kelahiran, serta merencanakan waktu kehamilan dan kelahiran secara optimal, dimana pasangan suami istri secara sadar memilih jumlah, jarak dan waktu kelahiran anak mereka melalui keluarga berencana (Riance, M. 2024).

b. Langkah-langkah Konseling Keluarga Berencana/KB (SATU TUJU)

Pelaksanaan konseling bagi calon akseptor baru KB sebaiknya menerapkan enam tahapan sistematis yang populer dengan akronim SATU TUJU.

1. SA-Sapa dan Salam

Sambut klien secara terbuka dan sopan. Berikan perhatian penuh, berbicaralah di tempat yang nyaman dan menjamin privasi. Upayakan terbentuknya rasa percaya diri pada klien melalui pendekatan yang komunikatif, lakukan identifikasi terhadap kebutuhan klien, kemudian berikan penjelasan yang jelas mengenai pilihan pelayanan yang tersedia agar klien dapat membuat keputusan secara tepat.

2. T-Tanyakan

Ajukan pertanyaan terkait informasi pribadi dan pengalaman klien mengenai KB serta kesehatan reproduksi. Tanyakan pilihan kontrasepsi yang diinginkan. Perhatikan kata-kata, gerak tubuh, dan ekspresi klien. Tempatkan diri pada posisi klien untuk memahami pengetahuan, kebutuhan, dan keinginannya sehingga dapat memberikan bantuan yang tepat.

3. U-Uraikan

Jelaskan pilihan reproduksi yang tersedia, termasuk berbagai jenis kontrasepsi. Fasilitasi klien dalam memahami dan menentukan metode kontrasepsi yang paling sesuai dengan kebutuhan, kondisi, dan preferensinya, serta berikan penjelasan mengenai berbagai alternatif metode kontrasepsi yang tersedia agar klien dapat mengambil keputusan secara tepat dan berdasarkan informasi yang memadai.

4. TU-Tentukan Pilihan

Bimbing klien dalam menentukan pilihan yang paling sesuai dengan kondisi, kebutuhan, dan preferensinya.

5. **J-Jelaskan Penggunaan**

Berikan penjelasan lengkap tentang cara menggunakan kontrasepsi yang dipilih. Jika diperlukan, tunjukkan alat kontrasepsi agar klien memahami cara penggunaannya.

6. **U-Ulangi/Kunjungan Ulang**

Diskusikan pentingnya kunjungan lanjutan. Buat kesepakatan dengan klien untuk pemeriksaan ulang atau pengambilan kontrasepsi tambahan jika diperlukan (Rizki, A. 2025).

c. Persetujuan Tindakan Medis (Informed Consent)

Penerapan etika dalam pelayanan KB diimplementasikan bidan dalam kegiatan informed choice dan informed consent. Merupakan asas etika dalam aspek menghormati hak otonomi pasien. Sebelum melakukan pelayanan KB seorang bidan diwajibkan memiliki dokumen berkenaan dengan informed choice dan informed consent. Informed choice dalam pelayanan KB adalah pilihan "sendiri" calon akseptor terhadap kontrasepsi yang akan digunakannya setelah memperoleh informasi yang jelas mengenai macam kontrasepsi, jangka waktu dan efek sampingnya. Hal ini sejalan dengan kode etik Internasional bidan bahwa "bidan harus menghormati hak wanita setelah mendapatkan penjelasan dan mendorong wanita untuk menerima tanggung jawab dari pilihannya".

Setelah pilihan kontrasepsi ditentukan oleh calon akseptor, selanjutnya bidan membuat informed consent. Informed consent dalam pelayanan KB adalah persetujuan calon akseptor terhadap semua prosedur tindakan medis yang akan dilakukan bidan dalam proses pemasangan kontrasepsi setelah melalui tahapan konseling KB. Informed consent bertujuan untuk melindungi pasien dan tenaga medis dari resiko yang akan ditimbulkan dikemudian hari dari sebuah prosedur medis (Kautzar, A. 2021).

d. Alat Kontrasepsi dalam rahim

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) merupakan salah satu metode kontrasepsi jangka panjang yang dipasang di dalam rahim, mengandung tembaga (AKDR Cu) dan AKDR yang mengandung levonogestrel (AKDR LNG). Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) jenis *Copper* terdiri dari kerangka plastik

berukuran kecil dan fleksibel yang dilengkapi dengan lilitan kawat berbahan tembaga. Beberapa contoh jenis AKDR tembaga yang umum digunakan meliputi model CuT 380A dan Nova T 380 (Noor, M. 2025).

a. Cara Kerja Alat kontrasepsi dalam rahim

Copper-T IUD bekerja dengan melepaskan copper/tembaga yang berfungsi sebagai spermisida (membunuh sperma). Copper-T IUD juga diketahui dapat mencegah terjadinya implantasi janin ke rahim bila memang pertemuan sperma dengan sel telur sudah terjadi. Copper-T IUD dapat dipasang hingga 5 hari paska hubungan seksual. Sementara itu Levonogestrel bekerja dengan menghambat terjadinya ovulasi sehingga diharapkan dengan tertundanya ovulasi, sel-sel sperma sudah akan mati dan kehamilan tidak akan terjadi. AKDR non-hormonal atau AKDR tembaga memiliki bentuk yang sama dengan AKDR hormonal, yaitu seperti huruf T. Tapi, AKDR non-hormonal dililitkan pada tembaga di sekelilingnya, tembaga inilah yang berperan untuk mencegah kehamilan. Sperma tidak menyukai tembaga karena tembaga bisa mengubah cara bergerak sperma. Hal ini mengakibatkan sperma tidak bisa berenang menuju telur, dan kehamilan tidak dapat terjadi (Noor, M. 2025).



Gambar 2.13 Copper-T IUD (Noor, M. 2025)

b. Waktu pemasangan AKDR

- Pasca plasenta
 - Dipasang dalam 10 menit setelah plasenta lahir (pada persalinan normal)
- Pada persalinan sesar, dipasang pada waktu operasi.
- Pasca persalinan
 - Dipasang antara 10 menit-48 jam pasca persalinan

- Dipasang antara 4-6 minggu (42 hari) setelah melahirkan (perpanjang interval pasca persalinan)

c. Jangka waktu pemakaian

Penggunaan alat kontrasepsi IUD terbukti sangat efektif dalam menurunkan angka kematian ibu serta mengendalikan laju pertumbuhan penduduk. Efektivitas metode ini mencapai 99,4% dengan masa perlindungan jangka panjang yang dapat digunakan selama 5 hingga 10 tahun (Elizar, S. 2024).

d. Cara Pemasangan KB AKDR

Prosedur pemasangan KB AKDR (Candra, W. 2023):

1. Konseling Pra Pemasangan
 - Lakukan anamnesa dan informasi tentang AKDR/IUD efek samping, keuntungan dan kerugian
 - Memastikan tidak ada masalah atau penyakit yang menjadi kontraindikasi AKDR.
 - Lakukan inform consent sebelum melakukan Tindakan
 - Lakukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan panggul
2. Persiapan alat
 - Antiseptik atau betadin
 - Kasa steril
 - Spekulum
 - Sarung tangan
 - Tenakulum
 - Alat ukur uterus atau sonde uterus
 - Korentang
 - Gunting



Gambar 2.14 Persiapan alat pemasangan AKDR (Candra, W. 2023)

3. Persiapan pasien Menganjurkan pasien untuk mengkosongkan kandung kemih dan mencuci alat genitalia.
4. Persiapan lingkungan Menutup pintu dan sampiran untuk menjaga privasi pasien.
5. Persiapan bidan atau tenaga kesehatan Mencuci tangan dan menggunakan APD (Alat Perlindungan Diri).
6. Tindakan pemasangan
 - Posisikan pemeriksaan pasien pada bed
 - Kenakan selimut pada klien untuk pemeriksaan
 - Palpasi daerah abdomen untuk melihat apakah ada nyeri, benjolan atau kelaianan yang lain.
 - Atur pencahayaan pada area genitalia
 - Inspeksi pada area genitalia eksternal apakah ada tanda-tanda infeksi
 - Memakai sarung tangan steril



Gambar 2.15 Memakai Sarung Tangan (Candra, W. 2023)

- Palpasi di area genitalia pada kelenjar skene dan bartolini apakah ada nyeri atau benjolan
- Lakukan vulva hygiene



Gambar 2.16 Vulva Hygiene (Candra, W. 2023)

- Pemeriksaan inspekulo:

- a. Pasang speculum
- b. Periksa pada vagina apakah ada lesi atau keputihan
- c. Inspeksi pada servik atau porsio apakah ada lesi atau tanda-tanda infeksi



Gambar 2.17 Memasang Spekulum (Candra, W. 2023)

- d. Lepas spekulum dengan hati-hati dan telakkan kembali pada bak instrumen dengan tidak menyentuh alat yang lain.
- e. Pemeriksaan bimanual
 - Memastikan gerakan servik bebas
 - Tentukan besar dan posisi uterus
 - Pastikan tidak ada kehamilan
 - Pastikan tidak ada tumor pada adneksa
7. Setelah hasil awal pemeriksaan tidak ada masalah ke arah kontraindikasi maka dilanjutkan pemasangan IUD
8. Masukkan spekulum kedalam vagina secara perlahan.
9. Masukkan tenaculum untuk mencepit bagian servik dengan tujuan membuka servik.



Gambar 2.18 Memasukkan tenaculum (Candra, W. 2023)

10. Masukkan sonde uterus untuk mengukur kedalaman uterus untuk menentukan posisi IUD.



Gambar 2.19 Memasukkan sonde uterus (Candra, W. 2023)

11. Atur letak leher biru inserter sesuai dengan kedalaman uterus sesuai ukuran pada sonde uterus.
12. Masukkan tabung inserter IUD sampai ada tahanan dengan tetap menahan pendorong inserter.
13. Pelepasan lengan IUD dilakukan menggunakan teknik *withdrawal*, yaitu dengan menarik tabung inserter secara perlahan hingga mencapai pangkal pendorong, sementara pendorong dipertahankan tetap pada posisinya untuk memastikan IUD terbuka dengan benar di dalam kavum uteri.



Gambar 2.20 Teknik *withdrawal* (Candra, W. 2023)

14. Keluarkan pendorong kemudian tabung inseter keluarkan sebagian kemudian gunting benang IUD 3-4 cm depan serviks.



Gambar 2.21 Menggunting benang (Candra, W. 2023)

15. Keluarkan tabung inseter keseluruhan dan buang
16. Lepaskan tenakulum rendam dalam larutan klorin
17. Periksa serviks jika ada perdarahan tekan dengan kassa steril selama 30-60 menit.
18. Keluarkan spekulum masukkan pada larutan klorin
19. Tindakan pasca pemasangan IUD
 - Setelah tindakan pemasangan IUD selesai Buang alat yang telah terpakai yang terkontaminasi sebelum membersihkan sarung tangan.
 - Melakukan dekontaminasi permukaan yang terkontaminasi dengan larutan klorin.
 - Lakukan dekontaminasi alat-alat dan sarung tangan dilarutan klorin.
 - Konseling cara memeriksa benang AKDR bisa dengan cara posisi berdiri dengan salah satu kaki di angkat kemudian masukkan jari tengah pada vagina raba benang IUD, atau dengan cara posisi berjongkok masukkan jari kedalam vagina dan raba benang.
 - Minta klien menunggu di klinik selama 15-30 menit setelah pemasangan AKDR (Candra, W. 2023).