BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

Pada laporan ini kasus yang ditemukan ialah ibu hamil Trimester 3, sehingga konsep teori yang dibahas terkait kehamilan trimester 3 sebagai berikut

A. Konsep Dasar Teori

1. Pengertian Kehamilan

Masa kehamilan adalah periode berlangsungnya proses pertumbuhan serta perkembangan janin di dalam rahim, yang berlangsung sejak konsepsi hingga menjelang terjadinya persalinan. Apabila usia kehamilan dihitung berdasarkan waktu ovulasi, durasi kehamilan normal berlangsung kurang lebih 280 hari atau sekitar 40 minggu, dan pada umumnya tidak berlangsung sampai lebih dari 300 hari atau 43 minggu. Kehamilan dengan usia gestasi 40 minggu termasuk dalam kategori kehamilan cukup bulan (aterm).

Ditinjau dari usia gestasi, kehamilan yang berlangsung hingga melewati 43 minggu diklasifikasikan sebagai kehamilan lewat waktu atau *postmatur*. Sementara itu, kehamilan dengan usia gestasi 28–36 minggu termasuk dalam kelompok kehamilan prematur (Widiarti, 2022).

Asuhan kebidanan pada masa kehamilan menitikberatkan pada pemantauan kondisi fisiologis ibu dan janin lewat serangkaian pemeriksaan antenatal secara teratur. Prosedur standarnya meliputi pengukuran tekanan darah, pemberian suplemen gizi yang diperlukan, dan pemberian imunisasi tetanus untuk membentuk kekebalan tubuh. Asuhan ini dilengkapi dengan konseling mengenai kebiasaan makan, batas aktivitas fisik yang aman, serta pengenalan dini tanda bahaya kehamilan. (Maria Magdalena, 2025).

2. Tujuan dari Asuhan Kehamilan Hamil

Pelaksanaan ANC memiliki sejumlah tujuan yang berhubungan dengan pemantauan kesehatan ibu dan perkembangan janin, yaitu:

a. Memantau perkembangan kehamilan secara terus-menerus untuk memastikan ibu tetap sehat serta janin tumbuh dan berkembang dengan baik.

b. Meningkatkan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu maupun bayi.

c. Menemukan sedini mungkin kelainan atau komplikasi yang mungkin muncul selama kehamilan, termasuk yang berkaitan dengan riwayat penyakit umum, riwayat kebidanan, maupun riwayat operasi.

d. Menyiapkan ibu menghadapi persalinan cukup bulan agar kelahiran berlangsung aman.

e. Menyiapkan ibu agar dapat melewati masa nifas dengan normal dan mampu memberikan ASI eksklusif.

f. Memberdayakan keluarga agar siap secara mental dan fisik menyambut kehadiran bayi, sekaligus mengoptimalkan peran ibu dalam keluarga sehingga tumbuh kembang anak dapat berjalan ideal sesuai tahapannya.

3. Klasifikasi Kehamilan

Usia kehamilan (*gestational age*) dalam praktik kebidanan dibedakan menjadi tiga kelompok utama:

1. ***Preterm*** **(Prematur):** Kehamilan yang berakhir pada usia 28 sampai 36 minggu.
2. ***Aterm*** **(Matur/Cukup Bulan):** Kehamilan fisiologis yang telah mencapai kematangan ideal, yaitu pada usia 37 sampai 42 minggu.
3. ***Postterm*** **(Postmatur/Serotinus):** Kehamilan yang melewati batas normal, yakni lebih dari 43 minggu.

Berdasarkan pembagian periodenya (*trimester*), masa kehamilan terbagi menjadi tiga tahap klinis:

1. **Trimester I (Usia Gestasi 0–12 Minggu):** Tahap awal yang ditandai dengan proses organogenesis, yaitu terbentuknya struktur dasar organ tubuh janin.
2. **Trimester II (Usia Gestasi 12–28 Minggu):** Masa ketika seluruh sistem organ janin sudah terbentuk, tetapi kematangan fungsinya belum optimal sehingga kemampuan janin bertahan hidup di luar rahim (*viabilitas*) masih terbatas.
3. **Trimester III (Usia Gestasi 28–40 Minggu):** Tahap akhir perkembangan janin yang sudah *viable*, artinya secara fisiologis mampu bertahan hidup di luar lingkungan *intrauterine*.

4. Adaptasi Anatomi dan Fisiologi Masa Kehamilan

Perubahan Anatomi Organ

1. Uterus (Rahim)

Perubahan anatomi selama kehamilan paling menonjol terjadi pada uterus, baik dalam ukuran, berat, maupun letaknya. Pada masa gestasi aterm (cukup bulan), uterus mengalami ekspansi dengan volume penampungan yang mampu melampaui guna memfasilitasi kebutuhan ruang bagi tumbuh kembang fetus. Pembesaran ini disebabkan oleh hipertrofi dan hiperplasia sel-sel miometrium, meningkatnya daya serap air pada serabut kolagen, serta perubahan jaringan endometrium menjadi desidua. Selain itu, posisi serta orientasi uterus mengalami perubahan seiring bertambahnya usia kehamilan. Pada tahap awal kehamilan, uterus dapat berada dengan arah antefleksi maupun retrofleksi. Sampai memasuki usia kehamilan sekitar empat bulan, uterus masih terletak di dalam rongga panggul *cavum pelvis*. Selanjutnya, pertumbuhan uterus menyebabkan organ tersebut bergerak ke arah rongga perut *cavum abdomen*, sehingga bagian fundus uteri dapat berkembang hingga mendekati area hepar. Seiring dengan pembesaran tersebut, uterus masih memiliki kemampuan untuk bergerak dan umumnya mengalami perubahan arah ke sisi kanan atau kiri rongga abdomen.

2. Ovarium

Kehamilan menekan sementara fungsi reproduksi ibu, sehingga ovulasi dan perkembangan folikel ovarium yang baru berhenti untuk sementara waktu. Ciri utama pada masa ini adalah adanya satu *corpus luteum* pada ovarium. Selama 6–7 minggu pertama setelah konsepsi, *corpus luteum* tersebut bekerja secara maksimal menghasilkan progesteron, lalu fungsinya digantikan oleh plasenta sehingga perannya menjadi relatif kecil.

3. Vagina dan Perineum

Sepanjang kehamilan, pembuluh darah dan kongesti (hiperemia) di daerah vulva sampai perineum meningkat cukup kuat. Tingginya aliran darah ke jaringan ini membuat vagina tampak kebiruan atau keunguan, yang dalam istilah medis dikenal sebagai tanda Chadwick. Dinding vagina juga mengalami sejumlah perubahan anatomis, yaitu selaput lendir menipis, sebagian jaringan ikat berkurang, dan sel-sel otot polos membesar (hipertrofi), sebagai persiapan fisiologis agar lumen vagina dapat melebar saat proses melahirkan.

4. Kulit

Perubahan kulit selama kehamilan dapat menimbulkan pigmentasi tidak normal pada dinding perut, payudara, dan paha berupa warna kemerahan atau agak kusam yang disebut striae gravidarum. Pada wanita yang pernah hamil beberapa kali (multipara), selain garis kemerahan baru (striae rubra), sering pula ditemukan bekas jaringan parut mengilap keperakan dari kehamilan sebelumnya. Selain itu, pigmentasi yang jelas sering muncul pada garis tengah perut, sehingga linea alba yang semula samar berubah menjadi linea nigra yang gelap atau kecokelatan. Selama kehamilan, peningkatan pigmentasi dapat terlihat pada area wajah dan leher dengan bentuk serta ukuran yang bervariasi, yang sering disebut sebagai melasma gravidarum atau chloasma. Selain itu, warna areola dan area genital juga dapat mengalami penggelapan. Perubahan warna kulit tersebut umumnya akan berangsur memudar atau berkurang setelah ibu melahirkan.

5. Payudara/Mamae

Pengaruh hormon estrogen, progesteron, dan somatomamotropin membuat payudara wanita hamil membesar dan terasa tegang, meskipun ASI belum diproduksi. Estrogen bekerja terutama dalam membesarkan (hipertrofi) jaringan saluran ASI, sedangkan progesteron sepenuhnya berperan dalam pematangan dan penambahan jumlah sel asinus di jaringan payudara. Perubahan payudara ini dapat menjadi salah satu tanda kemungkinan hamil. Sensitivitas pada payudara dapat bervariasi, mulai dari sensasi kesemutan yang ringan hingga timbulnya rasa sakit yang menusuk. Peningkatan sirkulasi darah menyebabkan pembuluh darah yang berada pada lapisan bawah kulit mengalami pelebaran. Kondisi tersebut membuat pembuluh darah yang sebelumnya belum tampak menjadi lebih terlihat pada permukaan kulit dan memberikan gambaran seperti pola jaringan berwarna kebiruan.

6. Sistem Peredaran Darah Ibu

Perubahan sistem sirkulasi dan pernapasan ibu selama kehamilan dipicu oleh tiga hal utama, yaitu meningkatnya kebutuhan metabolik janin, terbukanya sirkulasi retroplasenter yang langsung menghubungkan muara arteri dan vena, serta tingginya rangsangan estrogen dan progesteron. Respons fisiologis ini menambah volume darah ibu, dengan kenaikan volume serum (25-30%) yang lebih besar daripada pembentukan sel darah (20%). Ketidakseimbangan tersebut menyebabkan pengenceran darah (*hemodilusi*) yang dimulai pada usia kehamilan 16 minggu dan mencapai puncaknya pada minggu ke-32, disertai kenaikan curah jantung hingga 30%, sehingga penderita penyakit jantung memerlukan kewaspadaan ekstra. Meskipun pembentukan sel darah merah meningkat untuk memenuhi kebutuhan janin, hemodilusi tetap menyebabkan *anemia fisiologis*, di samping kenaikan leukosit hingga 10.000 ml dan Laju Endap Darah (LED) hingga empat kali nilai normal. Pada sistem pernapasan, kebutuhan oksigen yang meningkat disertai pergeseran diafragma akibat desakan rahim (terutama pada usia kehamilan 32 minggu) diimbangi dengan pernapasan yang lebih dalam sebesar 20-25% dari frekuensi dasar. (Suparyanto, 2020).

Perubahan Fisiologi

a. Sistem Endokrin

Selama kehamilan, plasenta aktif mengeluarkan TRH tambahan yang merangsang terbentuknya TSH dan prolaktin. Hal ini menaikkan produksi hormon tiroid hingga 50%, tetapi kadar T3 dan T4 bebas tetap stabil karena terikat pada *thyroxine-binding globulin* yang juga meningkat. Hormon tiroid tambahan ini dibutuhkan untuk mendukung perkembangan sistem saraf pusat dan fungsi tiroid janin. Sementara itu, kelenjar hipofisis membesar akibat bertambahnya sel laktotrof, sehingga kadar prolaktin dalam darah naik sampai sekitar 10 kali dari batas normal. Tingginya prolaktin ini merupakan pendorong utama pematangan jaringan payudara dan persiapan produksi ASI.

b. Kardiovaskular

Selama kehamilan, sistem peredaran darah ibu beradaptasi secara fisiologis berupa naiknya denyut jantung, volume sekuncup, dan curah jantung, disertai turunnya resistensi pembuluh darah. Penyesuaian ini melibatkan penebalan dinding ventrikel, meningkatnya kekuatan kontraksi otot jantung, dan kinerja jantung yang lebih baik. Kenaikan curah jantung terutama dipengaruhi oleh naiknya volume sekuncup dan frekuensi denyut jantung, yang berguna menjamin pasokan darah ke rahim, plasenta, ginjal, kulit, dan anggota gerak. Bertambahnya aliran darah ke kulit dan ekstremitas ini berperan langsung dalam pengaturan suhu tubuh ibu (termoregulasi). Perubahan tekanan darah sistolik dan diastolik juga lazim ditemukan. Menjelang akhir kehamilan, tingginya curah jantung semakin penting untuk memenuhi peningkatan pembuluh darah rahim hingga 10 kali lipat dan aliran darah ginjal hingga 50%.

c. Pernapasan

Progesteron merangsang pernapasan dan dapat menyebabkan hiperventilasi, yaitu udara yang dikeluarkan lebih banyak daripada yang dihirup. Dinamika respirasi maternal berdampak pada kenaikan kadar dan reduksi arteri hingga kisaran 30 mmHg. Perubahan gas darah ini menimbulkan alkalosis respiratorik ringan, yang diimbangi ginjal dengan membuang tambahan bikarbonat sebesar 20 mEq. Mekanisme

keseimbangan ini menggeser kurva disosiasi oksihemoglobin ke kanan, sehingga oksigen lebih mudah lepas dari hemoglobin ibu dan menunjang perpindahan oksigen melalui plasenta ke janin.

d. Hematologi

Naiknya kadar renin plasma yang disertai tertekannya peptida natriuretik atrium menjadi penyebab utama pelebaran pembuluh darah (vasodilatasi) dan bertambahnya daya tampung pembuluh darah pada wanita hamil. Tanpa penyesuaian, keadaan ini berisiko mengurangi kecukupan volume cairan dalam sirkulasi. Sebagai kompensasi, volume darah ibu bertambah sekitar untuk menyeimbangkan perubahan sirkulasi selama kehamilan sekaligus menjadi cadangan bila terjadi kehilangan darah saat persalinan. Seiring dengan itu, hormon eritropoietin ibu juga meningkat, sehingga massa sel darah merah (*RBC*) bertambah sekitar 30%

Karena pertambahan volume plasma lebih besar daripada pertambahan massa sel darah merah (RBC), ibu hamil mudah mengalami anemia fisiologis (*dilusional*). Meskipun bertambahnya massa eritrosit dan aliran darah ke rahim membantu mencukupi oksigen janin, keadaan ini sekaligus meningkatkan kebutuhan zat besi ibu. Total kebutuhan zat besi selama kehamilan mencapai 1.000 mg, dengan sekitar dua pertiga digunakan untuk kebutuhan ibu dan sepertiganya diserap plasenta dan janin. Kebutuhan zat besi harian pada trimester I tergolong rendah, yaitu 0,8 mg/hari, tetapi melonjak pada trimester III hingga 3,0–7,5 mg/hari.

Selama kehamilan terjadi keadaan protrombotik akibat rangsangan estrogen terhadap pembentukan protein pembekuan darah. Akibatnya, kadar fibrinogen, vWF, serta faktor pembekuan VII, VIII, X, dan XII meningkat nyata seiring bertambahnya usia kehamilan. Dampaknya, nilai aPTT umumnya memendek, sedangkan PT dan TT tidak banyak berubah. Karena status hiperkoagulasi ini, risiko *deep vein thrombosis* (DVT) pada wanita hamil naik sekitar lima kali lipat dibandingkan wanita tidak hamil.

e. Ginjal

Meningkatnya aliran darah ke ginjal akibat naiknya curah jantung ibu mendorong laju filtrasi glomerulus naik hingga 50% dan aliran plasma ginjal hingga 80%. Akibatnya, kadar urea, kreatinin, dan asam urat dalam serum turun secara bermakna. Retensi cairan juga membuat ginjal membesar dan menimbulkan hidronefrosis fisiologis. Relaksasi otot polos akibat hormon relaksin dan progesteron melebarkan sistem pengumpul urine sehingga urine tertahan (stasis), yang meningkatkan risiko infeksi saluran kemih, pielonefritis, dan bakteriuria tanpa gejala. Di sisi lain, rangsangan estrogen pada hati menaikkan produksi angiotensinogen yang meningkatkan angiotensin II dalam kaskade RAAS, dengan renin yang juga dilepaskan oleh desidua dan ovarium. Kadar aldosteron yang mulai naik pada usia kehamilan 8 minggu dan melonjak 3–6 kali lipat pada trimester ketiga menjadi pendorong utama penumpukan cairan hingga 1,5 liter.

f. Saluran Pencernaan

Refluks gastroesofagus (*gastroesophageal reflux*) sering ditemukan selama kehamilan akibat gabungan beberapa perubahan fisiologis. Tingginya progesteron menurunkan tonus sfingter esofagus bawah (*lower esophageal sphincter*), memperlambat pengosongan lambung (*gastric emptying*), dan memperpanjang waktu transit di usus halus. Efek hormonal ini, bila digabung dengan naiknya tekanan dalam perut akibat rahim yang membesar, membuat refluks asam lambung lebih mudah terjadi. Selain adanya perubahan pada sistem pencernaan, selama kehamilan ibu umumnya mengalami peningkatan selera makan. Pada trimester akhir, pertambahan berat badan ibu dapat berkisar antara 0,3–0,5 kg setiap minggu. Adapun rincian mengenai pertambahan berat badan yang diharapkan selama masa kehamilan dapat dilihat pada tabel berikut.

Klasifikasi IMT Pra-Kehamilan	IMT (kg/m^2)	Kenaikan Berat Badan Normal Selama Hamil
Gizi Kurang / Underweight	>18,5	12,5 – 18 kg
Normal	18,5 – 24,5	11,5 – 16 kg
Berat Badan Lebih / Overweight	25 – 29,9	7 – 11,5 kg
Obesitas	> 30	5 – 9 kg

Sumber : (Pramita, 2019. Buku Asuhan Kehamilan D3, Jilid 2 hal 45)

g. Muskuloskeletal

Pada trimester III, sistem otot dan tulang ibu beradaptasi seiring pertumbuhan janin dan meningkatnya hormon relaksin. Perubahan ini meliputi bertambahnya lengkung tulang belakang (lordosis), meregang dan melunaknya ligamen dan sendi panggul, menurunnya tonus otot perut, serta bergesernya pusat gravitasi tubuh ke depan. Adaptasi tersebut dapat mengubah postur dan cara berjalan ibu serta menimbulkan keluhan seperti nyeri punggung bawah, nyeri panggul, dan mudah lelah. Semua perubahan ini merupakan penyesuaian fisiologis tubuh dalam mempersiapkan ibu menghadapi persalinan.

h. Payudara

Pada trimester III terjadi perubahan hormonal berupa turunnya progesteron dan estrogen sehingga kadar prolaktin naik. Peningkatan prolaktin kemudian merangsang pembentukan dan pengeluaran kolostrum pada ibu hamil.

i. Perubahan Sistem Reproduksi

Memasuki trimester III, perubahan sistem reproduksi semakin tampak sebagai bagian dari persiapan tubuh menghadapi persalinan. Uterus membesar makin jelas akibat hipertrofi dan hiperplasia otot rahim, sedangkan serviks menjadi lebih lunak dan lentur.

Pada vagina, selaput lendir menebal, jaringan ikat dan otot polos mengalami hipertrofi, dan kelenturan meningkat karena pengaruh estrogen dan progesteron. Sekresi vagina juga bertambah sehingga dapat timbul keputihan fisiologis (leukorea). Perubahan ini dapat membuat ibu hamil mengalami cairan vagina yang lebih banyak, daerah kewanitaan terasa lebih lembap, dan jalan lahir menjadi lebih lentur sehingga vagina mudah meregang saat melahirkan. Dalam keadaan normal, keputihan ini berwarna jernih atau putih, tidak berbau, serta tidak menimbulkan gatal ataupun nyeri. Pada vulva, bibir kemaluan dapat tampak lebih besar atau membengkak. Pada kehamilan lanjut, ibu juga bisa merasakan tekanan di daerah tersebut (Sitepu, 2024).

5. Menentukan Usia Kehamilan

Rumus Bartholomew

Metode Bartholomew memperkirakan usia kehamilan dengan membagi jarak antara simfisis pubis dan pusat menjadi empat bagian yang sama besar. Setiap kenaikan satu bagian menunjukkan pertambahan usia kandungan sekitar satu bulan.

Tabel 2.1 Estimasi Usia Gestasi Berdasarkan Tinggi Fundus Uteri (Metode Bartholomew)

Tinggi Fundus Uteri (TFU)	**Peta Anatomis / Acuan Palpasi**	**Usia Kehamilan**
Pertengahan Simfisis Pubis – Umbilikus	Antara simfisis pubis dan pusat	16 minggu
Setinggi Umbilikus	Sejajar garis pusat	24 minggu

Tinggi Fundus Uteri (TFU)	Peta Anatomis / Acuan Palpasi	Usia Kehamilan
1 Jari Supraumbilikus	±1 jari di atas pusat	34 minggu
2 Jari Supraumbilikus	±2 jari di atas pusat	36 minggu
3 Jari Supraumbilikus	±3 jari di atas pusat	38 minggu
2 Jari Supraumbilikus (Penurunan TFU)	Penurunan TFU karena kepala janin *engagement* (memasuki Pintu Atas Panggul / PAP)	40 minggu

Sumber : (Mauliani, 2021)

2. Menentukan Letak, Presentasi, Posisi, dan Penurunan Kepala

Menurut Mauliani (2021), pemeriksaan untuk menentukan letak, presentasi, posisi, serta seberapa jauh bagian terbawah janin telah memasuki panggul dapat dilakukan melalui pemeriksaan palpasi menggunakan teknik Leopold yang dilaksanakan dalam empat tahap secara sistematis.

Pada langkah pertama, yaitu

1. Leopold I, pemeriksaan bertujuan untuk:
    1. Mengukur tinggi fundus uteri (fundal height) sebagai perkiraan usia kehamilan.
    2. Mengetahui bagian janin yang berada di fundus uteri.

2. Leopold II

Tujuan: Mengetahui posisi dan letak bagian janin di bagian kanan atau kiri rahim (uterus).

3. Leopold III

Tujuan:

Mengidentifikasi bagian terbawah janin. Menilai apakah bagian terbawah janin sudah mulai memasuki PAP.

4. Leopold IV

Tujuan:

Memastikan bagian terbawah janin sudah masuk ke PAP. Mengukur seberapa dalam bagian terbawah janin telah turun ke panggul.

3. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

a. Perdarahan Pervaginam

Pada trimester ketiga, pematangan organ dan tumbuh kembang janin memasuki tahap akhir sebagai persiapan persalinan. Keluarnya bercak atau darah dari jalan lahir pada masa ini merupakan gejala klinis yang harus dievaluasi dengan cermat karena dapat menandakan komplikasi kehamilan yang serius. Bercak darah (*spotting*) dalam jumlah sedikit tanpa nyeri memang cukup sering ditemui pada trimester awal, tetapi perdarahan pada trimester akhir sangat berisiko membahayakan keselamatan ibu dan janin. Karena itu, perdarahan pervaginam pada trimester III dianggap sebagai keadaan darurat yang perlu segera ditangani dan dicari penyebabnya.

b. Absensi atau Penurunan Gerakan Janin (*Fetal Movement*)

Kepekaan ibu terhadap gerakan janin makin meningkat seiring bertambahnya usia kehamilan, terutama pada trimester ketiga. Frekuensi dan kekuatan gerakan janin menjadi indikator objektif kesejahteraan janin (*fetal well-being*) serta tingkat aktivitasnya di dalam rahim. Oleh karena itu, gerakan janin yang berkurang merupakan tanda bahaya (*red flag*) dalam kebidanan. Kewaspadaan klinis perlu diutamakan bila janin yang tadinya aktif tiba-tiba jauh berkurang gerakannya atau

sama sekali tidak bergerak. Perubahan pola gerak janin ini perlu segera dikonsultasikan dan diperiksa oleh tenaga kesehatan.

c. Stagnasi Pertambahan Bobot Tubuh Maternal

Memantau perubahan berat badan ibu adalah salah satu pemeriksaan fisik penting untuk menilai perkembangan kehamilan. Kenaikan berat badan yang stabil dan bertahap mencerminkan kesesuaian dengan usia kehamilan serta status gizi sebelum hamil. Jika berat badan tidak naik atau target kenaikannya tidak tercapai, hal itu dapat menandakan kelainan atau gangguan perkembangan yang perlu diselidiki lebih lanjut. Oleh sebab itu, penimbangan berat badan secara berkala pada pelayanan *antenatal care* (ANC) sangat penting untuk memastikan pertumbuhan ibu dan janin berjalan sesuai.

d. Hilangnya Denyut Jantung Janin (DJJ)

Selain menilai gerakan janin, pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) merupakan cara objektif utama untuk mengetahui kelangsungan hidup dan kondisi kesehatan janin. DJJ yang tidak terdeteksi menandakan gawat janin (*fetal distress*) atau komplikasi berat dalam rahim yang membutuhkan penanganan klinis menyeluruh. Karena pemeriksaan DJJ memerlukan alat khusus dan keterampilan tenaga terlatih sehingga tidak dapat dilakukan ibu sendiri, pemeriksaan kehamilan secara berkala mutlak dijalani untuk memastikan janin tetap hidup.

e. **Pemantauan Status Antropometri dan Berat Badan Selama Kehamilan**

Pertambahan berat badan selama kehamilan dapat berbeda pada setiap ibu, bergantung pada kondisi dan status gizi sebelum kehamilan. Pada ibu yang memiliki status gizi kurang, peningkatan berat badan pada trimester pertama umumnya ditargetkan sekitar 2,25 kg. Selanjutnya, berat badan diharapkan bertambah secara konsisten dengan minimal 450 gram setiap minggu. Dengan demikian, jumlah kenaikan berat badan yang dianjurkan sepanjang masa kehamilan berkisar antara 13–18 kg.

Berat badan ibu yang kurang maupun berlebih sama-sama menambah risiko obstetri. Kondisi *underweight* selama kehamilan berhubungan erat dengan hambatan pertumbuhan janin dan BBLR pada bayi baru lahir. Untuk menekan risiko tersebut, status gizi dinilai terus-menerus melalui pengukuran IMT dan LILA. Status gizi baik ditandai dengan IMT 18,5–24,9 kg/m² serta tidak adanya tanda Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada pemeriksaan LILA, yang penting bagi persalinan yang aman dan pertumbuhan janin yang optimal (Eriska, 2025).

Menurut kriteria WHO, status antropometri ibu hamil sebelum hamil dikelompokkan berdasarkan IMT menjadi normal 18,5–24,9 kg/m², kelebihan berat badan 25,0–29,9 kg/m², dan obesitas ≥30,0 kg/m². Penilaian IMT sebelum hamil ini menjadi dasar penetapan target kenaikan berat badan ibu sekaligus untuk memperkirakan kemungkinan penyulit kehamilan.

(Putra, 2026).

IMT	**Kategori**
< 18,5	Kurus
18,5–24,9	Normal
25,0–29,9	Overweight
≥ 30,0	Obesitas

Pada dasarnya tidak ada satu ukuran berat badan yang dianggap normal bagi semua ibu sebelum hamil, sebab status berat badan tidak hanya ditentukan oleh jumlah kilogram, tetapi juga oleh tinggi badan melalui perhitungan Indeks Massa Tubuh (IMT). Dengan demikian, berat badan yang sama dapat menghasilkan kategori IMT yang berbeda bila tinggi badan seseorang berbeda.

Sebagai perbandingan, ibu dengan berat badan 72 kg dan tinggi 157 cm tergolong *overweight* karena IMT-nya mencapai 29,2 kg/m². Sebaliknya, dengan berat badan yang sama, yaitu 72 kg, pada ibu bertinggi 170 cm diperoleh IMT sebesar 24,9 kg/m², yang masih termasuk kategori berat badan ideal (normal).

Salah satu langkah yang dapat dilakukan untuk menjaga pertambahan berat badan ibu selama masa kehamilan dapat dengan memenuhi kebutuhan nutrisi melalui konsumsi makanan bergizi seimbang. Ibu hamil dianjurkan makan beragam jenis makanan, terutama sayur, buah, serta sumber protein hewani maupun nabati. Sebaliknya, makanan dan minuman tinggi gula, lemak, dan kalori perlu dibatasi, misalnya makanan cepat saji, minuman manis dalam kemasan, makanan olahan, dan cokelat. Pengaturan asupan makanan pada ibu hamil tidak ditujukan untuk mengurangi berat badan, tetapi untuk memastikan pertambahan berat badan berlangsung secara optimal sesuai dengan kebutuhan nutrisi ibu serta menunjang pertumbuhan dan perkembangan janin (Yolanda, 2025).

Selain menjaga pola makan, aktivitas fisik ringan juga dapat membantu mengendalikan kenaikan berat badan selama kehamilan. Contohnya berjalan kaki, senam hamil, peregangan, dan yoga khusus ibu hamil. Aktivitas tersebut membantu menjaga metabolisme tubuh, melancarkan peredaran darah, mengurangi sejumlah keluhan kehamilan, serta mencegah kenaikan berat badan berlebihan. Penelitian Prihati (2025) menunjukkan bahwa aktivitas fisik yang rendah selama kehamilan berhubungan dengan kenaikan berat badan berlebih pada ibu hamil trimester III.

Berat badan juga perlu dipantau secara rutin pada setiap kunjungan antenatal. Pemantauan tersebut dilakukan untuk menilai kesesuaian pertambahan berat badan ibu dengan perkembangan usia gestasi serta kondisi gizi yang dimiliki sebelum kehamilan. Selain itu, edukasi tentang pola hidup sehat, pengaturan jumlah dan jenis makanan, serta aktivitas fisik yang aman selama kehamilan dapat menjadi bagian dari upaya

mencegah komplikasi. Kenaikan berat badan yang berlebihan selama kehamilan dapat berkaitan dengan beberapa kondisi, seperti hipertensi dalam kehamilan, diabetes gestasional, dan kemungkinan melahirkan bayi dengan berat badan lahir besar.

f. Kejang

Kejang pada ibu hamil perlu diwaspadai karena dapat menandakan keadaan serius selama kehamilan. Bila ibu hamil mengalami kejang, kondisi tersebut memerlukan penilaian dan penanganan segera oleh tenaga kesehatan. Kejang tidak boleh dianggap sebagai keluhan kehamilan yang wajar karena dapat berkaitan dengan komplikasi yang membutuhkan tindakan medis segera.

g. Pergerakan Janin Berkurang pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu

Setelah usia kehamilan lebih dari 12 minggu, janin terus berkembang dan gerakannya secara bertahap menjadi bagian dari pemantauan kondisi kehamilan. Bila ibu merasa janin yang sebelumnya bergerak menjadi berhenti bergerak, hal itu perlu diperhatikan. Tidak adanya gerakan janin dapat menjadi salah satu tanda bahaya yang memerlukan pemeriksaan lanjutan untuk mengetahui keadaan janin. Karena itu, ibu hamil perlu memperhatikan perubahan gerakan janin dan segera memeriksakan diri ke tenaga kesehatan bila gerakan berubah atau tidak terasa lagi.

4. Kebutuhan Fisik Ibu Hamil

a. Oksigen & Keluhan Pernapasan

Pada masa kehamilan, kebutuhan oksigen tubuh mengalami peningkatan hingga kurang lebih 20%. Kondisi tersebut menyebabkan ibu hamil melakukan inspirasi yang lebih dalam dibandingkan sebelum hamil. Selain itu, perubahan fisiologis selama kehamilan juga dapat menyebabkan bagian bawah rongga dada mengalami pelebaran ke arah lateral.

- **Sesak Napas Trimester III (Usia Kehamilan ≥ 32–33 Minggu):**

Seiring bertambahnya usia kehamilan, janin yang tumbuh membuat rahim makin besar dan mendorong usus serta diafragma ke atas. Ruang gerak diafragma yang terbatas ini menimbulkan keluhan sesak atau napas pendek, terutama saat tidur atau berbaring telentang. Kondisi ini merupakan adaptasi fisiologis yang wajar tanpa tanda gangguan pernapasan yang patologis (Dolok Saribu, 2025).

- **Dampak pada Kualitas Tidur:**

  Ketidaknyamanan fisik akibat perut yang membesar dan tekanan pada diafragma sering mengganggu istirahat. Penelitian menunjukkan bahwa perubahan anatomi dan fisiologi pada trimester akhir ini berperan nyata terhadap tingginya angka gangguan tidur pada ibu hamil (Putri, 2026; Lestari, 2025).

- **Pencegahan dan Penanganan:**
  - Tidur miring ke kiri untuk mengurangi tekanan rahim pada diafragma sekaligus melancarkan aliran darah.
  - Mengurangi posisi berbaring telentang dalam waktu lama.
  - Menggunakan bantal tambahan sebagai penyangga kepala dan punggung.
  - Melakukan aktivitas fisik ringan dan latihan pernapasan (*breathing exercise*) secara teratur.

b. Kebas dan Kesemutan pada Kaki

Memasuki usia kehamilan 33 minggu, gabungan pembesaran rahim dan penumpukan cairan tubuh ibu dapat menekan pembuluh darah dan saraf tepi secara mekanis di daerah panggul hingga tungkai bawah.

- **Faktor Risiko Tambahan:**

  Berat badan yang berlebihan dan kurang bergerak (misalnya terlalu lama duduk atau berdiri) dapat memperlambat aliran balik darah vena ke jantung. Keadaan ini menambah risiko kebas, kesemutan, kram, serta pembengkakan (*edema*) pada tungkai (Sumarto, 2026).

- **Pencegahan dan Penanganan:**
    - Berolahraga ringan secara teratur (seperti berjalan kaki atau senam hamil) dan meregangkan otot tungkai.
    - Sering mengubah posisi tubuh dan mengistirahatkan kaki dengan tidur miring ke kiri.
    - Menjaga pola makan bergizi seimbang dan mengendalikan kenaikan berat badan sesuai anjuran tenaga kesehatan.

c. Nutrisi

Ibu hamil membutuhkan tambahan asupan gizi untuk mendukung pertumbuhan janin, menjaga kesehatannya sendiri, dan menyiapkan persediaan ASI untuk masa menyusui.

- **Risiko Defisiensi Nutrisi:** Anemia, keguguran (*abortus*), persalinan prematur, kontraksi rahim yang lemah (*inersia uteri*), perdarahan setelah melahirkan, sampai infeksi nifas (*sepsis puerperalis*).
- **Komponen Komposisi Nutrisi:** Mencakup kebutuhan metabolisme basal, karbohidrat, protein, lemak, cairan yang cukup, serta mikronutrien penting seperti zat besi (Fe), kalsium (Ca), natrium (Na), dan vitamin.

d. Kebersihan Diri (*Personal Hygiene*)

Kebersihan diri harus dijaga secara rutin, terutama dengan mandi teratur serta merawat kesehatan gigi dan mulut.

e. Pakaian

Selama masa kehamilan, dianjurkan menggunakan busana yang berukuran cukup longgar, selalu dalam kondisi bersih, serta memiliki bahan yang mampu menyerap keringat. Pakaian yang digunakan sebaiknya juga tidak memberikan tekanan atau lilitan yang terlalu erat pada bagian abdomen. Dianjurkan pula memakai bra penyangga payudara yang sesuai dan mengganti pakaian dalam secara teratur.

f. Pola Eliminasi

1. Pola Defekasi (Buang Air Besar):

Untuk mencegah konstipasi, ibu hamil dianjurkan memperbanyak serat dengan rutin makan buah dan sayur agar gerakan usus tetap lancar dan teratur.

2. Higiene Perineal dan Vulva:

Setelah buang air kecil (BAK) maupun buang air besar (BAB), area genital harus dibersihkan dengan usapan dari depan ke belakang (anteroposterior) untuk mengurangi risiko perpindahan dan pencemaran bakteri gram negatif ke saluran kemih.

g. Hubungan Seksual

Aktivitas seksual relatif aman dilakukan selama masa kehamilan, **kecuali** terdapat kondisi medis khusus seperti:

1. Merasakan sakit karena adanya infeksi (seperti timbul rasa nyeri atau panas).
2. Riwayat keguguran berulang atau ancaman persalinan prematur.
3. Mengalami perdarahan pervaginam saat atau setelah koitus.
4. Terjadi ketuban pecah dini (pengeluaran cairan mendadak).

h. Mobilisasi & Mekanika Tubuh

Ibu hamil tetap boleh beraktivitas sehari-hari maupun bekerja (misalnya di kantor atau mengurus rumah tangga) selama bebannya ringan. Ibu harus menghindari paparan radiasi, mengangkat beban berat, dan aktivitas ekstrem yang dapat membahayakan ibu dan janin.

i. Istirahat & Tidur

Istirahat yang cukup sangat penting selama kehamilan. Selama kehamilan, kebutuhan istirahat perlu diperhatikan dengan mencukupi waktu tidur minimal 8 jam dan memberikan waktu untuk beristirahat pada siang hari sekitar 1 jam. Selain itu, ibu sangat dianjurkan menghindari lingkungan yang padat, bersuhu tinggi, dan minim sirkulasi udara. Langkah pencegahan ini penting untuk menghindari kekurangan pasokan oksigen (*hipoksia*) yang dapat memicu pingsan (*sinkop*).

j. Imunisasi

Pemberian vaksin Tetanus Toxoid (TT) bertujuan membentuk kekebalan pasif pada bayi baru lahir sebagai perlindungan awal terhadap *Tetanus Neonatorum*.

- **Waktu Pemberian:** Diberikan pada trimester I atau II (usia kehamilan 3–5 bulan) dengan jarak minimal 4 minggu antardosis.

- **Cara & Dosis:** Diberikan melalui suntikan intramuskular (IM). Imunisasi tambahan lainnya diberikan sesuai indikasi medis tertentu.

.

Tabel 2.2 Jadwal Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid

Antigen	Selang Waktu Pemberian Minimal	Lama Perlindungan	Dosis
TT1	Pada kunjungan antenatal pertama	-	0,5 cc
TT2	4 minggu setelah TT1	3 tahun	0,5 cc
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun	0,5 cc
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun	0,5 cc
TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun	0,5 cc

Sumber : (Dartiwen, 2019)

5. IMT

a. **Pengertian IMT**

Indeks Massa Tubuh (IMT) adalah alat ukur antropometri yang membandingkan BBn dengan TB untuk menilai status gizi seseorang. Metode ini dipakai sebagai indikator pengelompokan status gizi, mulai dari gizi kurang (*underweight*), normal, sampai obesitas. Dalam bidang obstetri, perhitungan IMT sebelum hamil berperan penting untuk mengenali potensi risiko klinis sekaligus menentukan batas anjuran kenaikan berat badan selama kehamilan.

$$IMT = \frac{BB\ (kg)}{TB^2\ (m^2)}$$

b. Kategori IMT

1) **< 18,5** → Kurus (underweight)
2) **18,5 – 24,9** → Normal
3) **25 – 29,9** → Overweight (gemuk)
4) **≥ 30** → Obesitas

c. Fungsi IMT dalam Kehamilan

1) Menentukan status gizi ibu
2) Menjadi dasar pemantauan kenaikan berat badan
3) Memprediksi risiko komplikasi kehamilan
4) Membantu tenaga kesehatan menentukan intervensi gizi

d. **Daampak IMT Tidak Normal**

a. IMT Rendah (Kurus)

1) Risiko bayi lahir dengan BBLR (Berat Badan Lahir Rendah)
2) Kekurangan nutrisi pada ibu dan janin
3) Risiko anemia meningkat

b. IMT Tinggi (Overweight/Obesitas)

1) Risiko diabetes gestasional
2) Hipertensi / preeklamsia
3) Persalinan sulit (bayi besar/makrosomia)
4) Risiko operasi caesar lebih tinggi

B. Konsep Kram pada Kaki Pada Ibu Hamil

1. Definisi Kram Tungkai Bawah (Leg Cramps)

Kram tungkai bawah (leg cramps) adalah kontraksi otot yang terjadi mendadak dan tidak disengaja pada otot betis (gastrocnemius) atau telapak kaki (plantar). Sebagai jaringan yang bertugas menggerakkan tubuh, otot dapat tiba-tiba

menegang dan menimbulkan nyeri hebat yang datang silih berganti. Keluhan ini cukup sering dialami ibu hamil, terutama pada trimester kedua hingga ketiga. Kram biasanya berlangsung 1–2 menit dan cenderung muncul pada malam hari (nocturnal cramps). Walaupun singkat, nyeri tajam di tungkai bawah sering memutus tidur dan dapat menyebabkan insomnia sekunder. Keadaan ini kerap bersamaan atau berkaitan dengan sindrom gangguan sensasi tungkai, yang ditandai dysesthesia, seperti rasa tersengat, terbakar, dan dorongan kuat untuk menggerakkan kaki saat beristirahat. Karena paling sering muncul pada malam hari, kram tungkai menjadi salah satu penyebab utama menurunnya kualitas tidur selama kehamilan. Klasifikasi Kram pada Kaki

Kram pada kaki dapat digolongkan ke dalam beberapa jenis, yaitu sebagai berikut

1. Cedera Otot Derajat I (*Mild Strain*)

Mild strain ditandai oleh robekan kecil (mikro-robekan) dan mikrotrauma pada serat otot atau ligamen akibat beban berlebih (*overuse*).

1) Gambaran Klinis: Pasien umumnya mengeluh nyeri setempat yang bertambah saat bergerak atau saat otot terkait diberi beban. Gejala ini sering disertai spasme setempat, pembengkakan (edema) ringan, dan gangguan kekuatan otot yang minimal.
2) Patofisiologi: Terjadi reaksi peradangan (*inflamasi*) terbatas pada kompartemen otot tanpa tanda perdarahan besar.
3) Penyulit & Rujukan Komplikasi: Risiko penyulit meliputi nyeri yang menjadi kronis, tendonitis, dan *periostitis*.
4) Intervensi Terapeutik: Pemulihan fase akut dilakukan dengan metode *Price/RICE* (rest, compression, elevation) serta latihan rehabilitasi terprogram untuk memulihkan fungsi otot dan tulang.

2. Derajat II (Moderate Strain)

Cedera Otot Derajat II (*Moderate Strain*)

Kerusakan sebagian pada struktur otot dan tendon (muskulotendinous) akibat penggunaan otot berlebihan atau tarikan yang ekstrem digolongkan sebagai *moderate strain*.

- **Gambaran Klinis:** Keadaan ini menimbulkan nyeri setempat yang makin kuat saat otot digerakkan atau ditekan. Pada inspeksi dan palpasi ditemukan spasme otot sedang, pembengkakan setempat, *tenderness* (nyeri tekan), serta penurunan kekuatan dan gangguan fungsi anggota gerak tingkat sedang.
- **Risiko Penyulit:** Komplikasi yang mungkin timbul antara lain cedera berulang (*re-injury*), kecenderungan tendonitis, dan reaksi periostitis.
- **Protokol Terapi:** Penanganan fase akut memerlukan imobilisasi setempat untuk membatasi gerakan, disertai perlindungan fisik berupa istirahat total, kompresi, dan elevasi pada area yang cedera.

3. Cedera Otot Derajat III (*Severe Strain / Ruptur*)

Beban atau regangan mendadak dengan intensitas tinggi dapat menyebabkan *severe strain*, yaitu putusnya otot dan tendon secara total yang mengancam kestabilan sendi.

- Gambaran Klinis: Pasien merasakan nyeri hebat, sendi tidak stabil, dan spasme tonik yang kuat. Ditemukan juga pembengkakan yang jelas, *tenderness* yang tajam, serta hilangnya fungsi otot secara total.
- Patofisiologi Jaringan: Terjadi robekan lengkap (*complete tear*) yang memisahkan serat otot dari jaringan tendon secara fisik.
- Risiko Komplikasi: Berpotensi menyebabkan ketidakstabilan sendi yang kronis dan gangguan fungsi jangka panjang.
- Protokol Terapi: Penanganan medis difokuskan pada imobilisasi setempat yang dikombinasikan dengan tindakan bedah rekonstruksi bila diindikasikan untuk memulihkan bentuk dan fungsi otot.

Kram otot disertai nyeri pada kaki dapat terjadi kapan saja selama kehamilan, tetapi cenderung lebih sering pada usia kehamilan tua. Keluhan ini paling mengganggu saat beristirahat pada malam hari, meskipun bisa juga muncul pada siang hari.

Penyebab pasti kram kaki belum sepenuhnya diketahui, tetapi beberapa faktor diduga kuat menjadi pemicunya:

- **Perubahan Sirkulasi dan Penekanan Saraf:** Rahim (*uterus*) yang membesar menekan pembuluh darah panggul dan saraf yang menuju tungkai bawah.
- **Gangguan Keseimbangan Mineral:** Kadar kalsium dan fosfor tidak seimbang, atau kadar kalsium dalam tubuh rendah.
- **Faktor Fisik dan Sistemik:** Kelelahan, paparan suhu dingin atau demam, serta ketegangan otot.
- **Pemicu Gerakan (Mekanik):** Meregangkan kaki dengan mendorong jari-jari ke depan (*ekstensi/plantar fleksi*) dapat mencetuskan kejang mendadak pada otot betis (*gastrocnemius*).

2. Patofisiologi (Mekanisme Terjadinya)

Kontraksi otot kaki yang tidak disengaja dipengaruhi oleh tekanan pada saraf akibat rahim yang membesar serta asupan kalsium yang kurang. Keadaan ini menyempitkan pembuluh kapiler di tungkai dan mengganggu perbandingan ideal antara kalsium dan fosfor (Tharpe, 2021).

Selama kehamilan, kalsium berperan penting dalam membentuk tulang janin sekaligus menjaga kepadatan tulang ibu. Dalam proses ini, fosfor membantu penyerapan kalsium serta mendukung metabolisme energi dan pertumbuhan sel.

Namun, ketika kadar fosfor dalam tubuh melebihi batas ideal:

1. Keseimbangan elektrolit terganggu sehingga penyerapan cairan dan kalsium oleh tubuh terhambat.
2. Akibatnya, ibu hamil mengalami kekurangan kalsium relatif yang mengganggu aliran darah ke tungkai bawah.
3. Aliran darah yang terbatas ini disertai pelepasan ion kalium (K^+) yang berlebihan dari sel otot.
4. Gabungan iskemia jaringan setempat dan gangguan elektrolit inilah yang akhirnya menimbulkan iritabilitas neuromuskular berupa kram kaki (Tharpe, 2021).

3. Penatalaksanaan (Upaya Penanganan)

Menurut panduan Varney (2007), beberapa tindakan nonfarmakologis serta upaya pendukung yang dapat diterapkan dalam membantu mengurangi keluhan kram kaki pada ibu hamil di trimester ketiga antara lain sebagai berikut:

1. **Penanganan Langsung saat Spasme:**

   Mengistirahatkan kaki dan memijat lembut otot betis yang tegang.

   Melakukan *dorsofleksi* pada telapak kaki (menarik jari dan telapak kaki ke arah tulang kering) untuk meregangkan otot betis.

2. **Elevasi Tungkai:**

   Meninggikan kaki secara berkala saat berbaring untuk melancarkan aliran balik darah vena.

3. **Pengaturan Pola Makan:**

Memperbanyak makanan yang kaya kalsium dan mineral penting lainnya seperti magnesium, kalium, dan seng (*zinc*).

4. **Terapi Suplementasi:**

Memberikan suplemen tambahan berupa kalsium, magnesium, dan kalium sesuai petunjuk tenaga kesehatan.

C. Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan

Data Subjektif

1. Usia kehamilan ibu saat ini memasuki trimester III

2. Ibu mengeluh sering nyeri pada punggung bawah, terutama bila berdiri terlalu lama atau setelah beraktivitas.

3. Ibu mengeluh sering buang air kecil pada malam hari karena kepala janin menekan kandung kemih

4. Ibu menyampaikan bahwa dirinya mengalami keluhan sesak napas ringan yang berkaitan dengan pembesaran uterus sehingga memberikan tekanan terhadap diafragma.

5. Ibu mengatakan mengalami kram kaki terutama pada malam hari. Ibu juga merasa cepat lelah dan sulit tidur karena posisi tidur kurang nyaman.

6. Ibu mengatakan bentuk perutnya tampak lebih turun karena kepala janin sudah turun.

7. Ibu mengeluh sesak napas karena perut semakin membesar.

8. Ibu merasa cemas menghadapi persalinan dan khawatir terhadap keadaan dirinya serta bayinya.

9. Ibu mengatakan nafsu makannya baik dan tetap mengonsumsi tablet tambah darah dari petugas kesehatan.

10. Ibu juga mengatakan ada pengeluaran kolostrum dari payudara dan payudara terasa lebih tegang sebagai persiapan menyusui.

11. Ibu mengatakan keputihan fisiologisnya semakin banyak, tetapi tidak berbau dan tidak gatal.

Data Objektif

Parameter Pemeriksaan Fisik Ibu Hamil Trimester III

1. Penimbangan BB dan TB: Pada trimester III, berat badan ibu naik sekitar 0,5 kg per minggu pada kehamilan tanpa komplikasi.

2. Laju Nadi: Frekuensi nadi normal sekitar 60–80 x/menit. Nadi yang mencapai atau melebihi 100 x/menit sering berkaitan dengan ibu yang tegang atau cemas.

3. Pola Pernapasan: Frekuensi pernapasan dilaporkan naik sekitar 10% karena penyesuaian kebutuhan oksigen.

4. Suhu Tubuh: Suhu basal tubuh naik dalam batas wajar sekitar 0,5 hingga 1°C.

5. Hemodinamika Tekanan Darah: Kenaikan tekanan sistolik 10–20 mmHg dan diastolik 5–10 mmHg masih termasuk respons adaptif trimester ketiga.

6. Skrining Gizi (LILA): Status gizi cukup (tanpa KEK) ditandai lingkar lengan atas minimal 23,5 cm.

7. IMT : Pada trimester III, berat badan ibu umumnya bertambah sekitar 0,3–0,5 kg per minggu.

8. Kondisi Payudara:

Turunnya kadar progesteron dan estrogen merangsang hormon prolaktin, sehingga kolostrum mulai dikeluarkan dari kelenjar mammae.

9. Asesmen Tinggi Fundus Uteri (TFU):

Pengukuran TFU merupakan alat penting untuk memantau pembesaran rahim seiring bertambahnya usia kehamilan.

10. Prosedur Penunjang Klinis:

Pemeriksaan laboratorium pada trimester akhir meliputi pemeriksaan darah dasar (kadar hemoglobin, golongan darah, dan Rhesus), gula darah sewaktu, serta *Triple Elimination* yang menyaring HIV, sifilis, dan hepatitis B.

Assesment

Berdasarkan nomenklatur kebidanan, yaitu

1. Anemia berat
2. Kehamilan Ganda
3. DJJ Tidak Normal
4. Kematian Janin
5. Gagal jatung
6. bayi besar
7. Penyakit malaria dan
9. Migrain
10. Pre-eklamsia Berat/Ringan
11. Hipertensi karena kehamilan

Penatalaksanaan

Protokol Tatalaksana Kehamilan Trimester III (Buku KIA, 2024)

Mengacu pada Buku KIA (2024), standar penatalaksanaan kehamilan yang wajib dilakukan meliputi:

1. **Kunjungan Antenatal Care (ANC) Terpadu:**

Ibu hamil wajib memeriksakan kehamilan minimal tiga kali pada fase ini, dengan sekurang-kurangnya satu kali pemeriksaan menyeluruh oleh dokter yang meliputi ultrasonografi (USG) dan pemeriksaan laboratorium penunjang.

2. **Manajemen Pola Nutrisi Maternal:**

Makan dengan frekuensi lebih sering tetapi porsi lebih kecil, yaitu tiga kali makan utama diselingi 1–2 kali camilan bergizi setiap hari (sesuai prinsip gizi trimester II).

3. **Suplementasi Mikronutrien:**

Rutin mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) atau multivitamin setiap hari selama kehamilan untuk mencegah anemia.

4. **Deteksi Dini dan Kewaspadaan Sinyal Bahaya:**

Ibu diberikan edukasi untuk mampu mengenali serta melakukan pemantauan terhadap tanda-tanda bahaya selama kehamilan. Apabila ditemukan keluhan atau kondisi yang tidak normal maupun tanda kegawatdaruratan, ibu dianjurkan segera mendapatkan pemeriksaan dan pertolongan di fasilitas pelayanan kesehatan..

5. **Edukasi Kesiapan Partus dan Tanda Bahaya Persalinan:**

Meningkatkan pemahaman tentang tanda awal dimulainya persalinan serta tanda bahaya penyulit saat persalinan.

6. **Pemahaman Orientasi Mekanisme Persalinan:**

Mempelajari alur dan tahapan persalinan fisiologis.

7. **Konseling Keluarga Berencana (KB) Pascapersalinan:**

Berdiskusi dengan tenaga kesehatan untuk memilih metode kontrasepsi yang tepat setelah persalinan (*KB Pasca-Persalinan*).

8. **Promosi Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan Laktasi:**

Mendapat edukasi tentang pentingnya Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif bagi bayi.

9. **Penguasaan Asuhan Keperawatan Neonatal:**

Menambah pengetahuan tentang perawatan dasar bagi bayi baru lahir (*neonatal care*).

2. Persalinan

a. Pengertian

Persalinan adalah tahapan fisiologis saat bayi, ari-ari, dan ketuban dikeluarkan dari uterus lewat jalan lahir atau prosedur medis, baik dengan bantuan tenaga medis maupun dorongan tenaga ibu sendiri. Secara medis, persalinan disebut normal bila berlangsung tanpa komplikasi pada kehamilan cukup bulan, yaitu setelah lewat 37 minggu (Ulya, 2022).

b. Hal-hal yang mempengaruhi persalinan

1. Passage (jalan lahir)

Konseptualisasi *Passage* dalam Persalinan

Keberhasilan proses keluarnya janin sangat dipengaruhi oleh kondisi *passage* atau jalan lahir. Menurut Y. Fitriana dan Nurwiandani (2022), anatomi jalan lahir dibagi menjadi dua bagian utama:

1. **Komponen Tulang (*Rigid Component*):** Kerangka dan struktur keras yang membentuk panggul ibu.

2. **Komponen Lunak (*Flexible Component*):** Gabungan otot, jaringan ikat, dan ligamen di serviks, vagina, dan perineum.

2. Power (His dan Mengejan)

Pengeluaran janin selama persalinan sangat bergantung pada tenaga pendorong (*power*) dari ibu. Tenaga ini berasal dari kerja sama antara His (kontraksi rahim yang berirama), tekanan dari kontraksi otot perut dan diafragma saat mengejan, serta tarikan (*refleks traksi*) dari ligamen panggul. (Kunang & Sulistianingsih, 2023).

3. *Passenger* (Janin dan Organ Pendukung)

Passenger utama yang melewati jalan lahir adalah janin, dengan kepala sebagai bagian berdiameter terbesar dibandingkan bahu dan mencakup 25% dari panjang tubuh janin. Dalam persalinan fisiologis, sekitar 96% ditandai presentasi kepala (*presentasi belakang kepala*). *Passenger* terdiri atas janin, plasenta, dan selaput ketuban (Nardina et al., 2023).

4. Faktor Psikologis (*Psychology*)

Kesiapan mental dan respons emosi ibu meliputi penerimaan terhadap edukasi antenatal (seperti arahan dan persiapan mental menghadapi persalinan), kemauan bekerja sama dengan tenaga kesehatan, serta kemampuan menyesuaikan diri terhadap persepsi nyeri persalinan (*nociception*) (Nardina et al., 2023).

5. Faktor Penolong (*Provider / Attendant*)

Peran penolong persalinan adalah mencegah, mendeteksi dini, dan menangani komplikasi pada ibu dan bayi. Kelancaran hasil persalinan sangat bergantung pada kemampuan klinis (*clinical skill*) dan kesiapsiagaan penolong dalam mengelola jalannya persalinan (Nardina et al., 2023).

c. Tanda-tanda Persalinan

Fase Pendahuluan Persalinan (*Preparatory Stage of Labor*)

Beberapa minggu sebelum persalinan dimulai, wanita hamil memasuki tahap persiapan (*preparatory stage*) yang ditandai oleh sejumlah gejala fisiologis khas, antara lain:

1. ***Lightening* (*Settling / Dropping*):** Turunnya bagian terbawah janin (kepala) ke dalam Pintu Atas Panggul (PAP). Gejala ini tampak jelas pada primigravida, tetapi kurang terlihat pada multigravida.
2. **Perubahan Konfigurasi Abdomen:** Bentuk perut tampak mengendur atau melebar seiring turunnya posisi fundus uteri.
3. **Polakisuria (Peningkatan Frekuensi Berkemih):** Kandung kemih terangsang atau tertekan oleh bagian terbawah janin sehingga ibu sering berkemih.
4. **His Palsu (*False Labor Pain*):** Rasa tidak nyaman berupa nyeri tumpul di perut bawah dan pinggang akibat kontraksi otot rahim yang masih lemah dan tidak teratur.
5. **Pematangan Serviks dan *Bloody Show*:** Serviks melunak (*softening*), menipis (*effacement*), dan mengeluarkan lebih banyak lendir yang sering bercampur sedikit darah (*bloody show*). Persalinan sejati ditandai secara klinis oleh kontraksi rahim yang adekuat sehingga serviks membuka (*dilatasi*) dan menipis, hingga akhirnya plasenta lahir lengkap.

   Bila kontraksi belum mengubah serviks, keadaan tersebut belum disebut inpartu.

d. Tanda dan gejala persalinan:

Tanda dan Gejala Inisiasi Persalinan (*Inpartu*)

Tanda klinis dimulainya persalinan ditunjukkan oleh beberapa indikator berikut:

1. **Dinamika Kontraksi Uterus (His Adekuat):**

Aktivitas otot rahim makin sering, lama, dan kuat, serta teratur dengan jarak antarkontraksi yang makin pendek. His yang menyebabkan pembukaan serviks berlanjut ditandai frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit.

2. **Pengeluaran Lendir Darah (*Bloody Show*):**

Terlepasnya sumbat lendir serviks (*cervical mucus plug*) yang keluar dari vagina berupa lendir bercampur bercak darah.

3. **Temuan Pemeriksaan Dalam (*Vaginal Toucher / VT*):**

Pemeriksaan digital pada serviks menunjukkan:

Serviks melunak (*cervical softening/ripener*), Serviks menipis (*effacement*) dan kanalis servikalis membuka (*dilatasi*), Penilaian keutuhan selaput ketuban (dapat masih utuh atau sudah pecah).

e. Tahapan dan Mekanisme Persalinan Normal

Persalinan dibagi menjadi 4 kala, yaitu:

a. Kala I

1. Fase Laten

a. Pembukaan 0- 4 cm.

b. Kontraksi ringan,durasi 20-30 detik.

c. Primi : berlangsung 8-12 jam, kontraksi ±3–4x dalam 10 menit

d. Para/Multi: berlangsung 6–8 jam, kontraksi ±3–4x dalam 10 menit. Fase ini pada primi lebih lama daripada para. Jumlah kontraksi per 10 menit sama, tetapi primi membutuhkan waktu lebih lama hingga pembukaan lengkap

2. Fase Aktif

a. Pembukaan 4 → 10 cm

b. Kontraksi kuat, durasi 45–60 detik

c. Primi: berlangsung ±6 jam, kontraksi ±4–5x dalam 10 menit

d. Para/Multi: berlangsung ±4 jam, kontraksi ±4–5x dalam 10 meni

Berlangsung selama 6 jam dan fase aktif terbagi menjadi 3 tahap, yaitu;

• Fase Akselarasi / Fase percepatan (berlangsung dalam 2 jam, dari pembukaan 3 cm ke 4 cm),

• Fase Dilatasi Maksimal (dalam 2 jam pembukaan berlangsung cepat dari 4 sampai 9 cm) dan ,

• Fase Deselerasi (pembukaan menjadi sangat lambat dalam 2 jam, dari 9 cm hingga lengkap 10 cm)

Pedoman untuk menilai kemajuan kala I adalah pembukaan 1 cm per jam pada primi dan 2 cm per jam pada multi. Lama kala I pada primi 12 jam dan pada multi 8 jam. Tanda-tanda yang muncul pada kala I persalinan meliputi :

1) His semakin sering dan teratur, yang menandakan jalan lahir mulai terbuka.

2) Mulut rahim menipis dan melunak sebelum akhirnya meregang dan terbuka.

3) Keluar lendir bercampur darah.

4) Ketika mulut rahim mulai membuka, biasanya disertai keluarnya cairan ketuban yang jernih, tidak berbau, dan menetes tanpa dapat ditahan.

5) Gerakan bayi lebih jarang terlihat karena bayi sudah menetap di jalan lahir (Ulya, 2022).

Tanda dan gejala

1. Nyeri atau kontraksi teratur
2. adanya keluar lendir bercampur darah
3. Keluarnya air ketuban atau belum
4. Pembukaan serviks
5. Nyeri pinggang menjalar
6. Penurunan kepala janin
7. Serviks mendatar dan sudah mulai membuka
8. Kepala sudah enggement

A. Manajemen Asuhan Kebidanan

Data Subjektif Kala 1

a. Kontraksi tidak teratur
b. Nyeri hilang timbul
c. Belum ada pembukaan
d. Ketuban belum pecah/belum

<u>Data Objektif Pada Inpartu Kala I</u>

a. Kontraksi rahim berlangsung terus-menerus dan teratur, dengan frekuensi minimal 4 gelombang his setiap 10 menit.
b. Djj sedikit meningkat (tetap dalam batas normal)
c. Pembukaan serviks sudah ada 4-9 cm
d. TFU
e. Vital sign
f. Suhu naik
g. Tensi naik
h. Pernafasan lebih cepat
i. Fundus kontraksinya pembukaan

1. Asesment / Diagnosis Kebidanan (Nomenklatur Standar)

G, P, A, Usia Gestasi [XX] minggu, Inpartu Kala I [Fase Aktif/Laten] Fisiologis dengan Sensasi Nyeri Persalinan.

Keadaan dan Kondisi Ibu: Keadaan umum ibu stabil dan masih dalam batas fisiologis.

Dinamika Uterus & Serviks: Kontraksi rahim (His) tergolong adekuat, disertai pembukaan serviks yang bertambah secara bertahap.

Kesejahteraan dan Status Janin: Janin tunggal, hidup, dalam rahim (intrauterin) dengan presentasi belakang kepala. Denyut Jantung Janin (DJJ) terdengar normal (120–160 kali/menit) sehingga janin dinyatakan sejahtera.

Progresivitas Partus: Kemajuan persalinan mengikuti kurva fisiologis tanpa hambatan atau penyulit.

Perencanaan

1. Mengkaji kontraksi rahim (frekuensi, durasi, dan intensitas) dengan partograf serta ketidaknyamanan ibu.

2. Memfasilitasi hal-hal yang dapat mengurangi nyeri, seperti relaksasi, pijatan (massage), pengaturan napas, dan posisi sesuai keinginan ibu

3. Mencegah ibu mengalami dehidrasi

4. Menganjurkan keluarga mendampingi dan memberi semangat kepada ibu selama persalinan

5. Menggali lokasi, sifat, durasi, frekuensi, dan intensitas nyeri

6. Mengajarkan ibu dan keluarga cara mengatasi nyeri tanpa obat, yaitu hipnoterapi, abdominalizing conterurpreuse, dan relaksasi napas dalam.

7. Menciptakan lingkungan yang nyaman, tenang, bersih, dan menjaga privasi ibu selama persalinan.

Defenisi Kala II

Kala II atau tahap pengeluaran janin dimulai saat pembukaan rahim telah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Ciri khas fase ini adalah adanya dorongan meneran dari ibu serta tekanan di sekitar anus. Durasi waktunya berbeda-beda, yakni sekitar 1–2 jam untuk ibu hamil anak pertama (primigravida) dan 30 menit hingga 1 jam bagi ibu yang pernah melahirkan sebelumnya (multigravida).

Data Subjektif (Kala II Persalinan)

- **Anamnesis & Keluhan Ibu:**

1. Muncul dorongan meneran yang kuat dan tidak dapat ditahan setiap kali datang gelombang kontraksi.
2. Rasa desakan yang makin kuat pada perineum, rektum, dan vagina.
3. Ibu memahami bahwa kerja sama antara His yang adekuat dan tenaga mengejan ibu mendorong janin keluar hingga lahir.
4. Lama fase pengeluaran ini secara fisiologis sekitar 1–2 jam pada primigravida dan 30–60 menit pada multigravida.

Data Objektif (Kala II Persalinan)

- **Aktivitas Uterus & Tanda Pasti Kala II:**

1. His adekuat dengan durasi ≥40 detik pada setiap gelombang kontraksi.
2. Pemeriksaan dalam (*Vaginal Toucher / VT*) memastikan pembukaan serviks telah lengkap (10 cm).
3. Ditemukan tanda khas kala pengeluaran (gejala dor-teknus-per-vol-nus): dorongan meneran yang kuat, penonjolan perineum (*perineum menonjol*),

terbukanya vulva dan sfingter ani (*vulva-anus membuka*), serta bertambahnya lendir bercampur darah (*bloody show*).

- **Status Hemodinamika Maternal:**

1. Tekanan darah mengalami respons fisiologis berupa kenaikan sistolik 10–20 mmHg dan diastolik 5–10 mmHg akibat tenaga besar yang dikeluarkan saat meneran.
2. Pengamatan **tanda kelelahan (*letargi*) atau keletihan fisiologis pada ibu.**

Assasment/Diagnosis Nomenklatur

a. Persalinan normal kala II fisiologis
b. Dorongan meneran kuat (doran)
c. Pembukaan serviks lengkap (10 cm)
d. Kontraksi uterus adekuat
e. Penurunan kepala janin baik
f. Perineum menonjol dan vulva membuka
g. Denyut Jantung Janin batas normal
h. Janin tunggal hidup intrauterin
i. Presentasi belakang kepala
j. KU ibu baik Keadaan janin baik
k. Proses pengeluaran janin berlangsung normal

Penanganan Kala II

1. Memantau ibu pada setiap kontraksi selama kala II

2. Memberi dukungan dan informasi seputar persalinan

3. Memeriksa apakah kandung kemih ibu penuh

4. Mendukung ibu memilih posisi bersalin yang diinginkan

5. Membantu ibu melahirkan

6. Berkolaborasi dengan tenaga lain bila terjadi keadaan darurat atau

kondisi yang memerlukan penanganan secara kolaboratif

Posisi Ibu Saat Bersalin

Posisi meneran adalah posisi yang dipilih ibu selama kala II untuk membantu bayi lahir dengan lebih nyaman, efektif, dan lancar. Ibu dapat memilih posisi yang paling nyaman baginya.

Saat kala II, ibu dianjurkan mencari posisi yang nyaman karena hal itu memudahkan bidan menolong persalinan dan melahirkan bayi.

Tujuan Posisi Meneran

1. Memberi kenyamanan bagi ibu saat bersalin
2. Memudahkan proses lahirnya bayi
3. Mempercepat kemajuan persalinan
4. Mengurangi rasa nyeri dan kelelahan.

Klasifikasi Pilihan Posisi saat Meneran

- Posisi *Semi-Sitting* (Setengah Duduk): Membantu turunnya kepala janin dengan bantuan gravitasi, memberi kenyamanan maksimal saat istirahat antarkontraksi, dan mengoptimalkan oksigen bagi janin. Namun, posisi ini dapat menimbulkan pegal punggung bila persalinan berlangsung lama.
- Posisi *Squatting* (Jongkok): Melebarkan rongga panggul secara mekanis, memperkuat dorongan meneran, dan mempercepat kala II. Di sisi lain, regangan jalan lahir yang lebih besar meningkatkan kemungkinan robekan perineum.

- Posisi Merangkak: Alternatif terbaik untuk mengurangi nyeri pinggang, membantu rotasi janin, dan membuat regangan perineum lebih ringan.
- Posisi Miring Kiri (*Left Lateral*): Menghilangkan risiko tertekannya vena cava inferior, menjaga aliran oksigen janin tetap cukup, memberi ibu ruang istirahat yang nyaman, dan mengurangi risiko robekan jalan lahir.
- Posisi Terlentang (*Supine*): Secara klinis tidak dianjurkan karena dapat memperlambat persalinan, menghambat aliran darah rahim–plasenta akibat penekanan pembuluh darah, serta meningkatkan risiko nyeri punggung dan robekan jalan lahir.

  Teknik dan Panduan Meneran yang Efektif

  1. Membaringkan ibu miring (lateral) atau setengah duduk (semi-Fowler).
  2. Menarik kedua lutut ke arah dada dan menempelkan dagu rapat ke dada ibu.
  3. Mengarahkan ibu agar bokong tetap menempel pada alas (tidak diangkat) untuk mencegah robekan perineum yang lebih parah.
  4. Tidak mendorong atau menekan fundus uteri (kristeller maneuver) untuk membantu janin keluar.
  5. Menjaga kondisi psikologis ibu tetap tenang dan rileks; bidan tidak boleh memaksakan satu posisi tertentu, tetapi membantu ibu memilih sendiri posisi meneran yang paling nyaman sambil menjelaskan seberapa efektif tiap posisi.
  6. Fasilitas/Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

a. Kebutuhan Fisik

1. Makan dan minuman

Pemberian makanan dan minuman pada ibu inpartu pada dasarnya disesuaikan dengan toleransi tubuh ibu. Pada fase awal, ibu biasanya masih ingin makan makanan padat, tetapi memasuki fase aktif keinginannya umumnya beralih ke kebutuhan cairan.

Karena aturan pemenuhan nutrisi di fasilitas kesehatan (rumah sakit) dan di rumah ibu berbeda, sikap yang paling bijak bagi bidan adalah bersikap fleksibel sesuai kondisi objektif pasien. Penatalaksanaan difokuskan pada pertimbangan asupan (*intake*) cairan dan nutrisi yang terukur, dengan jenis dan jumlah yang disesuaikan secara wajar dengan kemampuan dan kebutuhan ibu.

2. Posisi

Pemilihan dan penyesuaian posisi tubuh yang mendukung kenyamanan ibu selama proses persalinan merupakan bagian penting dalam asuhan. Posisi tubuh yang tepat dapat membantu ibu merasa lebih rileks sehingga ketegangan otot, kecemasan, dan rasa nyeri selama persalinan dapat berkurang. Selain itu, perubahan posisi tertentu juga dapat memberikan keuntungan mekanis dalam mendukung penurunan serta masuknya bagian terendah janin ke dalam rongga panggul atau proses *engagement*. Hal ini dapat mempercepat persalinan, selama tidak ada kontraindikasi medis pada ibu maupun janin. Pilihan posisi yang dapat dipakai meliputi miring (*lateral*), lutut-dada (*knee-chest*), merangkak (*hands-and-knees*), duduk, berdiri, berjalan, hingga jongkok (*squatting*).

3. Eliminasi

a. Buang air kecil (BAK)

Selama persalinan, ibu secara fisiologis akan lebih banyak mengeluarkan urine (*poliuria*), sehingga membantu ibu memenuhi kebutuhan eliminasi menjadi prioritas asuhan. Bila ibu masih berada pada awal Kala I, berjalan sendiri ke toilet memberi manfaat mekanis. Gerakan ini memanfaatkan gaya gravitasi sehingga sangat membantu turunnya bagian terbawah janin ke panggul dan langsung menambah kemajuan persalinan.

b. Buang air besar (BAB)

Dorongan untuk buang air besar (BAB) sering menimbulkan ketidaknyamanan fisik yang cukup besar pada ibu inpartu. Meski begitu, rasa cemas dan takut biasanya lebih dominan daripada ketidaknyamanannya sendiri, karena ibu kurang tahu teknik yang tepat dan khawatir dengan pandangan orang sekitar. Dalam hal ini, keluarga dan penolong persalinan (bidan) sangat berperan menunjukkan sikap menerima, siap membantu, dan meyakinkan ibu agar tidak merasa malu. Bila dukungan emosional ini tidak diberikan, rasa percaya diri ibu dapat menurun dan muncul ketidakpercayaan (*distrust*) terhadap tenaga kesehatan, yang pada akhirnya dapat melemahkan semangat dan ketahanan ibu menyelesaikan persalinan.

3. Personal Hygiene

Ibu memandang pemenuhan kebersihan diri (*personal hygiene*) selama persalinan secara berbeda-beda. Ibu primipara sering mengabaikan kebersihan tubuh karena perhatiannya tersita oleh nyeri kontraksi (His). Sebaliknya, sebagian ibu lain sangat terganggu oleh keringat berlebih (diaphoresis) dan tubuh yang tidak bersih. Terlepas dari prioritas pasien, penolong persalinan (bidan) dan pendamping wajib terus membantu menjaga kebersihan tubuh ibu. Selain memberi rasa segar dan nyaman, perhatian tenaga kesehatan terhadap kebersihan pasien terbukti menumbuhkan perasaan positif dan dihargai pada diri ibu

3. Istirahat

Istirahat sangat penting bagi ibu inpartu untuk mencapai relaksasi fisik dan psikologis, terutama pada tahap awal persalinan yang cenderung lebih lama pada primipara. Bila nyeri kontraksi (His) menghalangi ibu tidur nyenyak, intervensi minimal yang dianjurkan adalah membaringkan ibu miring ke kiri (*left lateral*

position). Posisi ini, bila dijaga beberapa saat, efektif menjaga kenyamanan dan melancarkan aliran darah rahim–plasenta selama ibu memulihkan tenaga.

4. Kehadiran pendamping

Pasien yang akan bersalin membutuhkan kehadiran orang yang penting dan dipercayainya, biasanya orang terdekat seperti suami atau keluarga. Karena itu keluarga perlu diberi edukasi tentang pentingnya memberi motivasi dan afirmasi positif kepada ibu, sebab hal itu dapat mengurangi nyeri persalinan.

5. Bebas dari nyeri

Hal mendasar yang perlu disampaikan kepada ibu inpartu adalah bahwa nyeri merupakan bagian fisiologis dari kemajuan persalinan. Rasa sakit ini timbul dari kontraksi rahim (His) yang menjadi penggerak utama pembukaan serviks dan turunnya janin. Untuk meredakannya, dapat dipakai beberapa metode penanganan nyeri tanpa obat (*non-pharmacological pain managment*), seperti hidroterapi berupa berendam atau mandi air hangat, berjalan ringan di ruang bersalin, dan teknik relaksasi lainnya.

c. Dimensi Kebutuhan Psikologis Maternal

Pemenuhan kebutuhan psikologis merujuk pada prinsip dasar kesejahteraan emosional yang mencakup beberapa tingkatan:

1. Kebutuhan Keselamatan dan Rasa Aman (*Safety Needs*):

Rasa aman pada ibu selama persalinan dapat dibangun melalui penciptaan suasana psikologis yang kondusif, dengan meminimalkan berbagai stimulus yang mengganggu serta menghindarkan ibu dari ancaman fisik dan emosional maupun faktor eksternal yang dapat mengganggu ketenangan selama proses persalinan.

2. Kebutuhan Kasih Sayang dan Afiliasi Sosial (*Love and Belonging Needs*):

Kebutuhan dasar untuk merasa diterima, disayangi, dan memiliki serta dimiliki dalam hubungan sosial maupun hubungan terapeutik dengan pendamping persalinan.

3. Kebutuhan Penghargaan Diri (*Self-Esteem Needs*):

Kebutuhan mendasar untuk diakui keberadaannya secara bermartabat. Aspek ini menekankan pentingnya menghormati hak asasi, privasi, dan martabat pasien agar tidak diperlakukan dengan cara yang merendahkan harga diri selama asuhan.

3. Fase Pengeluaran Plasenta (Kala III Persalinan)

3. Kala III

Kala III dimulai segera setelah janin lahir dan berakhir dengan lepas serta keluarnya plasenta beserta selaput ketuban secara utuh. Secara fisiologis, fase ini berlangsung 5 hingga 30 menit saat bayi lahir dan juga sampai plasenta lahir lengkap**.**

Karakteristik Tanda Pelepasan Plasenta (Kala III)

1. Perubahan Morfologi Uterus: Bentuk rahim berubah dari diskoid menjadi globuler (bulat) dengan konsistensi keras (*kontraksi miometrium*).
2. Pergeseran Posisi Fundus: Fundus uteri naik atau bergeser ke arah atas rongga perut.
3. Pemanjangan Tali Pusat: Tampak tali pusat bertambah panjang di luar introitus vagina (*pemanjangan intrinsik*).
4. Semburan Darah Tiba-tiba (*Sudden Sanguineous Flushes*): Keluar darah dari vagina secara mendadak dan singkat.
5. Separasi Plasenta: Plasenta terlepas dari dinding endometrium/rahim secara utuh.

Data Subjektif (Kala III Persalinan)

- Keluhan & Respons Fisik Maternal:

a. Ibu masih merasakan mulas di perut bagian bawah akibat kontraksi otot rahim setelah melahirkan.

b. Ibu merasa sangat lelah sekaligus lega karena bayinya lahir dengan selamat.

- Temporalitas & Mekanisme Fisiologis:

a. Pengeluaran plasenta diperkirakan berlangsung tidak lebih dari 30 menit setelah kala II.

b. Terjadi jeda kontraksi rahim (*relaksasi singkat*) selama 5–10 menit; retraksi miometrium berikutnya membuat plasenta terlepas dari lapisan Nitabuch (*Nitabuch's layer*).

Data Objektif (Kala III Persalinan)

- Indikator Pelepasan Plasenta (*Signs of Separation*):

a. Tampak darah keluar dari introitus vagina secara spontan dan mendadak (*sudden flush*).

b. Tali pusat tampak memanjang (*tali pusat menjulur*) di introitus vagina.

c. Bentuk rahim berubah dari pipih (*discoid*) menjadi bulat (*globular*) ketika otot rahim berkontraksi dengan sendirinya.

d. Posisi rahim bergeser atau berubah (fundus uteri naik).

Assesment / Diagnosis Nomenklatur

a. Kala uri fisiologis dengan pelepasan dan pengeluaran plasenta lengkap
b. Uterus berkontraksi baik, uterus teraba keras dan bundar
c. Tali pusat memanjang disertai semburan darah sebagai tanda pelepasan plasenta
d. Tanda-tanda vital dalam batas normal
e. Kesadaran compos mentis
f. Proses involusi awal uterus berlangsung baik

Penanganan Kala III

1. Melakukan manajemen aktif kala III

2. Memastikan tidak ada janin kedua.

3. Memantau kontraksi uterus agar tetap baik.

4. Mengobservasi jumlah perdarahan postpartum.

5. Memantau tanda-tanda vital ibu.

6. Memastikan kandung kemih ibu tidak penuh.

7. Menjaga kebersihan dan kenyamanan ibu setelah persalinan.

8. Mendokumentasikan seluruh tindakan dan kondisi ibu.

4. Kala IV Persalinan (Observasi Pascapersalinan)

Pengawasan Kala IV dilakukan dengan pemantauan setiap 15 menit pada 1 jam pertama setelah persalinan dan setiap 30 menit pada 1 jam kedua, dan seluruh hasilnya dicatat secara sistematis pada lembar partograf.

Data Subjektif (Kala IV Persalinan)

1. Keluhan Fisik & Psikologis Maternal:

a. Ibu mengaku lelah, agak lemas, dan tidak nyaman setelah melahirkan.

b. Ibu mengatakan darah yang keluar dari vagina cukup banyak, kira-kira seperti pada hari pertama menstruasi.

c. Ibu melaporkan plasenta (*ari-ari*) telah lahir lengkap.

d. Ibu tampak bahagia dan lega karena bayinya lahir dengan selamat.

Data Objektif (Kala IV Persalinan)

Status Klinis & Pemantauan Organ Reprodusi:

a. Plasenta terbukti telah lahir dengan utuh/lengkap.

b. Keadaan umum ibu baik dengan TTV dalam batas fisiologis.

c. Hasil pemeriksaan menunjukkan kontraksi rahim keras dan adekuat.

d. Rahim mulai mengecil (involusi) dan teraba di garis tengah perut, dengan Tinggi Fundus Uteri (TFU)

e. Pemeriksaan menyeluruh pada serviks, vagina, dan perineum untuk mengetahui ada tidaknya robekan jalan lahir dan derajatnya selama jam pertama setelah persalinan.

Assesment / Diagnosis Nomenklatur

a. Masa observasi postpartum dini selama 2 jam setelah plasenta lahir
b. Keadaan umum ibu baik dan kesadaran compos mentis
c. Tanda-tanda vital dalam batas normal
d. Kontraksi uterus baik dan fundus uteri teraba keras
e. Perdarahan pervaginam dalam batas normal
f. Kandung kemih tidak penuh
g. Tidak terdapat laserasi aktif, atonia uteri, perdarahan postpartum, maupun tanda-tanda syok
h. Involusi uterus dini baik
i. Keadaan ibu stabil mampu beradaptasi setelah persalinan
j. Dilakukan pemantauan kontraksi uterus, perdarahan, TFU, tanda-tanda vital secara berkala.

Perencanaan Asuhan Kebidanan Kala IV (Observasi Pascapersalinan)

1. Mengevaluasi keadaan umum dan tingkat kesadaran ibu secara terus-menerus.
2. Memeriksa TTV, yaitu tekanan darah, nadi, pernapasan, dan suhu tubuh, setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan.

3. Menilai tonus kontraksi rahim dan mengukur Tinggi Fundus Uteri (TFU) untuk memastikan rahim berkontraksi keras dan adekuat.
4. Memantau jumlah dan sifat perdarahan dari vagina dengan cermat untuk mendeteksi dini komplikasi perdarahan pascapersalinan (*postpartum hemorrhage*).
5. Memeriksa apakah kandung kemih penuh dan membantu atau menganjurkan ibu berkemih secara teratur bila kandung kemih teraba penuh.
6. Melakukan stimulasi/masase secara terperinci setiap 1 jam sesuai protokol observasi pascapersalinan.
7. Melakukan masase fundus uteri (*fundal massage*) apabila tonus atau kontraksi rahim lemah.
8. Memeriksa keutuhan jalan lahir untuk menilai adanya robekan dan memastikan tidak ada perdarahan aktif dari luka perineum, vagina, atau serviks.
9. Menjaga *personal hygiene* serta membantu ibu merasa nyaman setelah melahirkan.
10. Memfasilitasi Inisiasi Menyusu Dini (IMD) serta mendorong kontak kulit ke kulit (*skin-to-skin contact*) antara ibu dan bayi.
11. Memberikan pendampingan psikologis, penguatan emosi, dan edukasi (*KIE*) kepada ibu dan keluarga tentang tanda bahaya masa nifas.
12. Mencatat seluruh hasil observasi, tindakan, dan respons klinis ibu secara rinci dan dapat dipertanggungjawabkan pada lembar dokumentasi/partograf.

C. Nifas

1. Pengertian

Masa nifas atau *puerperium* merupakan periode pemulihan yang dimulai setelah berakhirnya proses persalinan, yaitu setelah bayi dan plasenta lahir. Periode ini umumnya berlangsung selama kurang lebih 6 minggu atau 42 hari. Dalam masa

tersebut, ibu mengalami berbagai perubahan dan dapat menghadapi permasalahan baik secara fisik maupun psikologis, sehingga diperlukan pemberian asuhan kebidanan secara komprehensif dan berkesinambungan (Nurseha, 2024).

Tahapan Periode Nifas

1. ***Immediate Postpartum*:**

Fase ini dihitung sejak plasenta lahir lengkap sampai 24 jam pertama setelah persalinan. Tahap awal ini tergolong masa kritis karena tingginya kejadian perdarahan pascapersalinan (*postpartum hemorrhage*) yang terutama disebabkan oleh lemahnya tonus otot rahim (*atonia uteri*).

2. Periode *Early Postpartum* (24 jam hingga 1minggu) :

Pada masa ini, pelayanan kebidanan diarahkan pada pemantauan proses involusi uteri agar berlangsung secara fisiologis, memastikan tidak terjadi perdarahan yang abnormal, serta mengobservasi karakteristik lokia agar tidak menunjukkan bau yang tidak normal. Selain itu, kondisi ibu perlu dipantau untuk mendeteksi adanya tanda-tanda infeksi, termasuk peningkatan suhu tubuh atau demam (febris).Selain itu, bidan memastikan ibu cukup cairan dan nutrisi serta menilai apakah teknik menyusui sudah efektif.

3. Periode *Late Postpartum* (1 minggu hingga 6 minggu):

Pada tahap ini, pelayanan kebidanan terus berlanjut lewat pemantauan rutin, pengawasan kondisi sehari-hari, dan konseling perencanaan Keluarga Berencana (KB). Istilah ***remote puerperium*** mengacu pada perkiraan waktu yang dibutuhkan ibu untuk pulih ke kesehatan optimal, terutama bila ada riwayat penyulit atau komplikasi selama kehamilan dan persalinan.

3. Perubahan Fisiologi dan Psikologi Pada Masa Nifas

A. Perubahan Fisiologi Pada Masa Nifas

a. Dinamika Perubahan Sistem Reproduksi

1) Involusi Uteri

Involusi uteri merupakan suatu proses fisiologis yang ditandai dengan berkurangnya ukuran uterus secara bertahap hingga mendekati kondisi dan bentuk seperti sebelum kehamilan. Perubahan tersebut berlangsung melalui beberapa tahapan fisiologis sebagai berikut:

a. Iskemia Miometrium:

Kontraksi dan retraksi otot rahim yang terus-menerus setelah plasenta lahir menimbulkan anemia relatif pada jaringan miometrium, yang akhirnya menyebabkan serat otot rahim mengecil (atrofi).

b. Atrofi Jaringan:

Jaringan miometrium mengecil sebagai respons fisiologis terhadap turunnya kadar estrogen secara drastis setelah plasenta lepas.

c. Autolisis (*Autolysis*):

Proses penghancuran sel secara mandiri di dalam jaringan otot rahim. Aktivitas enzim proteolitik memendekkan kembali serat otot miometrium, yang selama kehamilan membesar hingga 10 kali lipat panjang dan 5 kali lipat lebar, sebagai akibat langsung dari turunnya kadar estrogen dan progesteron.

d. Efek Hormonal Oksitosin:

Rangsangan oksitosin memicu kontraksi dan retraksi miometrium yang secara mekanis menekan pembuluh darah besar. Akibatnya aliran darah ke rahim berkurang, penyempitan bekas tempat menempelnya plasenta (*placental site*) lebih cepat, dan risiko perdarahan pascapersalinan menurun.

2) Perubahan Fisiologis Serviks

Setelah persalinan, serviks berubah bentuk sehingga tampak menganga seperti corong. Secara kasat mata, serviks berwarna merah kehitaman karena banyaknya pembuluh darah, teksturnya lunak, dan sering ditemukan bekas robekan atau mikrotrauma akibat persalinan.

Pembukaan serviks menyempit secara bertahap: 2 jam setelah persalinan ostium uteri internum masih dapat dilalui 2 jari, menyempit menjadi 1 jari pada akhir minggu pertama, dan menutup sempurna setelah 6 minggu. Trauma mikroskopis dan robekan kecil selama pembukaan pada persalinan membuat ostium serviks tidak akan kembali persis seperti pada wanita yang belum pernah melahirkan (nullipara).

3) Perubahan Fisiologis Vagina

Selain sebagai jalan lahir bayi, pada masa puerperium vagina berfungsi sebagai saluran pembuangan sekret dan sisa jaringan dari rongga rahim yang disebut lokia (*lochia*).

a. Lochea

Lokia merupakan sekret yang dikeluarkan dari kavum uteri selama periode nifas. Cairan ini memiliki karakteristik basa atau alkalis, sehingga kondisi tersebut dapat mendukung pertumbuhan mikroorganisme lebih cepat dibandingkan lingkungan vagina yang secara normal memiliki suasana asam.

Lochea	Waktu	Warna
Rubra	1-3 hari	Merah Kehitaman tediri dari darah segar
Sanguilenta	3-7 hari	Puledirtih bercampur merah
Serosa	7-14 hari	Kekuningan
Alba	>14 hari	Putih

b. Involusi tempat implantasi plasenta

Pada awal *puerperium*, area bekas menempelnya plasenta (*placental site*) banyak dipenuhi pembuluh darah besar yang tersumbat oleh bekuan darah (trombus). Penyembuhan pada area ini unik karena endometrium tumbuh kembali sepenuhnya tanpa meninggalkan jaringan parut (*cicatrix*).

4) Perubahan Ligamentum

Seluruh ligamen, diafragma panggul, dan fasia (lapisan jaringan ikat) yang meregang berlebihan selama kehamilan dan persalinan akan pulih secara bertahap ke ukuran semula setelah janin lahir. Meski begitu, kendurnya tonus (*kelemahan ligamentar*) pada *ligamentum teres uteri* (*ligamentum rotundum*) dapat mengganggu kestabilan posisi rahim sehingga rahim bergeser menjadi retrofleksi (mengarah ke belakang).

5) Perubahan Pada Vulva

Segera setelah melahirkan, vulva tidak lagi menonjol

6) Perineum

Segera setelah janin lahir, elastisitas jaringan perineum menurun dan jaringan menjadi kendur akibat regangan berlebihan saat kepala bayi menekan dan membuka jalan lahir. Pada hari ke-5 pascapersalinan (*postnatal day 5*), tonus otot perineum mulai pulih secara fisiologis, walaupun kekencangan dan kelenturan jaringannya belum sepenuhnya kembali seperti sebelum hamil.

7) Payudara

1. Pembesaran dan Penegangan Payudara

Setelah melahirkan, payudara akan terasa lebih penuh, berat, dan tegang karena aliran darah dan produksi ASI meningkat. Proses ini biasanya dimulai

2–4 hari setelah persalinan dan dikenal sebagai engorgement (pembengkakan payudara).

2. Produksi Kolostrum

Pada tiga hari pertama setelah persalinan, kelenjar mammae mulai memproduksi ASI awal yang disebut kolostrum. Cairan ini memiliki konsistensi relatif kental dengan warna kekuningan serta mengandung berbagai zat gizi dan imunoglobulin yang berfungsi sebagai antibodi bagi bayi baru lahir. Pemberian kolostrum berperan dalam memberikan perlindungan kekebalan pasif sekaligus membantu mendukung perkembangan sistem imunitas bayi.

3. Transisi ke ASI Matur

Sekitar hari ke-3 sampai ke-5, kolostrum berubah menjadi ASI transisional, kemudian menjadi ASI matur (putih dan lebih encer). Produksi ASI meningkat sesuai seringnya menyusui

4. Perubahan Areola dan Puting

1) Areola (bagian gelap di sekeliling puting) menjadi lebih gelap dan melebar selama kehamilan, dan tetap demikian untuk sementara waktu.

a. Puting dapat menjadi lebih menonjol dan peka karena rangsangan saat menyusui.

b. Nyeri atau lecet pada puting sering terjadi di awal masa menyusui, tetapi akan membaik dengan teknik menyusui yang benar.

5. Aktivitas Kelenjar Montgomery

Kelenjar kecil di sekitar areola menjadi lebih menonjol dan aktif, menghasilkan pelumas alami untuk menjaga puting tetap lembap dan mencegah infeksi.

6. Pengaruh Hormon

Prolaktin : Merangsang pembentukan ASI

Oksitosin : Mengatur keluarnya ASI melalui refleks let-down (refleks pengeluaran susu). Kedua hormon ini bekerja aktif selama ibu menyusui, dan oksitosin juga membantu rahim berkontraksi.

7. Refleks Let-down

Ketika bayi menyusu atau ibu memikirkan bayinya, refleks let-down mendorong ASI keluar dari alveoli menuju saluran susu.

B. Perubahan Psikologi Ibu Nifas

Fluktuasi kadar hormon yang terjadi secara cepat pada periode setelah persalinan dapat memberikan pengaruh terhadap kondisi emosional ibu. Fase-fase yang dialami :

1. Fase talking -in

Fase ini merupakan fase ketergantungan yang berlangsung 1–2 hari postpartum, ketika ibu hanya berfokus pada dirinya sendiri.

2. Fase talking-hold

Fase ini adalah fase ketergantungan selama 1–2 hari postpartum, saat ibu hanya memperhatikan dirinya sendiri.

3. Fase talking-hold

Fase ini berlangsung 3–10 hari postpartum. Pada fase ini ibu merasa khawatir tidak mampu merawat bayinya, perasaannya sensitif, dan mudah tersinggung

4. Fase lettle-go

Fase ini adalah fase ketika ibu menerima tanggung jawabnya.

C. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

Asuhan Kebutuhan Fisiologis Dasar Ibu Nifas

1. Keseimbangan Nutrisi & Hidrasi: Tambahan kalori 500 kalori per hari, kecukupan cairan hingga 3 liter air per hari, dan pemberian kapsul vitamin A dosis 200.000 IU

2. Fungsi Eliminasi: Ibu diupayakan dapat buang air kecil (BAK) secara alami 3–4 jam setelah persalinan, sedangkan buang air besar (BAB) kembali teratur dalam 3–4 hari masa nifas.

3. Higiene Personal dan Organ Reproduksi:

- Menganjurkan kebersihan diri secara menyeluruh untuk memutus rantai infeksi dan iritasi kulit pada bayi.
- Menganjurkan kebersihan vulva secara berkala dengan air dan sabun.
- Meminta ibu mengganti pembalut minimal dua kali sehari agar perineum tetap kering.
- Merawat luka robekan jalan lahir sesuai prinsip perawatan luka.

4. Istirahat

Ibu membutuhkan istirahat minimal 8 jam sehari, yang dapat dipenuhi melalui istirahat siang dan malam.

5. Seksual

Setelah persalinan, vagina secara bertahap mengalami proses pemulihan menuju kondisi sebelum kehamilan, yang umumnya berlangsung dalam rentang waktu sekitar 6–8 minggu. Aktivitas seksual dapat kembali dilakukan setelah masa nifas berjalan dengan mempertimbangkan kondisi fisik ibu, proses penyembuhan, serta tidak adanya komplikasi pascapersalinan.

6. Latihan/Senam nifas

7. Senam dapat dimulai pada minggu ke-6 setelah melahirkan

D. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas

Data Subjektif

j. Rahim ibu mengecil atau turun hingga 2 jari di bawah pusat (tidak teraba) TFU
k. Ibu merasakan nyeri pada perineum
l. Ibu merasa lelah
m. Ibu merasa nyeri saat buang air kecil
n. Ibu mengalami sembelit karena sulit buang air besar
o. Ibu mengatakan ada pengeluaran dari vagina dan nyeri pada perineum
p. Ibu dapat mengalami beberapa keluhan saat menyusui, seperti puting lecet, payudara terasa penuh, payudara bengkak, ukuran payudara tidak sama, dan mastitis.
q. Ibu belum mengeluarkan ASI, ASI ibu sedikit, atau ASI ibu lancar.
r. Ibu akan merasa sedih bila tidak mendapat dukungan dalam merawat bayi
s. Ibu merasa tidak nyaman karena perubahan fisik yang dialaminya, seperti mulas akibat kontraksi rahim atau nyeri akibat luka jahitan.
t. Ibu lebih peka terhadap perasaannya.
u. Perawatan luka ibu

Data Objektif

1. Suhu naik 0,5 normal

2. Nadi lebih cepat setelah persalinan
3. Tekanan darah sedikit menurun
4. Litargi
5. ASI Keluar/Belum
6. TFU Disesuaikan dengan yg normal
7. Vulva masih biru/tidak
8. Adanya pengeluaran
9. Perineum ada jaitan/tidak
10. Kandung kemih penuh/tidak

10. Assement

Berdasarkan nomeklatur kebidanan

a. Bekas Luka Uteri
b. Infeksi Luka
c. Pembengkaaan Mammae
d. Infeksi Mammae
e. Cystitis
f. Luka Jahitan

11. Penatalaksanaan

Berdasarkan Buku KIA, pada ibu nifas dilakukan

a. Mengidentifikasi penyebab nyeri, lokasi, sifat, durasi, frekuensi, dan intensitasnya
b. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri
c. Bekerja sama dengan keluarga dalam mengatasi nyeri
d. Menilai kesiapan dan kemampuan ibu menerima bayinya
e. Memberikan edukasi mengenai asuhan kebidanan pada ibu postpartum
b. Mengedukasi ibu untuk menyusui bayinya

c. Mendukung ibu agar lebih percaya diri
d. Mengobservasi tanda-tanda infeksi
e. Menjelaskan penyebab nyeri dan cara menguranginya
f. Menjelaskan pola makan yang sesuai

E. Keluarga Berencana

a. Pengertian

Program KB adalah bentuk perencanaan yang dilakukan secara sadar untuk mengatur jarak dan jumlah kehamilan serta mendukung terciptanya kehidupan keluarga yang sehat, harmonis, dan sejahtera. Secara makro, kebijakan KB berfungsi sebagai instrumen strategis pemerintah untuk mengatur dan menyeimbangkan laju pertumbuhan penduduk nasional.

Penyelenggaraan program Keluarga Berencana (KB) telah memiliki dasar hukum dan regulasi khusus yang terintegrasi dalam peraturan perundang-undangan bidang kesehatan. Secara menyeluruh, Keluarga Berencana, yang juga dikenal sebagai *family planning* atau *planned parenthood*, adalah pendekatan terstruktur untuk mengatur jarak kelahiran (*spacing*) dan jumlah anak dengan metode kontrasepsi (modern/dengan alat maupun alami/tanpa alat) demi membentuk keluarga yang harmonis, sehat, dan sejahtera. (Sofa Fatonah H. S et al., 2023).

b. Tujuan Program Keluarga Berencana (KB)

1. Membantu perencanaan dan pengaturan kehamilan yang diinginkan secara rasional.
2. Menjaga kesehatan ibu dan bayi baru lahir untuk menurunkan AKIdan AKB), serta kematian anak.
3. Meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan informasi, edukasi, konseling (KIE), serta fasilitas kesehatan reproduksi.
4. Meningkatkan keterlibatan dan partisipasi aktif pria dalam ber-KB.

5. Mendorong optimalisasi pemberian ASI sebagai cara alami menjarangkan kelahiran (*spacing*).

c. Manfaat Program Keluarga Berencana (KB)

1. **Pencegahan Risiko Kesehatan Reproduksi:** Memberi perempuan kebebasan menentukan waktu dan kesiapan yang aman untuk hamil.
2. **Penurunan Angka Kematian Bayi (AKB):** Menekan kesakitan dan kematian bayi baru lahir dengan mengatur jarak kehamilan agar tidak terlalu dekat.
3. **Pemberdayaan Sosial dan Edukasi:** Memberi masyarakat kesempatan mengambil keputusan yang terinformasi (*informed choice*) tentang kesehatan seksual dan reproduksi.

d. Jenis-Jenis KB

1. Metode kontrasepsi sederhana (tanpa alat) / kontrasepsi alamiah

Kontrasepsi sederhana tanpa alat merupakan metode untuk mencegah terjadinya konsepsi melalui upaya menghindari pertemuan antara ovum dan spermatozoa, tanpa menggunakan perangkat kontrasepsi, bahan kimia, ataupun obat-obatan (Marmi, 2016).

Klasifikasi Modalitas Kontrasepsi Sederhana Tanpa Alat (*Kontrasepsi Alami*)

Kontrasepsi sederhana tanpa alat (alamiah) dapat dibedakan menjadi beberapa metode utama berikut:

1. **Metode Amenorea Laktasi (MAL):** Kontrasepsi sementara yang mengandalkan tertekannya ovulasi secara alami melalui pemberian ASI eksklusif.

2. **Senggama Terputus (*Coitus Interruptus*):** Cara menjarangkan kehamilan dengan mengeluarkan alat kelamin pria sebelum ejakulasi agar sperma tidak tertumpah di dalam vagina.
3. **Metode Kalender (*Ogino-Knaus / Rhythm Method*):** Memperkirakan masa subur berdasarkan catatan dan perhitungan siklus menstruasi.
4. **Metode Lendir Serviks (*Billings Ovulation Method*):** Mengenali masa subur dengan mengamati kekentalan, keenceran, dan kelenturan lendir serviks.
5. **Metode Suhu Basal Tubuh (*Basal Body Temperature Method*):** Menentukan masa subur dengan mengukur dan mencatat perubahan suhu tubuh saat bangun tidur di pagi hari.

2. Metode Kontrasepsi Sederhana Dengan Alat

Kontrasepsi sederhana dengan alat (barrier method) adalah upaya mencegah bertemunya sel telur dan sperma untuk sementara waktu dengan cara yang dapat dilakukan sendiri hanya dengan alat sederhana (Marmi, 2016).

Metode ini antara lain sebagai berikut :

1) Kondom

2) Spermisida

3) Diafragma

3. Kontrasepsi Jangka Pendek

1) Pil KB

2) Suntik KB

4. Kontrasepsi Jangka Panjang

Metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) adalah metode kontrasepsi yang efektif dalam jangka panjang dan memiliki efek kontrasepsi yang tinggi. (BKKBN, 2021).

1) Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR)

2) Implant

5. Kontrasepsi mantap (kontrasap/sterilisasi)

merupakan cara pencegahan kehamilan permanen (*definitif*) yang bersifat tidak dapat dipulihkan atau sangat sulit dikembalikan. Oleh sebab itu, metode ini khusus ditujukan bagi pasangan usia subur (PUS) yang sudah cukup jumlah anaknya (tidak ingin menambah anak) atau memiliki indikasi medis yang melarang kehamilan demi keselamatan jiwa ibu.

1) Vasektomi

2) Tubektomi

KELEBIHAN, KEKURANGAN, DAN SASARAN KB

1. Tubektomi (MOW)

Kelebihan:

a. Efektivitas sangat tinggi (>99%).
b. Bersifat permanen.
c. Tidak memengaruhi hormon.
d. Tidak mengganggu hubungan seksual.
e. Praktis tanpa kontrol rutin.
f. Hemat jangka panjang.

Kekurangan:

a. Permanen/tidak dapat dikembalikan.
b. Harus melalui operasi.
c. Risiko komplikasi (infeksi, perdarahan).
d. Tidak melindungi IMS.
e. Perlu masa pemulihan.
f. Tidak cocok usia muda.

Sasaran KB:

a. Wanita usia ±30–49 tahun.
b. Pasangan yang tidak ingin menambah anak.
c. Wanita dengan jumlah anak sudah cukup.

2. Kondom

Kelebihan:

a. Mencegah kehamilan & IMS/HIV.
b. Mudah didapatkan.
c. Non hormonal.
d. Praktis.
e. Tidak memengaruhi kesuburan.

Kekurangan:

a. Bergantung cara penggunaan.
b. Bisa bocor/robek.
c. Mengurangi kenyamanan.
d. Risiko alergi.
e. Harus setiap hubungan.

Sasaran KB:

a. Pria & wanita usia 20–49 tahun.

b. Remaja & dewasa aktif seksual.
c. Pasangan risiko IMS.

4. IUD/AKDR

Kelebihan:

a. Efektivitas >99% – jangka panjang (5–10 tahun).
b. Tidak perlu kepatuhan harian.
c. Tidak ganggu hubungan seksual.
d. Aman untuk menyusui.

Kekurangan:

a. Nyeri/perdarahan awal.
b. Harus tenaga medis – tidak lindungi IMS.
c. Risiko infeksi.
d. Tidak cocok kondisi tertentu.

Sasaran KB:

a. Wanita usia 20–45 tahun.
b. Ibu yang sudah melahirkan.
c. Ingin KB jangka panjang.

5. Implan (Susuk KB)

Kelebihan:

a. Efektivitas >99% (sekitar 99,5%).
b. Jangka panjang (3–5 tahun).
c. Praktis – aman untuk menyusui.
d. Kesuburan kembali cepat.

Kekurangan:

a. Gangguan haid.
b. Efek samping ringan (mual, jerawat).
c. Tidak lindungi IMS.
d. Harus tenaga medis.
e. Nyeri pemasangan.

Sasaran KB:

a. Wanita usia 20–40 tahun.
b. Ibu menyusui.
c. Wanita sibuk.

6. Suntik KB

Kelebihan:

a. Efektivitas 94–99%.
b. Praktis.
c. Tidak ganggu hubungan seksual.
d. Cocok untuk menyusui.
e. Mudah diakses.

Kekurangan:

a. Haid tidak teratur.
b. Berat badan naik.
c. Kesuburan lambat kembali.
d. Harus suntik ulang.
e. Tidak lindungi IMS.

Sasaran KB:

a. Wanita usia 20–45 tahun.
b. Ibu menyusui.

c. Tidak ingin metode harian.

7. Pil KB

Kelebihan:

a. Efektivitas 91–99% jika diminum secara teratur (penggunaan sempurna); sekitar 91% pada penggunaan biasa (karena faktor lupa minum).
b. Mengatur siklus haid.
c. Mengurangi nyeri haid.
d. Mudah digunakan.
e. Bisa dihentikan kapan saja.
f. Cocok jangka pendek.

Kekurangan:

a. Harus diminum tiap hari.
b. Risiko lupa.
c. Mual/pusing.
d. Tidak lindungi IMS.
e. Tidak cocok kondisi tertentu.

Sasaran KB:

a. Wanita usia 20–35 tahun.
b. Wanita disiplin.
c. Ingin mengatur haid.

8. Kontrasepsi Darurat

Kelebihan:

a. Efektivitas 58–95%.
b. Digunakan setelah hubungan.
c. Mudah didapat.
d. Tidak perlu rutin.
e. Solusi cepat darurat.

Kekurangan:

a. Efektivitas lebih rendah.
b. Tidak untuk rutin.
c. Efek samping sementara.
d. Tidak lindungi IMS.
e. Waktu terbatas.

Sasaran KB:

a. Wanita usia reproduksi (≤49 tahun).
b. Kondisi darurat.
c. Kegagalan KB.

9. MAL (Amenorea Laktasi)

Kelebihan Metode

1. Efektivitas Perlindungan: Keandalan sebagai kontrasepsi tinggi (±98%).
2. Metode Non-Hormonal: Bekerja secara fisiologis alami tanpa hormon buatan.
3. Tanpa Efek Samping: Bebas dari penyulit klinis dan dampak merugikan setelah pemakaian.
4. Bebas Biaya: Dapat dilakukan tanpa mengeluarkan biaya.

5. Perlindungan Kesehatan Bayi: Mendukung sistem imun dan kecukupan gizi awal bayi baru lahir.
6. Peningkatan *Bonding Attachment*: Mempererat ikatan psikologis ibu dan bayi.

Kekurangan:

a. Hanya efektif ≤6 bulan.
b. Harus ASI eksklusif.
c. Sulit bagi ibu bekerja.
d. Tidak lindungi IMS.
e. Bergantung konsistensi.

Sasaran KB:

a. Ibu usia 20–35 tahun.
b. Pasca persalinan.
c. Bayi <6 bulan.

10. Senggama Terputus (Coitus Interruptus)

Kelebihan:

a. Efektivitas ±78–96%.
b. Tidak memerlukan alat atau biaya.
c. Tidak menggunakan hormon.
d. Dapat dilakukan kapan saja.
e. Tidak memengaruhi kesuburan jangka panjang.

Kekurangan:

a. Efektivitas rendah (bergantung kontrol pria).
b. Cairan pra-ejakulasi bisa mengandung sperma.
c. Mengganggu kepuasan seksual.

d. Risiko kegagalan tinggi.
e. Tidak melindungi IMS.

Sasaran KB:

a. Pasangan usia reproduksi (20–45 tahun).
b. Pasangan yang tidak menggunakan alat KB.
c. Digunakan sebagai metode sementara.

11. Metode Kalender (Pantang Berkala)

Kelebihan:

a. Efektivitas ±76–88%.
b. Tidak membutuhkan alat/biaya.
c. Alami tanpa hormon.
d. Tidak ada efek samping.
e. Dapat meningkatkan pemahaman siklus haid.

Kekurangan:

a. Memerlukan siklus haid teratur.
b. Perlu perhitungan yang tepat.
c. Efektivitas relatif rendah.
d. Harus menahan hubungan saat masa subur.
e. Tidak melindungi IMS.

Sasaran KB:

a. Wanita usia 20–35 tahun.
b. Wanita dengan siklus haid teratur.
c. Pasangan yang disiplin.

12. Metode Lendir Serviks (Billings)

Kelebihan:

a. Efektivitas ±77–97%.
b. Alami tanpa hormon.
c. Tidak memerlukan biaya.
d. Membantu mengenali masa subur.
e. Tidak mengganggu kesuburan.

Kekurangan:

a. Memerlukan pengamatan rutin.
b. Bisa sulit dipahami awalnya.
c. Dipengaruhi infeksi/keputihan.
d. Efektivitas bergantung ketelitian.
e. Tidak melindungi IMS.

Sasaran KB:

a. Wanita usia 20–40 tahun.
b. Wanita yang memahami tubuhnya.
c. Pasangan yang kooperatif.

13. Metode Suhu Basal

Kelebihan:

a. Efektivitas ±75–88%.
b. Alami dan tanpa biaya.
c. Tidak menggunakan hormon.
d. Membantu mengetahui ovulasi.
e. Aman bagi semua wanita.

Kekurangan:

a. Harus mengukur suhu setiap hari.
b. Mudah terganggu kondisi (sakit, kurang tidur).
c. Kurang praktis.
d. Efektivitas rendah jika tidak disiplin.
e. Tidak melindungi IMS.

Sasaran KB:

a. Wanita usia 20–40 tahun.
b. Wanita disiplin dan teliti.
c. Pasangan yang siap mengikuti aturan.

14. Spermisida

Kelebihan:

a. Efektivitas ±72–82%.
b. Mudah digunakan.
c. Tidak mengandung hormon.
d. Dapat digunakan sebelum hubungan.
e. Bisa dikombinasikan dengan metode lain.
f. Tidak memengaruhi kesuburan.

Kekurangan:

a. Efektivitas relatif rendah jika digunakan sendiri.
b. Harus digunakan setiap hubungan.
c. Dapat menyebabkan iritasi.
d. Risiko alergi.
e. Tidak melindungi IMS.

Sasaran KB:

a. Wanita usia 20–40 tahun.
b. Pasangan yang butuh metode tambahan.
c. Pasangan yang jarang berhubungan.

15. Diafragma

Kelebihan:

a. Efektivitas ±83–94%.
b. Non hormonal.
c. Dapat digunakan berulang.
d. Digunakan saat diperlukan.
e. Tidak memengaruhi kesuburan.
f. Lebih efektif jika dengan spermisida.

Kekurangan:

a. Harus dipasang dengan benar.
b. Perlu latihan penggunaan.
c. Harus dipakai beberapa jam setelah hubungan.
d. Risiko iritasi/infeksi.
e. Tidak melindungi IMS.

Sasaran KB:

a. Wanita usia 20–40 tahun yang tidak cocok KB hormonal.
b. Ingin metode fleksibel.

e. Syarat-syarat KB

1. Dia tidak hamil
2. Mentruasinya lancar
3. Tidak senggama
4. Tidak menggunakan obat

f. Asuhan Kebidanan Pada Keluarga Berencana KB

S (Subjective)

1. Manfaat KB

O (Objective)

1. KU baik
2. TTV dalam batas normal
3. Hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik sesuai kondisi klien
4. Tidak ditemukan kontraindikasi (jika ada, ditulis sesuai hasil)

A (Assessment)

1. Berdasarkan status keikutsertaannya, calon akseptor KB dalam nomenklatur dibagi menjadi:

   a. Akseptor KB Baru:

   Klien yang baru memulai penggunaan metode kontrasepsi untuk menunda atau mengatur jarak kehamilan, termasuk klien yang kembali menggunakan kontrasepsi setelah menjalani persalinan atau mengalami abortus.

   b. Akseptor KB Aktif (Lama):

   Peserta yang sedang terlindungi kontrasepsi dengan memakai salah satu metode pencegah kehamilan secara konsisten dan berkelanjutan.

   c. Akseptor KB Ganti Cara (Ganti Metode):

   Klien peserta KB aktif yang beralih dari satu jenis kontrasepsi ke metode kontrasepsi lain.

   Berdasarkan nomenklatur, masalah kebidanan yang sering menyertai diagnosis KB meliputi:

1) Amenore: Tidak mengalami menstruasi (sering dialami pengguna KB suntik 3 bulan atau implan).
2) Spotted / Spotting: Bercak darah atau perdarahan sedikit-sedikit di luar siklus menstruasi.
3) Menoragia / Metroragia: Perdarahan menstruasi yang berlebihan atau berkepanjangan.
4) Ekspulsi: Keadaan IUD bergeser atau keluar dari rahim.
5) Inveksi / Translokasi: Komplikasi mekanis akibat pemasangan alat kontrasepsi.
6) Peningkatan Berat Badan: Masalah metabolik yang umum terjadi akibat pengaruh hormon.

P (Plan)

1. Memberikan konseling tentang jenis-jenis KB (jenis, efektivitas, keuntungan, kerugian)
2. Membantu klien menentukan metode KB
3. Memberikan pelayanan KB sesuai metode yang dipilih

Memberikan edukasi tentang efek samping dan jadwal kontrol.