

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Kehamilan**

##### **2.1.1 Konsep dasar Kehamilan**

###### **a. Pengertian Kehamilan**

Kehamilan adalah proses alami dan fisiologis, tetapi tanpa perawatan yang tepat atau deteksi dini komplikasi, dapat mengakibatkan komplikasi serius dan kematian ibu. Seorang wanita bisa hamil jika memiliki organ reproduksi yang sehat, mengalami siklus menstruasi, dan melakukan hubungan seksual.(Arinta et al., 2022)

Kehamilan adalah proses luar biasa yang berlangsung dalam rahim wanita selama sekitar 280 hari atau 40 minggu sejak hari pertama haid terakhir. Selama masa kehamilan, terjadi banyak perubahan fisiologis yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin. Proses kehamilan dimulai dari fertilisasi, dilanjutkan dengan implantasi, dan berkembang hingga janin siap untuk hidup di luar rahim(Hajar & Hasanah, 2024)

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester pertama berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40). (Abdullah et al., 2024)

###### **b. Fisiologis Kehamilan**

Setiap bulan saat ovulasi, satu atau dua sel telur dilepaskan dari ovarium dan ditangkap oleh fimbriae untuk kemudian masuk ke tuba falopi. Ketika terjadi hubungan seksual, sperma yang terkandung dalam semen masuk melalui vagina dan bergerak menuju rahim, lalu melanjutkan perjalanan ke saluran telur. Proses pembuahan umumnya berlangsung di bagian tuba falopi yang melebar. Di sana,

sejumlah besar sperma mengelilingi sel telur dan melepaskan enzim yang berfungsi untuk melarutkan lapisan pelindungnya. Setelah itu, satu sperma berhasil menembus dan bergabung dengan sel telur, suatu proses yang disebut pembuahan atau konsepsi. (Dina Aritha Taringan, 2016)

### **c. Psikologis pada Kehamilan**

Kehamilan merupakan momen penting bagi seorang wanita untuk mempersiapkan diri menghadapi proses persalinan, menyelesaikan berbagai tugas selama masa kehamilan, dan menjalani transisi menuju peran sebagai seorang ibu. Perubahan psikososial yang dialami biasanya meliputi penerimaan terhadap kehamilan pada trimester pertama, penerimaan terhadap kehadiran bayi pada trimester kedua, serta persiapan menyambut kelahiran di trimester ketiga. Ibu hamil sering kali mengalami perasaan yang campur aduk, antara bahagia dan sedih, yang bisa memengaruhi hubungan dengan pasangan akibat ketidakstabilan emosi. Hal ini berkaitan dengan fase transisi menuju peran orang tua sebagai bagian dari tugas perkembangan. Di sisi lain, meskipun keterlibatan ayah tidak sebesar ibu, mereka tetap memerlukan kesiapan sosial. Mengikuti kelas persiapan persalinan bersama pasangan dapat membantu ayah merasa lebih siap menghadapi proses kehamilan dan kelahiran. (Arinta et al., 2022)

Pada Trimester ketiga kehamilan, yang sering dikenal sebagai periode kewaspadaan tinggi, merupakan waktu ketika wanita mulai mengakui bayinya sebagai individu yang terpisah dan menantikan kelahirannya dengan penuh semangat. Kesadaran bahwa proses persalinan bisa terjadi kapan saja membuat ibu hamil menjadi lebih waspada terhadap berbagai tanda-tanda kelahiran. Pergerakan janin dan membesarnya rahim secara terus-menerus mengingatkan akan kehadiran bayi. Pada tahap ini, ibu juga bisa mengalami kecemasan mengenai kondisi kesehatannya maupun kesehatan bayinya, serta muncul kekhawatiran apakah bayi akan lahir dengan selamat dan sehat. (Arinta et al., 2022)

### **d. Ketidaknyamanan Pada Kehamilan**

#### **1. Morning sickness**

Mual dan muntah umumnya dialami pada tahap awal kehamilan sebagai respons fisiologis terhadap perubahan hormonal. Penanganan kondisi ini dapat dilakukan melalui pengaturan pola makan, namun apabila muntah terjadi secara terus-menerus, pemberian obat antiemetik mungkin diperlukan. Dalam proses perawatan, penting untuk memberikan edukasi mengenai nutrisi, menganjurkan makan dalam porsi kecil tetapi sering.

#### **2. Nyeri Ulu Hati**

Nyeri pada ulu hati Rasa tidak nyaman di ulu hati umumnya muncul menjelang akhir trimester kedua dan dapat berlanjut hingga trimester ketiga kehamilan. Kondisi ini disebabkan oleh meningkatnya hormon progesteron serta tekanan dari rahim yang semakin membesar. Penatalaksanaannya meliputi pemberian anjuran terkait pola makan, seperti mengonsumsi makanan dalam porsi kecil, minum susu, menghindari makanan pedas, berminyak, atau digoreng, serta meninggikan posisi kepala saat tidur.

#### **3. Konstipasi**

Wanita yang sebelumnya tidak memiliki keluhan sembelit dapat mulai mengalaminya pada trimester kedua atau ketiga kehamilan. Kondisi ini sering kali terjadi sebagai efek samping dari konsumsi suplemen zat besi, atau akibat meningkatnya kadar hormon progesteron. Selain itu, pembesaran rahim juga dapat menekan usus, sehingga memperlambat pergerakan usus dan memicu sembelit. Cara penanganan konstipasi yang paling efektif adalah:

- Asupan cairan yang adekuat, Minimal 8 gelas perhari
- Konsumsi buah dan jus
- Istirahat yang cukup
- Makan makanan berserat.

#### **4. Haemorhoid**

Gejala kondisi ini umumnya muncul pada bulan-bulan akhir kehamilan dan dipicu oleh hormon progesteron serta gangguan aliran balik vena. Penatalaksanaannya meliputi pengaturan pola makan, penggunaan krim atau supositoria untuk wasir,

reposisi secara manual, dan dalam kasus trombosis, mungkin diperlukan tindakan pembedahan bekerja sama dengan dokter. Asuhan yang bisa diberikan mencakup pemberian edukasi untuk mencegah terjadinya sembelit.

#### 5. Gejala Pingsan

Hipotensi atau hemodilusi akibat vasodilatasi dapat ditangani dengan menenangkan ibu, memberikan suplemen zat besi bila diperlukan, serta menyarankan untuk berbaring saat merasa pusing. Penting untuk mengevaluasi dan mengecualikan kemungkinan penyebab yang lebih serius seperti gangguan jantung, preeklampsia, hipoglikemia, atau anemia. Perawatan juga dapat mencakup anjuran untuk menghindari faktor yang dapat memperparah keluhan, seperti paparan suhu panas, memberi edukasi mengenai penyebabnya, mencegah jeda makan yang terlalu lama, serta mengenakan pakaian yang longgar dan nyaman.

#### 6. Insomnia

Beberapa gejala yang mungkin dirasakan meliputi tekanan pada kandung kemih, rasa gatal, kecemasan, gerakan janin yang aktif seperti menendang, kram, serta sensasi terbakar di dada (heartburn). Penanganan mencakup identifikasi dan pengobatan penyebab utamanya, serta pemberian obat penenang jika diperlukan. Minum susu sebelum tidur juga bisa membantu meredakan keluhan. Disarankan juga untuk tidur dengan posisi miring ke kiri atau kanan, menyangga kaki dengan bantal, dan mandi air hangat sebelum tidur guna membantu tubuh lebih rileks dan memudahkan tidur.

#### 7. Kram Otot Betis

Penyebab yang tidak spesifik dapat berkaitan dengan iskemia lokal sementara, kekurangan kalsium dalam tubuh, perubahan aliran darah, atau tekanan pada saraf di area kaki. Penanganan untuk ibu meliputi menghindari penggunaan obat tanpa anjuran dokter, meningkatkan asupan makanan yang mengandung kalsium, mengangkat kaki ke posisi lebih tinggi, serta memberikan terapi simptomatik seperti kompres hangat, pijatan, dan menarik jari kaki ke arah atas.

#### 8. Buang Air Kecil yang Sering

Kondisi ini terjadi akibat pengaruh hormon progesteron serta tekanan pada kandung kemih yang disebabkan oleh pembesaran rahim atau turunnya kepala janin

ke rongga panggul. Penanganan yang dapat diberikan kepada ibu antara lain dengan membatasi asupan cairan setelah makan malam atau setidaknya dua jam sebelum tidur, menghindari minuman berkafein, tetap menjaga kecukupan cairan di siang hari (minimal delapan gelas per hari), dan rutin melakukan latihan kegel.

#### 9. Nyeri Punggung

Kondisi ini disebabkan oleh hormon progesteron dan relaksin, yang berperan dalam melunakkan jaringan ikat, serta akibat perubahan postur tubuh dan meningkatnya beban yang harus ditanggung oleh rahim. Penanganan yang dapat diberikan kepada ibu mencakup menjaga postur tubuh dengan baik (menghindari posisi membungkuk terlalu sering dan memastikan punggung serta bahu tetap tegak saat berdiri atau berjalan), mengenakan sepatu bertumit rendah, menghindari aktivitas mengangkat benda berat, mengajarkan teknik relaksasi otot punggung, memberikan informasi mengenai manfaat penggunaan korset khusus untuk kehamilan, dan menyarankan tidur di atas kasur tipis dengan alas papan jika diperlukan.

#### 10. Bengkak pada Kaki

Kondisi ini dipicu oleh perubahan hormonal yang menyebabkan retensi cairan dalam tubuh. Tindakan yang perlu dilakukan adalah segera memeriksakan diri ke dokter apabila pembengkakan terjadi pada area kelopak mata, wajah, dan jari-jari, terutama jika disertai tekanan darah tinggi, sakit kepala, atau gangguan penglihatan, karena bisa menjadi tanda preeklampsia. Disarankan untuk mengurangi asupan makanan yang tinggi garam, menghindari posisi duduk dengan kaki menyilang, menggunakan penopang kaki seperti bangku kecil saat duduk, serta secara rutin melakukan gerakan memutar pergelangan kaki.

#### 11. Sesak Napas

Pada saat usia kehamilan lanjut (33-36 minggu). Disebabkan oleh pembesaran rahim yang menekan daerah dada. Dapat diatasi dengan senam hamil (latihan pernapasan), pegang kedua tangan di atas kepala yang akan memberi ruang bernapas yang lebih luas.

#### 12. Mudah Lelah

Hal ini disebabkan oleh perubahan baik secara emosional maupun fisik. Langkah yang perlu diambil adalah mencari waktu untuk beristirahat, tidur sejenak

jika merasa lelah di siang hari, menghindari pekerjaan rumah tangga yang terlalu berat, serta memastikan konsumsi kalori, zat besi, dan asam folat yang cukup.(Arinta et al., 2022)

### **e. Perubahan yang terjadi pada Ibu Hamil**

#### **1. Perubahan Yang Terjadi pada Ibu Hamil Trimester I**

##### **A. Perubahan Pada Sistem Reproduksi**

###### **a. Uterus**

Ibu hamil uterusnya tumbuh membesar akibat pertumbuhan isi konsepsi intrauterin. Hormon Estrogen menyebabkan hiperplasi jaringan, hormon progesteron berperan untuk elastisitas/kelenturan uterus. Taksiran kasar pembesaran uterus pada perabaan tinggi fundus:

1. Tidak hamil/normal: sebesar telur ayam (+ 30 g)
2. Kehamilan 8 minggu: telur bebek
3. Kehamilan 12 minggu : telur angsa
4. Kehamilan 16 minggu: pertengahan simfisis-pusat
5. Kehamilan 20 minggu : pinggir bawah pusat
6. Kehamilan 24 minggu : pinggir atas pusat
7. Kehamilan 28 minggu : sepertiga pusat-xyphoid
8. Kehamilan 32 minggu pertengahan pusat-xyphoid
9. Mminggu : 3 sampai 1 jari bawah xyphoid

###### **b. Vagina/vulva.**

Pada ibu hamil, terjadi peningkatan aliran darah (hipervaskularisasi) ke area vagina yang menyebabkan perubahan warna menjadi kemerahan hingga kebiruan, dikenal sebagai tanda Chadwick. Selain itu, lingkungan vagina menjadi lebih asam, dengan perubahan pH dari sekitar 4 menjadi 6,5, yang membuat ibu hamil lebih rentan mengalami infeksi, terutama infeksi jamur. Peningkatan aliran darah ini juga dapat menyebabkan vagina menjadi lebih sensitif, yang berpotensi meningkatkan gairah atau hasrat seksual, khususnya selama trimester kedua kehamilan.

### c. Ovarium

Sejak kehamilan 16 minggu, fungsi diambil alih oleh plasenta, terutama fungsi produksi progesteron dan estrogen. Selama kehamilan ovarium tenang/beristirahat. Tidak terjadi pembentukan dan pematangan folikel baru, tidak terjadi ovulasi, tidak terjadi siklus hormonal menstruasi.

### d. Perubahan Pada Payudara

Pengaruh hormon estrogen selama kehamilan merangsang pertumbuhan saluran (duktus) air susu di payudara, sementara hormon progesteron berperan dalam peningkatan jumlah sel-sel asinus. Hormon laktogenik dari plasenta, termasuk somatomammotropin, turut mendorong pembesaran (hipertrofi) dan peningkatan jumlah sel-sel asinus, serta merangsang produksi komponen penting dalam ASI seperti kasein, laktoalbumin, laktoglobulin, lemak, dan kolostrum. Akibat perubahan hormonal ini, payudara ibu hamil menjadi lebih besar dan terasa tegang. Selain itu, terjadi penggelapan warna kulit (hiperpigmentasi) serta pembesaran kelenjar Montgomery, terutama di area areola dan puting, karena pengaruh hormon melanofor. Puting menjadi lebih besar dan menonjol, dan kelenjar sebacea di sekitar areola juga mengalami pembesaran, membentuk benjolan kecil yang dikenal sebagai tuberkel.

## 2. Perubahan Pada Kekebalan

Selama kehamilan, terjadi perubahan pH pada vagina, di mana lingkungan yang awalnya asam menjadi lebih basa. Perubahan ini membuat ibu hamil lebih mudah mengalami infeksi pada area vagina. Sekitar usia kehamilan 8 minggu, mulai terlihat tanda-tanda respons imun, ditandai dengan munculnya limfosit. Seiring bertambahnya usia kehamilan, jumlah limfosit ini meningkat, dan pada akhir kehamilan ditemukan sel-sel limfoid yang berperan dalam pembentukan imunoglobulin. Beberapa jenis imunoglobulin yang diproduksi antara lain:

- Imunoglobulin Gamma-A (IgA): Mulai dibentuk sejak kehamilan dua bulan, namun jumlahnya baru meningkat secara signifikan saat bayi lahir.
- Imunoglobulin Gamma-G (IgG): Diperoleh janin dari ibu melalui plasenta dengan mekanisme pinositosis. Proses ini disebut sebagai kekebalan pasif, karena antibodi berasal dari ibu. IgG dalam tubuh janin hanya sedikit, namun produksinya meningkat setelah bayi lahir.
- Imunoglobulin Gamma-M (IgM): Mulai terdeteksi pada kehamilan usia

lima bulan dan produksinya meningkat pesat segera setelah kelahiran.

### 3. Perubahan Pada Sistem Pernapasan

Pada kehamilan  $\geq 32$  minggu, sesak napas sering dialami ibu hamil akibat pembesaran uterus yang menekan organ abdomen dan mendorong diafragma naik sekitar 4 cm, sehingga mengurangi ruang gerak paru. Kebutuhan oksigen meningkat hingga 20%, menyebabkan ibu bernapas lebih dalam. Peningkatan hormon estrogen turut meningkatkan vaskularisasi saluran napas atas, menyebabkan edema dan hiperemia pada hidung, faring, laring, trakea, serta bronkus. Kondisi ini dapat menyebabkan hidung tersumbat, epistaksis, dan perubahan suara. Pembengkakan juga dapat terjadi pada membran timpani dan tuba eustachius, menimbulkan gangguan pendengaran, nyeri, dan sensasi penuh pada telinga.

### 4. Perubahan Pada Sistem Perkemihan

Hormon estrogen dan progesteron pada kehamilan menyebabkan pelebaran ureter dan penurunan tonus otot saluran kemih. Akibatnya, ibu hamil sering mengalami peningkatan frekuensi buang air kecil (poliuria), disertai peningkatan laju filtrasi glomerulus hingga 69%. Tekanan dari uterus yang membesar, terutama pada trimester I dan III, dapat menekan saluran kemih dan menyebabkan hidroureter atau hidronefrosis sementara. Meskipun kadar kreatinin, urea, dan asam urat dalam darah bisa menurun, kondisi ini masih dianggap fisiologis. Karena seringnya buang air kecil pada awal dan akhir kehamilan, ibu hamil disarankan rutin mengganti celana dalam agar tetap kering dan terhindar dari infeksi.

### 5. Perubahan Pada Sistem Pencernaan

Estrogen dan HCG meningkat dengan efek samping mual dan muntah-muntah. Apabila mual muntah terjadi pada pagi hari disebut Morning Sickness. Selain itu terjadi juga perubahan peristaltic dengan gejala sering kembung, dan konstipasi. Pada keadaan patologik tertentu dapat terjadi muntah-muntah banyak sampai lebih dari 10 kali per hari (hiperemesis gravidarum).

Peningkatan aliran darah ke area panggul serta tekanan vena yang lebih tinggi pada akhir kehamilan dapat menyebabkan munculnya hemoroid. Hormon estrogen juga berperan dalam menyebabkan gusi mengalami hiperemia, sehingga lebih mudah berdarah. Meskipun tidak terjadi peningkatan produksi air liur, banyak ibu hamil



merasa seolah mengalami ptialisme (air liur berlebihan), kemungkinan karena mereka secara tidak sadar jarang menelan saliva saat mengalami mual. Pada trimester pertama, ibu hamil umumnya mengalami penurunan nafsu makan akibat mual dan muntah. Namun, memasuki trimester kedua, keluhan tersebut berkurang dan nafsu makan biasanya meningkat.

## **2. Perubahan yang Terjadi pada Ibu Hamil Trimester II**

### **a. Perubahan Sistem Kardiovaskuler**

Perubahan fisiologi pada kehamilan normal, yang terutama adalah perubahan maternal, meliputi :

1. Retensi cairan, bertambahnya beban volum dan curah jantung
2. Terjadi hemodilusi sehingga menyebabkan anemia relatif, hemoglobin turun sampai 10%
3. Akibat pengaruh hormon, tahanan perifer vaskular menurun
4. Tekanan darah sistolik maupun diastolik pada ibu hamil trimester I turun 5 sampai 10 mm Hg, hal ini kemungkinan disebabkan karena terjadinya vasodilatasi perifer akibat perubahan hormonal pada kehamilan. Tekanan darah akan kembali normal pada trimester III kehamilan
5. Curah jantung bertambah 30-50%, maksimal akhir trimester I, menetap sampai akhir kehamilan
6. Volum darah maternal keseluruhan bertambah sampai 50%
7. Trimester kedua denyut jantung meningkat 10-15 kali permenit, dapat juga timbul palpitasi
8. Volume plasma bertambah lebih cepat pada awal kehamilan, kemudian bertambah secara perlahan sampai akhir kehamilan

### **b. Perubahan Sistem Integument**

Pada ibu hamil, sering terjadi perubahan kulit berupa hiperpigmentasi atau penggelapan warna kulit akibat peningkatan hormon *Melanocyte Stimulating Hormone* (MSH). Hiperpigmentasi ini bisa muncul di wajah, leher, payudara, perut, lipat paha, dan ketiak. Jika muncul di wajah—terutama di area hidung, pipi, dan dahi— disebut *kloasma gravidarum*. Sedangkan pada perut, hiperpigmentasi membentuk garis gelap dari pusar ke arah simfisis pubis yang dikenal sebagai *linea nigra*.

Perubahan hormonal selama kehamilan juga dapat menyebabkan penebalan kulit, serta peningkatan pertumbuhan rambut dan kuku. Aktivitas kelenjar keringat meningkat, membuat ibu hamil sering merasa gerah atau berkeringat berlebihan. Selain itu, peregangan kulit akibat pembesaran perut menyebabkan serat elastis kulit mudah pecah, membentuk garis-garis pada perut yang disebut *striae gravidarum*. Garis-garis ini awalnya berwarna kebiruan (*striae livide*) dan setelah melahirkan akan memudar menjadi putih keperakan (*striae albicans*). Pada ibu hamil yang sudah pernah melahirkan (*multigravida*), biasanya ditemukan kedua jenis striae tersebut.

#### c. Perubahan Metabolisme

Pada akhir kehamilan, *Basal Metabolic Rate* (BMR) meningkat sekitar 15– 20%, disertai dengan terjadinya hipertrofi kelenjar tiroid sehingga kelenjar tersebut tampak lebih menonjol pada ibu hamil. Kenaikan BMR ini mencerminkan meningkatnya kebutuhan tubuh akan oksigen. Setelah persalinan, BMR biasanya kembali ke tingkat normal dalam waktu sekitar 5 hingga 6 hari.

#### d. Perubahan Sistem Muskuloskeleta

Selama kehamilan, bentuk tubuh ibu berubah seiring pertambahan berat badan dan pembesaran janin, yang memengaruhi postur dan cara berjalan. Peningkatan hormon steroid menyebabkan pelunakan jaringan ikat dan kolagen, meningkatkan mobilitas serta relaksasi sendi panggul. Simfisis pubis dapat merenggang hingga 4 mm, sambungan sacrococcygeal mengendur, dan tulang coccygis bergeser ke belakang sebagai persiapan persalinan.

Otot dinding perut meregang sehingga tonus otot menurun. Pada trimester III, otot rektus abdominis dapat mengalami pemisahan (*diastasis*), menyebabkan penonjolan di garis tengah dan umbilikus menjadi datar atau menonjol. Setelah persalinan, tonus otot berangsur membaik, namun pemisahan otot rektus abdominis bisa menetap.

#### e. Perubahan Darah dan Pembekuan Darah

Selama kehamilan, volume darah meningkat sekitar 1500 mL, terdiri dari 1000 mL plasma dan 450 mL sel darah merah, dimulai sejak minggu ke-10 hingga ke-

12. Peningkatan ini penting untuk mendukung hipertrofi vaskular akibat pembesaran uterus, hidrasi jaringan ibu dan janin, serta sebagai cadangan saat persalinan dan nifas.

Vasodilatasi perifer membantu menjaga tekanan darah tetap stabil meskipun volume darah meningkat. Produksi sel darah merah juga meningkat, bergantung pada ketersediaan zat besi. Namun, karena peningkatan plasma lebih besar dari peningkatan sel darah merah, terjadi penurunan kadar hemoglobin dan hematokrit yang disebut anemia fisiologis. Penurunan ini paling signifikan pada trimester II, terutama sekitar usia kehamilan 20 minggu, kemudian sedikit meningkat menjelang aterm. Ibu hamil dikatakan anemia bila Hb <11 g/dL pada trimester I dan III, serta <10,5 g/dL pada trimester II.

#### f. Perubahan Berat Badan (BB) dan IMT

Selama kehamilan, peningkatan berat badan merupakan hal yang diharapkan sebagai bagian dari proses fisiologis. Namun, pada trimester pertama, berat badan ibu hamil sering kali tetap atau menurun akibat mual, muntah, dan penurunan nafsu makan, yang mengurangi asupan nutrisi. Memasuki trimester kedua, gejala tersebut umumnya mereda, nafsu makan membaik, dan berat badan mulai bertambah secara bertahap hingga akhir kehamilan.

Kenaikan berat badan berperan penting dalam keberhasilan kehamilan, sehingga pemantauan berat badan secara berkala perlu dilakukan setiap kali kontrol antenatal. Sebagian dari kenaikan tersebut disimpan dalam bentuk lemak sebagai cadangan energi untuk pertumbuhan janin di trimester akhir dan untuk kebutuhan menyusui awal.

Rekomendasi kenaikan berat badan berdasarkan indeks massa tubuh (IMT) sebelum hamil. Untuk ibu dengan IMT normal (19,8–26), disarankan kenaikan 1–2 kg pada trimester pertama dan sekitar 0,4 kg per minggu selanjutnya. Kebutuhan peningkatan berat badan berbeda-beda antar individu dan harus disesuaikan dengan IMT. Rumus IMT adalah berat badan sebelum hamil (kg) dibagi tinggi badan kuadrat (meter<sup>2</sup>). Misalnya, ibu dengan berat 50 kg dan tinggi 150 cm memiliki IMT:  $50 / (1,5)^2 = 22,22$  yang termasuk dalam kategori normal.

#### g. Perubahan Sistem Persarafan

Perubahan persarafan pada ibu hamil belum banyak diketahui. Gejala neurologis dan neuromuskular yang timbul pada ibu hamil adalah: Terjadi perubahan sensorik tungkai bawah disebabkan oleh kompresi saraf panggul dan stasis vaskular akibat

pembesaran uterus

1. Posisi ibu hamil menjadi lordosis akibat pembesaran uterus, terjadi tarikan saraf atau kompresi akar saraf dapat menyebabkan perasaan nyeri
2. Edema dapat melibatkan saraf perifer, dapat juga menekan saraf median di bawah karpalis pergelangan tangan, sehingga menimbulkan rasa terbakar atau rasa gatal dan nyeri pada tangan menjalar kesiku, paling sering terasa pada tangan yang dominan
3. Posisi ibu hamil yang membungkuk menyebabkan terjadinya tarikan pada segmen pleksus brakhialis sehingga timbul akroestesia (rasa baal atau gatal di tangan)
4. Ibu hamil sering mengeluh mengalami kram otot hal ini dapat disebabkan oleh suatu keadaan hipokalsemia
5. Nyeri kepala pada ibu hamil dapat disebabkan oleh vasomotor yang tidak stabil, hipotensi postural atau hipoglikemia.

### **3. Perubahan yang terjadi pada ibu hamil Trimester III**

Kehamilan pada trimester ketiga sering disebut sebagai fase penantian. Dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini ibu hamil mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga dia menjadi tidak sabar dengan kehadiran seorang bayi. Ibu hamil merasakan kembali ketidaknyamanan fisik karena merasa canggung, merasa dirinya tidak menarik lagi. Sehingga dukungan dari pasangan sangat dia butuhkan. Peningkatan hasrat seksual yang pada trimester kedua menjadi menurun karena abdomen yang semakin membesar menjadi halangan dalam berhubungan.

Pada trimester ketiga, perubahan psikologis ibu tampak lebih kompleks dan meningkat kembali dibanding keadaan psikologis pada trimester sebelumnya, hal ini dikarenakan ibu semakin menyadari adanya janin dalam rahimnya yang semakin lama semakin membesar dan sejumlah ketakutan mulai bertambah, ibu semakin merasa cemas dengan kehidupan bayi dan keadaan bayi serta keadaan ibu sendiri.

## f. Kebutuhan Ibu Hamil TM I II dan III

### 1. Kebutuhan Fisik

#### a.) Nutrisi (Gizi)

Status kesehatan ibu hamil sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor, salah satunya adalah status gizi. Kecukupan gizi selama kehamilan berperan penting dalam mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin, memperlancar proses persalinan, serta mencegah terjadinya komplikasi kehamilan. Oleh karena itu, ibu hamil perlu memperhatikan pola makan harian agar dapat memenuhi kebutuhan nutrisi untuk dirinya, janin, serta untuk persiapan menghadapi persalinan dan masa nifas.

Salah satu indikator penting untuk menilai kecukupan gizi selama kehamilan adalah peningkatan berat badan ibu. Kenaikan berat badan mencerminkan kemampuan adaptasi ibu terhadap pertumbuhan janin dan penimbunan cadangan lemak untuk kebutuhan metabolik. Kenaikan berat badan dipengaruhi oleh status gizi awal dan pola makan selama kehamilan. Institute of Medicine (IOM) merekomendasikan penggunaan Indeks Massa Tubuh (IMT) sebelum kehamilan sebagai acuan untuk menentukan kisaran kenaikan berat badan yang ideal. IMT dihitung dengan rumus: berat badan (kg) dibagi tinggi badan kuadrat (m<sup>2</sup>), yaitu  $IMT = \frac{BB \text{ (kg)}}{TB^2 \text{ (m)}}$ .

Adapun tabel rekomendasi peningkatan berat badan selama kehamilan adalah sebagai berikut:

**Tabel 1.2 Rekomendasi Peningkatan BB selama Kehamilan**

IMT Sebelum Hamil	Kenaikan BB Hamil Tunggal (kg)	Maju Kenaikan BB (Rata- Rata/Minggu)	Kenaikan BB Hamil Kembar (kg)
Underweight IMT < 18,5	2,5 – 18	0,51	
Normal IMT 18,5- 24,9	11,5 - 16	0,42	17 - 25
Overweight IMT 25,0 -29,9	7 - 11,5	0,28	14 - 23
Obese	5 - 9	0,22	11 - 19

IMT $\leq 30$			
---------------	--	--	--

Sumber: Prawiroharjo, 2020: 18

#### b.) Oksigen

Masalah pernapasan sering terjadi selama kehamilan, terutama pada trimester ketiga, dan dapat mengganggu asupan oksigen bagi ibu serta berdampak pada kesejahteraan janin. Untuk mendukung fungsi respirasi, ibu hamil dianjurkan melakukan latihan pernapasan seperti senam hamil, tidur dengan posisi kepala lebih tinggi menggunakan bantal, menghindari paparan polusi udara dan asap rokok, serta segera berkonsultasi dengan tenaga kesehatan bila muncul gangguan atau kelainan pernapasan.

#### c.) Istirahat

Wanita pekerja harus sering istirahat  $\pm 1-2$  jam per hari di siang hari dan  $\pm 7-8$  jam per hari di malam hari. Tidur siang menguntungkan dan baik untuk kesehatan.

#### d.) Personal Hygiene

Menjaga kebersihan tubuh selama kehamilan sangat penting, mengingat ibu hamil lebih mudah berkeringat. Disarankan untuk mandi minimal dua kali sehari, dengan perhatian khusus pada area lipatan tubuh seperti ketiak, bawah payudara, dan daerah genital. Area tersebut perlu dibersihkan dengan air dan dikeringkan secara menyeluruh untuk mencegah infeksi. Kebersihan gigi dan mulut juga harus diperhatikan, karena selama kehamilan ibu lebih rentan mengalami kerusakan gigi, terutama jika asupan kalsium tidak mencukupi.

#### e.) Eliminasi

Frekuensi buang air kecil (BAK) meningkat akibat penurunan kepala janin ke dalam pintu atas panggul (PAP), sedangkan buang air besar (BAB) sering terganggu oleh konstipasi yang disebabkan oleh peningkatan kadar hormon progesteron. Untuk menjaga kebersihan area genital setelah BAK dan BAB, penting membersihkan tidak hanya permukaan luar, tetapi juga lipatan labia mayora, labia minora, serta area vestibula secara menyeluruh.

#### f.) Seksual

Pada trimester ketiga kehamilan, keinginan untuk berhubungan seksual sering kali menurun akibat menurunnya kenyamanan fisik. Beberapa faktor yang berkontribusi antara lain nyeri punggung dan panggul, peningkatan berat badan yang signifikan, sesak napas akibat tekanan janin pada dada dan lambung, serta kembalinya rasa mual. Kondisi-kondisi ini dapat memengaruhi penurunan hasrat seksual. Namun, jika seorang ibu tetap memiliki libido yang normal pada trimester ini dan merasa menikmati kehamilannya, hal tersebut juga merupakan respons yang wajar. (Arinta et al., 2022)

#### g.) Imunisasi

Ibu hamil perlu meningkatkan kekebalan secara aktif terhadap suatu antigen melalui imunisasi. Vaksinasi toksoid tetanus sebagai upaya menurunkan angka kematian bayi akibat infeksi tetanus. Vaksinasi tetanus toksoid (TT) dasar dilakukan dua kali selama kehamilan. Interval minimal pemberian imunisasi TT dan durasi perlindungan ditunjukkan pada tabel.

**Tabel 2.2 Jadwal Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid**

Imunisasi	Selang Waktu Minimal	Lama Perlindungannya
TT 1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit Tetanus
TT 2	1 bulan setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun
TT 4	12 bulan setelah TT 3	10 tahun
TT 5	12 bulan setelah TT 4	>25 tahun

Sumber: KIA, 2025: 97

#### g. Kebutuhan psikologi

##### a. Support Keluarga

Dukungan keluarga sangat penting bagi wanita hamil, terutama menjelang persalinan, dengan dukungan khusus dari orang-orang terdekat. Kehadiran dukungan dan perhatian dari orang-orang yang dekat akan membuat wanita merasa lebih tenang dan nyaman.

#### b. Support Tenaga Kesehatan

Peran tenaga kesehatan sangat penting, di mana mereka dapat memberikan dukungan aktif melalui kelas antenatal, serta dukungan pasif dengan memberikan kesempatan bagi ibu hamil yang menghadapi masalah untuk berkonsultasi.

#### c. Rasa Aman Nyaman

Selama Kehamilan Peran keluarga khususnya suami sangat diperlukan bagi seorang wanita hamil. Keterlibatan dan dukungan yang diberikan suami kepada kehamilan akan mempererat hubungan antara ayah anak dan suami istri. Dukungan yang diberikan akan membuatnya lebih tenang dan nyaman dalam kehamilannya terutama menjelang persalinan. (Arinta et al., 2022)

#### h. Jadwal Kunjungan Kehamilan

Menurut WHO, merekomendasikan untuk kunjungan Antenatal Care (ANC) minimal 6 kali. Kunjungan pertama pada trimester I umur kehamilan 0-12 minggu, kunjungan pada trimester II umur kehamilan 20 dan 26 minggu, kunjungan pada trimester III umur kehamilan 30, 34, 36, 38, 40 minggu. Periksa kehamilan minimal 6x selama kehamilan dan minimal 2x pemeriksaan oleh dokter pada trimester 1 dan 3 : 1) 2x pada trimester pertama (kehamilan hingga 12 minggu) 2) 1x pada trimester kedua (kehamilan diatas 12 minggu – 24 minggu) 11 3) 3x pada trimester ketiga (kehamilan diatas 24 minggu - 40 minggu) (Faizah et al., 2023)

#### i. **Pelayanan Asuhan Standart Minimal “10T”** (kementerian kesehatan RI, 2020). Salah satu standar asuhan kehamilan saat ini adalah pelayanan Antenatal

Terpadu yaitu : (kementerian kesehatan RI, 2020).

1. Melakukan Timbang berat badan dan ukur tinggi badan pada kunjungan awal.

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. penambahan berat badan kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kg tiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin

Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya factor resiko pada ibu hamil. Tinggi badan kurang dari



cm meningkatkan resiko untuk terjadinya CPD. (cephalon Velvec Disproportion)

2. Mengukur Tekanan Darah pada setiap kali kunjungan  
Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah  $\geq 140/90$  mmHg)
3. Menilai Status Gizi (ukur lingkaran lengan atas /LILA) pada kunjungan awal  
Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trisemester 1 untuk skrining ibu hamil beresiko KEK. Kurang energi kronis disini dimaksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan /tahun) Dimana kurang dari 23,5 cm. ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat badan rendah (BBLR)
4. Mengukur Tinggi Puncak Rahim (fundus) untuk menilai perkembangan kehamilan pada setiap kali kunjungan  
Pengukuran Tinggi Fundus Pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilannya. Jika fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.
5. Melakukan Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ) pada usia kehamilan  $>20$  minggu.  
Dilakukan pada trisemester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan dimaksud untuk mengetahui letak janin jika pada trisemester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala belum masuk panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau masalah lain. Penilaian djj dilakukan pada akhir trisemester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Djj lambat kurang dari 120 kali/menit atau djj cepat lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin.
6. Melakukan skrining tetanus imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi  
Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT/pada saat kontak pertama ibu di skrining pada imunisasi Tnya.

Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status imunisasi TT 5 Tidak di perlu di berikan imunisasi TT.

7. Melakukan pemberian Tablet tambah darah minimal 90 tablet selama masa kehamilan. Untuk mencegah anemia gizi besi ,setiap ibu hamil harus mendapatkan tablet tambah darah(tablet zat besi) dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama
8. Melakukan Tes laboratorium termasuk pemeriksaan kehamilan, kadar hemoglobin darah, golongan darah, tes triple eliminasi (HIV,sifilis,dan Hepatitis B), dan tes malaria di daerah dimana penyakit tersebut sangat umum. Jika ada indikasi, pemeriksaan tambahan dapat dilakukan, seperti glukosa-protein urine, gula darah sewaktu-waktu.
9. Melakukan Tata laksana / penanganan kasus sesuai kewenangan.  
Setiap kelainan yang di temukan pada ibu hamil harus ditanganin sesuai dengan standart kewenangan bidan. Kasus kasus yang tidak dapat ditanganin dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.
10. Melakukan Temu wicara (konseling) dalam informasi seperti hasil pemeriksaan, perawatan yang sesuai dengan usia kehamilan dan usia ibu, gizi ibu hamil, kesiapan mental, tanda-tanda bahaya kehamilan, persalinan, dan nifas, persiapan persalinan, kontrasepsi pascapersalinan, perawatan bayi baru lahir, dan pemberian ASI eksklusif adalah beberapa hal yang disampaikan.

#### **j. Abortus**

Abortus merupakan kondisi ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin memiliki kemampuan untuk hidup di luar rahim. Secara umum, abortus didefinisikan sebagai kehamilan yang berakhir sebelum usia kehamilan mencapai 20 minggu atau jika berat janin kurang dari 500 gram. Namun, menurut kriteria WHO/FIGO, abortus didefinisikan sebagai pengakhiran kehamilan sebelum usia 22 minggu, terutama bila berat janin tidak dapat diketahui.

Abortus dapat digolongkan atas dasar:

1. Abortus Provakatus (induced abortion)

Abortus provokatus adalah abortus yang disengaja, baik dengan memakai obat-obatan maupun alat-alat.

2. Abortus Spontan

Abortus spontan adalah abortus yang terjadi dengan tidak didahului faktor-faktor mekanis ataupun medisinalis, semata-mata disebabkan oleh faktor-faktor alamiah.

a. Abortus imminens;

Merupakan peristiwa terjadinya perdarahan pervaginam pada kehamilan kurang dari 20 minggu, dimana hasil konsepsi masih dalam uterus dan tanpa adanya dilatasi serviks. Penyebab utama dari abortus imminens adalah kondisi hormonal seperti ketidak seimbangan emosi, infeksi, bentuk rahim, kondisi dan penyakit yang ada pada calon ibu.

b. Abortus insipiens;

Abortus inkomplet merupakan kondisi perdarahan uterus yang terjadi pada kehamilan usia kurang dari 28 minggu, disertai dilatasi serviks dan terbukanya ostium uteri, namun sebagian atau seluruh hasil konsepsi masih tertahan di dalam uterus. Keadaan ini ditandai dengan meningkatnya frekuensi dan intensitas kontraksi uterus, serta bertambahnya volume perdarahan pervaginam.

3. Abortus Inkomplet (Tidak lengkap)

Abortus inkomplet adalah terminasi kehamilan di bawah 20 minggu yang ditandai dengan pengeluaran sebagian hasil konsepsi, sementara sisa jaringan masih tertinggal di dalam uterus. Kondisi ini sering disertai perdarahan pervaginam yang cukup banyak dan tidak akan berhenti sebelum seluruh jaringan hasil konsepsi berhasil dikeluarkan.

4. Abortus Komplet

Abortus kompletus adalah kondisi di mana seluruh hasil konsepsi telah keluar dari rahim. Pada pemeriksaan, biasanya ditemukan perdarahan yang minimal, ostium uteri sebagian besar sudah tertutup, dan ukuran uterus mengalami pengecilan. Tanda-tanda khas dari abortus ini meliputi perdarahan dari vagina, adanya kontraksi uterus, ostium serviks yang sudah menutup, serta tidak ditemukan sisa hasil konsepsi di dalam rahim.

#### 5. Missed abortion;

Retensio hasil konsepsi yang telah meninggal di dalam rahim selama lebih dari atau sama dengan 8 minggu disebut abortus insipien. Kondisi ini ditandai dengan tinggi fundus uteri yang tidak bertambah bahkan cenderung menurun, tanpa disertai gejala khas abortus seperti perdarahan, kontraksi, atau pembukaan serviks. Serviks biasanya tetap tertutup.

#### 6. Abortus Habitualis

Merupakan abortus spontan yang terjadi 3x atau lebih secara berturut-turut. Pada umumnya penderita tidak sulit untuk menjadi hamil, tetapi kehamilan berakhir sebelum mencapai usia 28 minggu.

#### 7. Abortus Infeksius & Abortus Septik

Abortus infeksius adalah abortus yang disertai infeksi pada genitalia bagian atas termasuk endometritis atau parametritis. Abortus septik juga merupakan komplikasi yang jarang terjadi akibat prosedur abortus yang aman. Abortus septik adalah abortus infeksius berat disertai penyebaran kuman atau toksin ke dalam peredaran darah atau peritonium. Infeksi dalam uterus/sekitarnya dapat terjadi pada tiap abortus, tetapi biasanya ditemukan pada abortus inkomplet dan lebih sering pada abortus buatan yang dikerjakan tanpa memperhatikan asepsis dan antisepsis.

#### **k. Kehamilan Berisiko**

Kehamilan resiko tinggi adalah kehamilan yang mengancam kesehatan dan kesejahteraan ibu dan janinnya. Kondisi seperti ini mengharuskan untuk mendapatkan perawatan dari tenaga kesehatan terlatih dan khusus. Kehamilan dianggap berisiko tinggi bila ada potensi komplikasi yang dapat mempengaruhi ibu, bayi, atau keduanya. Kehamilan berisiko tinggi memerlukan penanganan spesialis untuk membantu memastikan hasil terbaik bagi ibu dan bayi.

Risiko tinggi adalah bahaya yang lebih besar pada waktu kehamilan maupun persalinan, bila dibandingkan dengan ibu hamil normal. Tidak semua kehamilan akan menunjukkan tanda-tanda yang normal. Menghadapi kehamilan risiko harus diambil sikap proaktif, terencana dengan upaya promotif dan preventif sampai dengan yang harus diambil sikap tegas dan cepat untuk menyelamatkan ibu dan

janin. (Aki, 2025)

Dampak yang dapat terjadi pada ibu hamil resiko tinggi yaitu keguguran, persalinan prematur, mudah terjadi infeksi, anemia pada kehamilan, gestosis, serta kematian ibu yang tinggi. Upaya yang dilakukan untuk mencegah terjadinya komplikasi adalah dengan meningkatkan cakupan pelayanan antenatal, kemudian semua ibu hamil diberikan perawatan dan skrining antenatal dengan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) untuk deteksi dini secara pro-aktif, yaitu mengenal masalah yang perlu diwaspadai dan menemukan secara dini adanya tanda bahaya dan faktor risiko pada kehamilan sehingga dapat ditemukan faktor risiko yang berkembang pada umur kehamilan lebih lanjut.

Deteksi dini kehamilan risiko tinggi merupakan upaya untuk menjangkau ibu hamil yang memiliki potensi mengalami komplikasi atau kondisi berisiko selama kehamilan di suatu wilayah. Kegiatan ini bertujuan untuk mengenali sejak awal ibu hamil yang menunjukkan faktor risiko maupun masalah kebidanan. Penanganan yang cepat dan tepat sangat penting dilakukan sejak dini, karena menjadi faktor utama dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi. Salah satu alat yang digunakan dalam deteksi ini adalah Kartu Skor Pudji Rochyati yang terdapat dalam buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).

#### 1. Karakteristik Ibu Hamil Berisiko

Ibu yang sedang hamil dapat diklasifikasikan berdasarkan berbagai faktor, yaitu riwayat kurang baik dari kehamilan dan persalinan sebelumnya, yang meliputi usia, jarak antar kehamilan, dan tinggi badan. Riwayat kurang baik tersebut dapat mencakup perdarahan setelah melahirkan, kelahiran mati, serta sejarah keguguran. Selain itu, hal ini juga mencakup posisi janin yang tidak normal, kelainan bentuk panggul ibu, dan adanya riwayat penyakit kronis seperti diabetes, hipertensi, serta asma.

Berdasarkan usia, kehamilan dianggap berisiko jika ibu berumur di bawah 20 tahun atau di atas 35 tahun. Ibu dengan usia di bawah 20 tahun biasanya belum sepenuhnya siap secara fisik dan psikologis untuk menghadapi proses kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Di sisi lain, ibu yang berusia lebih dari 35 tahun berisiko lebih tinggi terhadap kelainan genetik serta kemungkinan terjadinya komplikasi

selama kehamilan hingga masa nifas. Selain itu, fungsi reproduksi pada ibu juga mengalami penurunan. Selanjutnya, faktor paritas atau jumlah kelahiran hidup yang dimiliki juga memainkan peran.

## 2. Kartu Skor Poedji Rochjati

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) adalah alat skrining berbentuk kartu yang berbasis keluarga untuk menemukan nilai risiko ibu hamil, agar dilakukan upaya berkelanjutan menghindari dan mencegah kemungkinan komplikasi obstetrik saat persalinan. Tujuan skrining dengan Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) membuat pengelompokan dari ibu hamil Kehamilan Resiko Rendah (KRR),

Kehamilan Resiko Tinggi (KRT), Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST), agar berkembang perilaku kebutuhan tempat dan penolong persalinan sesuai dengan kondisi dari ibu hamil dan melakukan pemberdayaan ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat agar peduli dan memberikan dukungan dan bantuan kesiapan mental, biaya dan transportasi untuk melakukan rujukan terencana. Sistem skor memudahkan pengedukasian mengenai berat ringannya faktor risiko kepada ibu hamil, suami, maupun keluarga. Skor dengan nilai 2, 4, dan 8 merupakan bobot risiko dari tiap faktor risiko. Sedangkan jumlah skor setiap kontak merupakan perkiraan besar risiko persalinan dengan perencanaan pencegahan. Kelompok risiko dibagi menjadi 3 yaitu: 1. Kehamilan Risiko Rendah (KRR) : Skor 2(hijau)

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

3. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) : Skor  $\geq 12$  (merah).

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) digunakan untuk mengklasifikasikan ibu hamil ke dalam tiga kelompok, yaitu Kehamilan Risiko Rendah (KRR), Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), dan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST). Tujuan utama dari pengelompokan ini adalah untuk mendorong perilaku sadar risiko, sehingga ibu hamil, keluarga, serta masyarakat dapat menentukan tempat persalinan dan tenaga penolong yang sesuai. Selain itu, hal ini juga bertujuan untuk mempersiapkan dukungan berupa mental, biaya, dan transportasi guna mendukung rujukan yang direncanakan secara tepat.

Fungsi utama dari KSPR adalah sebagai alat untuk mendeteksi dini adanya faktor risiko pada ibu hamil, sekaligus sebagai media pemantauan dan pengendalian kondisi kesehatan selama masa kehamilan. Selain itu, KSPR juga digunakan sebagai pedoman dalam penyuluhan, serta untuk memvalidasi data seputar kehamilan, persalinan, masa nifas, dan perencanaan keluarga berencana (KB). (Kesehatan, 2023).

### 3. Cara Penggunaan Kartu Skor Poedji Rochjati

KSPR terdiri dari kolom-kolom yang berisi klasifikasi faktor risiko pada ibu hamil, kategori kehamilan, serta informasi mengenai tenaga penolong dan lokasi persalinan yang disesuaikan dengan kondisi kehamilan, termasuk data tambahan lainnya.

Setiap ibu hamil secara otomatis diberikan skor awal sebesar 2, yang merupakan nilai minimal dan menandakan bahwa ibu tersebut berada dalam kategori Kehamilan Risiko Rendah (KRR). Kehamilan risiko rendah adalah kondisi kehamilan yang normal tanpa adanya faktor risiko, bersifat fisiologis, dan umumnya memungkinkan terjadinya persalinan secara normal dengan ibu dan bayi dalam keadaan sehat. Ibu dengan KRR dapat melahirkan di rumah atau polindes, asalkan ditolong oleh tenaga bidan.

Selanjutnya, skor antara 4 hingga 10 menunjukkan bahwa ibu masuk dalam kategori Kehamilan Risiko Tinggi (KRT). Kondisi ini ditandai dengan adanya satu atau lebih faktor risiko yang berasal dari ibu maupun janin. Meskipun tergolong berisiko, situasinya tidak masuk dalam kategori darurat. Proses persalinan dapat dilakukan oleh bidan atau dokter, baik di puskesmas, polindes, atau bisa dirujuk langsung ke rumah sakit.

Sedangkan skor di atas 12 menunjukkan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST). Ibu hamil dengan skor ini biasanya memiliki kondisi khusus seperti riwayat operasi sesar, posisi janin tidak normal (misalnya sungsang atau letak lintang), mengalami perdarahan antepartum, atau menderita preeklamsia maupun eklamsia.

Pada kategori KRST, proses persalinan harus dilakukan di rumah sakit oleh dokter spesialis. Hal ini dikarenakan kehamilan dengan risiko sangat tinggi

rentan mengalami komplikasi serius seperti perdarahan sebelum proses persalinan berlangsung. Situasi ini tergolong gawat dan darurat, sehingga memerlukan rujukan yang cepat dan tindakan medis segera agar keselamatan ibu dan janin dapat terjamin. (Kesehatan, 2023)

## **2.2 Asuhan Kebidanan Persalinan Normal**

### **a. Pengertian Asuhan Persalinan Normal (APN)**

Pengertian persalinan adalah proses dimana bayi , plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika proses nya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa di sertai adanya penyulit. Persalian dimulai inpartu sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap.(Noftalina et al., 2021)

Persalinan dan kehamilan normal adalah proses pengeluaran yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala berlansung dalam waktu 18-24 jam,tampa komplikasi baik pada ibu maupun janin.

### **b. Tujuan Asuhan Persalinan**

1. Memberikan dukungan baik secara fisik maupun emosional kepada ibu dan keluarganya selama persalinan dan kelahiran.
2. Melakukan pengkajian, Membuat diagnosis, Mencegah, menangani komplikasi dengan cara pemantauan ketat dan deteksi dini selama persalinan dan kelahiran.
3. Melakukan rujukan pada kasus yang tidak bisa di tangani sendiri untuk mendapatkan asuhan spesialis jika di perlukan.
4. Memberikan asuhan yang adekuat kepada ibu dengan intervensi minimal sesuai dengan tahap persalinannya.
5. Memperkecil risiko inveksi dengan melaksanakan pencegahan inveksi yang aman.



6. Selalu memberitahukan pada ibu dan keluarga nya mengenai kemajuan persalinan, adanya penyulit maupun intervensi yang dilakukan dalam persalinan.
7. Memberikan asuhan yang tepat pada bayi segera setelah lahir.
8. Membantu ibu dengan memberikan ASI dini.

### **c. Lima Benang Merah dalam asuhan persalinan**

Lima aspek dasar lima benang merah yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan (Laili et al., 2022)

#### **a. Membuat keputusan klinik**

Membuat keputusan merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien. Keputusan ini harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan.

#### **b. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi**

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Yang dimaksud asuhan sayang ibu dalam proses persalinan adalah :

1. Membolehkan keluarga mendampingi ibu selama proses persalinan.
2. Memperhatikan kebersihan sesuai standar
3. Melakukan IMD (Inisiasi Menyusu Dini).
4. Sikap yang sopan dan penuh pengertian.
5. Memberikan informasi yang lengkap kepada keluarga pada setiap tindakan yang dilakukan.
6. Bidan harus penuh empati.
7. Memberikan keleluasaan pada ibu untuk mengambil posisi melahirkan yang sesuai kemauan ibu.
8. Tindakan-tindakan yang secara tradisional sering dilakukan dan sudah terbukti tidak berbahaya harus diperbolehkan bila dilakukan.
9. Menjaga privasi dari ibu bersalin.

10. Menghindari tindakan yang tidak perlu yang mengganggu kenyamanan pasien

c. Pencegahan infeksi

Tindakan Pencegahan Infeksi (PI) merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari seluruh rangkaian asuhan selama proses persalinan dan kelahiran. Pencegahan ini harus diterapkan dalam setiap tahap pelayanan untuk melindungi ibu, bayi yang baru lahir, keluarga, serta tenaga kesehatan termasuk penolong persalinan, dari risiko infeksi yang disebabkan oleh bakteri, virus, maupun jamur. Selain itu, tindakan ini juga bertujuan untuk meminimalkan kemungkinan penularan penyakit berbahaya yang hingga saat ini belum tersedia pengobatannya, seperti HIV/AIDS dan Hepatitis. Adapun pencegahan infeksi bisa dilakukan dengan cara berikut:

1. Cuci tangan Prosedur utama dalam pencegahan penyebaran infeksi yang dapat menyebabkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir sebelum dan sesudah melakukan kontak fisik dengan pasien, sebelum dan sesudah memakai sarung tangan, setelah menyentuh benda yang terkontaminasi seperti darah, cairan tubuh ataupun selaput mukos, setelah ke kamar mandi dan sebelum pulang kerja.
2. Prosedur mencuci tangan dalam APN Semua perhiasan yang ada ditangan dilepaskan, Membasahi tangan dengan air mengalir, Menggosok tangan dengan sabun antiseptik selama 10-15 detik, kemudian menggosok sela-sela jari, kuku kuku jari, Bilas tangan dengan air bersih yang mengalir e. Biarkan kering dengan cara dianginkan atau keringkan dengan tissue atau handuk yang bersih dan kering.
3. Pakai sarung tangan
4. Penggunaan Cairan Antiseptik
5. Pemrosesan alat bekas
6. Pencucian dan pembilasan
7. Dekontaminasi
8. Sterilisasi atau Desinfeksi Tingkat Tinggi
9. Pembuangan sampah

d. Pencatatan/dokumentasi

Pencatatan adalah bagian penting dari proses pembuatan keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Hal yang penting diingat yaitu identitas ibu, hasil pemeriksaan, diagnosis, dan obat-obatan yang diberikan dan partograf adalah bagian terpenting dari proses pencatatan selama persalinan.

e. Rujukan

Rujukan yang dilakukan secara optimal dan tepat waktu ke fasilitas pelayanan kesehatan dengan perlengkapan yang lebih memadai diharapkan dapat membantu menyelamatkan nyawa ibu dan bayi yang baru lahir.

Meskipun sebagian besar ibu akan menjalani persalinan normal namun sekitar 10-15% diantaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran bayi sehingga perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan. Sangat sulit menduga kapan penyulit akan terjadi sehingga kesiapan untuk merujuk ibu dan bayi ke fasilitas rujukan secara optimal dan tepat waktu menjadi syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan. Setiap penolong persalinan harus mengetahui fasilitas rujukan yang mampu untuk menatalaksana kasus gawatdarurat obstetri dan bayi baru lahir.

Terdapat 7 langkah manajemen kebidanan Persalinan menurut Varney yang meliputi

a. Langkah I: Pengumpulan Data Dasar

Pada tahap ini dilakukan pengumpulan informasi yang akurat dan lengkap dari berbagai sumber yang relevan dengan kondisi klien.

b. Langkah II: Interpretasi Data Dasar

Data yang telah dikumpulkan dianalisis untuk mengidentifikasi secara tepat masalah, diagnosa, atau kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar.

c. Langkah III: Identifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Menentukan kemungkinan masalah atau diagnosa tambahan yang mungkin muncul berdasarkan masalah yang telah dikenali sebelumnya. Tahap ini penting untuk melakukan antisipasi dan, jika memungkinkan, upaya

pencegahan guna memastikan pelayanan yang aman.

d. Langkah IV: Menentukan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera Mengidentifikasi apakah ada kondisi yang membutuhkan tindakan segera oleh bidan atau dokter, serta perlu atau tidaknya kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain sesuai kondisi klien.

e. Langkah V: Merancang Asuhan Secara Menyeluruh

Menyusun rencana asuhan yang komprehensif, berdasarkan hasil identifikasi kondisi klien serta pedoman antisipatif terhadap kemungkinan kejadian yang akan datang.

f. Langkah VI: Pelaksanaan Rencana Asuhan

Melaksanakan rencana asuhan yang telah disusun sebelumnya dengan cara yang efisien dan aman. Jika tindakan dilakukan oleh orang lain, bidan tetap bertanggung jawab atas pengawasan dan pelaksanaannya.

g. Langkah VII: Evaluasi

Melakukan penilaian terhadap efektivitas asuhan yang telah diberikan, untuk memastikan apakah kebutuhan klien telah benar-benar terpenuhi sesuai dengan diagnosa dan masalah yang telah diidentifikasi.

#### **d. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan**

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi persalinan proses persalinan normal yang di kenal dengan istilah 5P, yaitu: Power, Passage, Passenger, Psikis ibu bersalin dan penolong persalinan.

##### **1. Power**

Merupakan kekuatan yang mendorong janin untuk lahir. Dalam proses kelahiran bayi terdiri dari 2 jenis tenaga, yaitu Primer dan Sekunder

- a. Primer: berasal dari kekuatan kontraksi uterus (his) yang berlangsung sejak muncul tanda tanda persalihan hingga pembukaan lengkap.
- b. Sekunder: usaha ibu untuk mengejan yang dibutuhkan setelah pembukaan lengkap.

Kekuatan meliputi his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari Ligamen, dengan kerja sama yang sempurna.

- 1) His (kontraksi uterus) Adalah kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot dalam rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominan, terkoordinasi dan relaksasi.

- a. Pembagian his dan sifat-sifatnya

1. His pendahuluan: his tidak kuat, datangnya tidak teratur, Menyebabkan keluarnya lender darah atau bloody show.
2. His pembukaan (kala I): menyebabkan pembukaan serviks, semakin kuat teratur dan sakit.
3. His pengeluaran (kala II): untuk mengeluarkan janin, sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi.
4. His pelepasan uri (kala III): terkoordinasi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
5. His Pengiring (Kala IV): kontraksi lemah, masih sedikit nyeri terjadi pengecilan rahim setelah beberapa jam atau hari.

- b. Tenaga Mengejan

Setelah pembukaan lengkap dan setelah ketuban pecah, tenaga yang mendorong anak keluar selain his, terutama disebabkan oleh kontraksi otot-otot dinding perut yang mengakibatkan peninggian tekanan intra abdominal. Tenaga ini serupa dengan tenaga meneran waktu kita buang air besar tapi jauh lebih kuat lagi. Tenaga meneran ini hanya dapat berhasil kalau pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu kontraksi rahim, tanpa tenaga meneran ini anak tidak dapat lahir.

2. Passenger (janin)

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

### 3. Passeege (jalan lahir)

Jalan lahir dari panggul ibu, yaitu bagian tulang padat, dasar panggul, vagina dan introitus, vagina (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Oleh karena itu, Ukuran dan bentuk panggul harus di tentukan sebelum persalinan di mulai.

### 4. Psikis ibu bersalin

Persalinaan dan kelahiran merupakan proses fisiologis yang menyertai kehidupan hampir setiap wanita. Pada umumnya persalinaan dianggap hal yang menakutkan karena di sertai nyeri hebat, bahkan terkadang menimbulkan kondisi fisik dan mental yang mengancam jiwa. Nyeri merupakan fenomena yang subjektif sehingga keluhan nyeri persalian setiap wanita tidak akan sama, bahkan pada wanita yang sama pun tingkat nyeri persalinannya tidak akan sama dengan nyeri persalinannya sebelumnya.

### 5. Penolong Persalinan

Orang yang berperan sbagai penolong persalinana adalah petugas kesehatan yang mempunyai legalitas dalam menolong persalian, anantara lain: dokter, bidan, perawat maternitas dan petugas kesehatan yang mempunyai kompetensi dalam pertolongan persalinan, menangani kegawatdaruratan serta melakukan rujukan jika di perlukan.

## **e. Mekanisme Persalinan**

### Mekanisme Persalinan Normal

#### 1. Engagement (Penyesuaian Masuk)

Engagement terjadi saat diameter terbesar dari bagian terendah janin, biasanya kepala, berhasil melewati pintu atas panggul (PAP) dan mulai memasuki rongga panggul. Hal ini menandai bahwa kepala janin telah berada pada posisi station nol atau bahkan lebih rendah. Umumnya, pada pemeriksaan, posisi kepala janin masih sejajar dengan spina ischiadika ibu.

#### 2. Descent (Penurunan)

Descent merupakan proses turunnya kepala janin ke arah jalan lahir. Penurunan ini dipengaruhi oleh tekanan dari kontraksi otot-otot perut ibu,

yang menyebabkan munculnya dorongan untuk mengejan. Kontraksi otot dinding perut meningkatkan tekanan di dalam rongga perut, sehingga mendorong janin ke bawah.

3. Flexion (Fleksi)

Fleksi kepala janin umumnya sudah mulai terjadi sebelum persalinan sebagai akibat dari tonus otot alami janin. Saat persalinan berlangsung, kepala janin akan mendapat tahanan dari leher rahim, dinding panggul, dan dasar panggul ibu. Tekanan ini menyebabkan kepala janin semakin menunduk, sehingga dagunya menempel pada dada, memudahkan jalan lahir.

4. Internal Rotation (Putaran Paksi Dalam)

Putaran paksi dalam terjadi ketika kepala janin berputar sehingga bagian belakang kepala (oksiput) mengarah ke depan (anterior) atau ke belakang (posterior) panggul ibu, mengikuti bentuk jalan lahir.

5. Extension (Ekstensi)

Ekstensi berlangsung ketika kepala janin mulai keluar dari jalan lahir. Gerakan ini membuat kepala janin lurus kembali setelah sebelumnya dalam posisi fleksi, memfasilitasi keluarnya kepala dari vagina.

6. External Rotation (Putaran Paksi Luar)

Setelah kepala lahir, kepala janin kembali berputar ke posisi semula saat engagement untuk menyelaraskan posisi kepala dengan punggung dan bahu bayi. Putaran ini menyebabkan bahu anterior berada di bawah simfisis pubis, sementara bahu posterior berada di arah perineum. Setelah rotasi ini, kepala bayi akan berada dalam posisi menyamping, dan penolong dapat menopang kepala bayi secara biparietal—dengan tangan kanan di atas dan tangan kiri di bawah—untuk mengendalikan laju kelahiran.

7. Expulsion (Ekspulsi)

Setelah kepala dan bahu lahir, bagian tubuh lainnya segera menyusul. Bahu anterior muncul terlebih dahulu di bawah simfisis pubis, lalu disusul oleh bahu posterior di bagian belakang. Selanjutnya, tubuh bayi secara

keseluruhan lahir dengan cepat, dibantu oleh penolong persalinan seperti bidan. (Laili et al., 2022)

#### **f. Penilaian Penurunan Kepala Janin (Metode Perlimaan)**

Penilaian seberapa jauh kepala janin telah turun ke dalam panggul dilakukan dengan memperkirakan bagian kepala janin yang masih dapat diraba di atas tepi atas tulang kemaluan (simpisis pubis). Pemeriksaan ini menggunakan lima jari tangan pemeriksa dan dikenal sebagai metode "perlimaan". Semakin sedikit bagian kepala yang teraba di atas simpisis, semakin jauh kepala janin telah turun ke dalam rongga panggul (sesuai dengan JNPK-KR, 2007). Berikut penjelasan klasifikasinya:

- 5/5: Seluruh bagian kepala janin masih berada di atas simpisis pubis, belum memasuki pintu atas panggul.
- 4/5: Sekitar 1/5 dari kepala janin telah memasuki pintu atas panggul, sisanya masih di atas simpisis.
- 3/5: Sekitar 2/5 bagian kepala telah masuk ke dalam rongga panggul.
- 2/5: Hanya sebagian kecil kepala yang masih teraba di atas simpisis; 3/5 bagian telah masuk ke rongga panggul dan sudah tidak dapat digerakkan.
- 1/5: Hanya satu jari yang masih dapat meraba kepala janin di atas simpisis; 4/5 kepala telah turun ke dalam panggul.
- 0/5: Kepala janin sudah seluruhnya masuk ke dalam rongga panggul dan tidak lagi teraba dari luar.

#### **Bidang Hodge**

Bidang Hodge digunakan untuk menentukan sejauh mana kepala janin telah turun berdasarkan posisi anatomi panggul ibu. Terdapat empat tingkatan bidang Hodge:

1. Hodge I: Berada di pintu atas panggul, merupakan batas awal masuknya kepala janin ke panggul.
2. Hodge II: Sejajar dengan Hodge I namun melalui tepi bawah tulang simpisis pubis.
3. Hodge III: Sejajar dengan Hodge I namun berada di tingkat spina ischiadica.



4. Hodge IV: Sejajar dengan Hodge I dan berada di dekat ujung tulang ekor (os coccygis).

#### **g. Desensus dan Penilaian Stasiun**

Desensus adalah proses turunnya kepala janin melalui jalan lahir. Untuk menggambarkan seberapa jauh kepala janin telah turun, digunakan istilah “stasiun” yang didasarkan pada posisi kepala janin terhadap spina ischiadika.

Stasiun nol (0 station) menunjukkan bahwa bagian tertinggi dari kepala janin sejajar dengan spina ischiadika, artinya kepala berada di tengah rongga panggul. Pengukuran stasiun dilakukan dalam satuan sentimeter, baik di atas maupun di bawah spina ischiadika:

- Bila kepala masih di atas spina ischiadika, dinyatakan dengan angka negatif: -5, -4, -3, -2, -1.
- Bila kepala sudah turun melewati spina ischiadika, dinyatakan dengan angka positif: +1, +2, +3, +4, +5.
- Stasiun -5 menunjukkan kepala janin masih tinggi dan belum masuk panggul, sedangkan stasiun +5 berarti kepala sudah berada di dasar panggul atau tampak di orifisium vagina.

#### **Hubungan Stasiun dengan Bidang Hodge**

Stasiun juga dapat dikaitkan dengan bidang imajiner Hodge, yang menunjukkan tingkat penurunan kepala janin di dalam panggul:

1. Hodge I: Sejajar dengan stasiun -5 hingga -3 (kepala masih tinggi, belum memasuki rongga panggul).
2. Hodge II: Sejajar dengan stasiun -2 hingga -1 (kepala mulai turun mendekati spina ischiadika).
3. Hodge III: Sejajar dengan stasiun 0 (kepala setinggi spina ischiadika). Bila kepala berada sedikit di atas, maka stasiunnya -1; bila sedikit di bawah, maka +1.
4. Hodge IV: Berhubungan dengan stasiun +4 hingga +5, artinya kepala sudah berada sangat rendah di rongga panggul, hampir keluar dari jalan lahir.(Ummah, 2019)

**Tabel 2.1 Penurunan Kepala pada Pemeriksaan Abdomen di Perlindungan**

Perubahan	Pemeriksaan dalam	Stasiun	Keterangan
5/5	-	-	Kepala diatas PAP Mudah digerakan
4/5	H I – HII	-3, -4, -5	Kepala,sudah engagement, namun bagian terbesar belum masuk panggul
3/5	H II- H III	-2, -1,	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
2/5	H III +	0, +1, +2	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul Kepala di dasar panggul
1/5	H III – H IV	+3, +4	Kepala di dasar panggul
0/5	H IV	+5	Kepala di perinium

4. Tahapan Persalinan Tahapan persalinan terdiri dari 4 kala yaitu :

1. Kala I

Kala I menandai dimulainya proses persalinan, yang ditandai dengan munculnya kontraksi rahim yang teratur, cukup kuat (adekuat), dan menyebabkan perubahan pada serviks, hingga mencapai pembukaan serviks yang lengkap (10 cm). Kala ini terbagi menjadi dua fase utama:

a. Fase Laten

Merupakan tahap awal dari proses pembukaan serviks yang terjadi secara perlahan, hingga mencapai pembukaan 3 cm. Fase ini berlangsung sekitar 7 hingga 8 jam. Kontraksi (his) yang terjadi biasanya masih ringan dengan durasi sekitar 20–30 detik.

b. Fase Aktif

Terjadi percepatan dalam pembukaan serviks dan berlangsung sekitar 6 jam. Fase ini terbagi lagi menjadi tiga subfase, yaitu:

- Fase Akselerasi: Dalam waktu sekitar 2 jam, pembukaan serviks meningkat dari 3 cm menjadi 4 cm.
- Fase Dilatasi Maksimal: Merupakan tahap pembukaan yang paling cepat, yaitu dari 4 cm menjadi 9 cm dalam waktu kurang lebih 2 jam.
- Fase Deselerasi: Pembukaan melambat dari 9 cm menjadi pembukaan lengkap (10 cm), berlangsung dalam waktu sekitar 2 jam.

Durasi Kala I Menurut Paritas

- Primigravida (kehamilan pertama): Kala I umumnya berlangsung sekitar 12 jam, dengan kecepatan pembukaan serviks sekitar 1 cm per jam.
- Multigravida (pernah melahirkan sebelumnya): Kala I cenderung lebih cepat, berlangsung sekitar 7–8 jam, dengan kecepatan pembukaan serviks mencapai 2 cm per jam.

Komplikasi yang Dapat Terjadi pada Kala I

Beberapa masalah yang bisa muncul selama tahap ini meliputi:

- Ketuban pecah dini (sebelum waktunya)
- Tali pusat menumbung (prolaps tali pusat)
- Solusio plasenta (lepasnya plasenta sebelum waktunya)
- Gawat janin
- Inersia uteri (kontraksi lemah atau tidak adekuat)

A. Asuhan Sayang Ibu Pada Kala I Persalinan

- a. Menyapa ibu dengan ramah dan sopan, bertindak tenang
- b. Menjawab pertanyaan ibu dan keluarganya
- c. Memberikan dukungan emosional
- d. Membantu pengaturan posisi ibu
- e. Memberikan cairan dan nutrisi
- f. Memberikan ibu keleluasaan untuk penggunaan kamar mandi

- g. Bekerja sama dengan keluarga untuk memberikan kenyamanan bagi ibu seperti mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati ibu, memberikan sentuhan dan pijatan yang membuat ibu lebih rileks, menciptakan suasana ruang persalinan yang nyaman
- h. Melakukan pencegahan infeksi

## 2. Kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multigravida 0,5 jam. Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, perineum membuka, perineum meregang. Dengan adanya his ibu dipimpin untuk mengedan, maka lahir kepala diikuti oleh seluruh badan janin.

### B. Asuhan Sayang Ibu Pada Kala II Persalinan

- a. Pendampingan ibu selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya oleh suami dan anggota keluarga yang lain.
- b. Keterlibatan anggota keluarga dalam memberikan asuhan antara lain:
  - 1) Membantu ibu untuk berganti posisi.
  - 2) Melakukan rangsangan taktil.
  - 3) Memberikan makan dan minuman.
  - 4) Menjadi teman bicara/pendengar yang baik.
  - 5) Memberikan dukungan dan semangat selama persalinan sampai kelahiran bayinya.
- c. Keterlibatan penolong persalinan selama proses persalinan & kelahiran dengan:
  - 1) Memberikan dukungan dan semangat kepada ibu dan keluarga.
  - 2) Menjelaskan tahapan dan kemajuan persalinan.
  - 3) Melakukan pendampingan selama proses persalinan dan kelahiran.
- d. Membuat hati ibu merasa tenteram selama kala II persalinan dengan cara memberikan bimbingan dan menawarkan bantuan kepada ibu.



- e. Menganjurkan ibu meneran bila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran dengan cara memberikan 120 kesempatan istirahat sewaktu tidak ada his.
- f. Mencukupi asupan makan dan minum selama kala II.
- g. Memberikan rasa aman dan nyaman dengan cara:
  - 1) Mengurangi perasaan tegang.
  - 2) Membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi.
  - 3) Memberikan penjelasan tentang cara dan tujuan setiap tindakan penolong.
  - 4) Menjawab pertanyaan ibu.
  - 5) Menjelaskan apa yang dialami ibu dan bayinya.
  - 6) Memberitahu hasil pemeriksaan.
- h. Pencegahan infeksi pada kala II dengan membersihkan vulva dan perineum ibu.
- i. Membantu ibu mengosongkan kandung kemih secara spontan.

#### Persiapan pertolongan Kala II

Langkah-langkah pertolongan persalinan sesuai dengan APN (Asuhan Persalinan Normal) sebanyak 60 langkah yaitu :

- 1) Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala II.
  - a) Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran.
  - b) Ibu merasakan regangan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina.
  - c) Perineum tampak menonjol.
  - d) Vulva dan sfingter ani membuka.
- 2) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan
  - a. Menggelar kain di atas perut ibu, tempat resusitasi dan ganjal bahu bayi
  - b. Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai di dalam pertus set
- 3) Memakai celemek plastik.
- 4) Melepas dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 5) Pakai sarung tangan DTT untuk melakukan pemeriksaan dalam

- 6) Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT dan steril). Pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik.
- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyeka dengan hati-hati dari depan ke belakang menggunakan kapas atau kasa yang dibasuhi air matang (DTT).
- 8) Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.
- 9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung kedalam larutan klorin 0,5%, kemudian membuka sarung tangan dalam keadaan terbaik dan merendam membuka sarung tangan dalam keadaan terbaik dan merendam dengan larutan klorin 0,5%
- 10) Periksa DJJ setelah kontraksi/saat relaksasi uterus, untuk memeriksa bahwa DJJ dalam batas normal.
- 11) Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, bantu ibu menemukan posisi yang nyaman dan sesuai keinginannya.
- 12) Meminta bantuan keluarga dalam menyiapkan posisi ibu untuk meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu keposisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).
- 13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.
- 14) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum ada merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- 15) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu.
- 16) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu.
- 17) Buka tutup partus set dan perhatikan kelengkapan alat dan bahan
- 18) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 19) Saat kepala janin terlihat di di vulva dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan sambil bernafas cepat dang dangkal.

- 20) Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa bersih.
- 21) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai.
- 22) Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putar faksi luar secara spontan.
- 23) Setelah kepala melakukan putar faksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat berkontraksi. Dengan lembut, gerakkan kepala ke arah bawah dan distal bahu depan muncul di bawah arkus pubis, kemudian gerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 24) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.
- 25) Setelah badan dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan jari dan jari-jari lainnya).
- 26) Melakukan penilaian sepiantas: apakah bayi menagis kuat atau bernapas tanpa kesulitan, apakah bayi bergerak aktif.
- 27) Mengeringkan tubuh bayi, mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks.
- 28) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi di dalam uterus.
- 29) Memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntikan oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
- 30) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM.
- 31) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari tali pusat bayi. Dorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
- 32) Pemotongan dan peningkatan tali pusat.
  - a) Dengan satu tangan, angkat tali pusat yang telah dijepit kemudian lakukan pengguntingan tali pusat (lindungi perut bayi) di antara 2 klem tersebut.
  - b) Ikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi, kemudian lingkarkan kembali benang ke sisi yang berlawanan dan lakukan ikatan kedua menggunakan simpul kunci.

- c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.
- 33) Tempatkan bayi untuk melakukan kontak kulit bayi. Letakkan bayi dengan posisi tengkurap diperut ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel dengan baik di dinding dada-perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.
- 34) Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.
- 35) Memindahkan klem tali pusat sehingga berjarak 5-10 cm dari vulva
- 36) Meletakkan satu tangan dengan kain diperut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
- 37) Setelah uterus berkontraksi, tengangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati ke arah dorsokranial. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penengangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya, lalu ulangi prosedur.
- 38) Melakukan penengangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorsokranial)
- 39) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan dua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban tepilin, kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.
- 40) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar secara lembut hingga uterus berkontraksi. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput, kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.
- 41) Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bagian bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam plastik atau tempat khusus.
- Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik melakukan rangsangan taktil/masase.



- 42) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.
- 43) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 44) Berikan cukup waktu untuk melakukan kontak kulit ibu dan bayi.
  - a) Sebagian bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusui pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.
  - b) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.
- 45) Lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksasi, dan vitamin K1 1mg IM di paha kiri anterolateral.
- 46) Berikan suntikan imunisasi Hepatitis B (setelah 1 jam pemberian vitamin K1) di paha kanan anterolateral.
  - a) Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusui.
  - b) Letakkan kembali bayi di dada ibu bila ia belum berhasil menyusu di dalam satu jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusu.
- 47) Melakukan pantauan kontraksi dan pencegahan perdarahan pervaginam.
  - a) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
  - b) Setiap 15 menit pada jam pertama pasca persalinan.
  - c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.
  - d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.
- 48) Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- 49) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- 50) Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit dalam satu jam pertama pasca persalinan, dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
  - a) Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan.
  - b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

- 51) Memeriksa kembali bayi untuk memastikan ia bernafas dengan baik (40-60x/i) serta suhu tubuh normal(36,5-37,6°C).
- 52) Mengevaluasi kehilangan darah.
- 53) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit) cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi.
- 54) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 55) Membersihkan badan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan pula sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 56) Memastikan ibu merasa nyaman dan beritahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum.
- 57) Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.
- 58) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 59) Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang kering dan bersih.
- 60) Melengkapi patograf, periksa tanda vital dan asuhan kala IV (Noftalina et al., 2021)

## PARTOGRAF

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

Denyut Jantung Janin ( /menit)	200																
	190																
	180																
	170																
	160																
	150																
	140																
	130																
	120																
	110																
	100																
	90																
	80																
Air ketuban	<input type="text"/>																
Penyusupan	<input type="text"/>																
Pembukaan serviks (cm) beri tanda x Turunnya kepala beri tanda o	10																
	9																
	8																
	7																
	6																
	5																
	4																
	3																
	2																
	1																
	0																
Waktu (jam)		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Kontraksi tiap 0 Menit	5																
	4																
	3																
	2																
	1																
	0																
Oksitosin U/L tetes/menit	<input type="text"/>																
Obat dan Cairan IV	<input type="text"/>																
• Nadi	180																
	170																
	160																
	150																
	140																
	130																
	120																
	110																
	100																
	90																
	80																
	70																
	60																
Tekanan darah	<input type="text"/>																
Suhu °C	<input type="text"/>																
Urin	Protein																
	Aseton																
	Volume																

Gambar 3.1 Partograf Bagian Depan (Prawirohardjo, 2020)

## CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal : .....
2. Nama bidan : .....
3. Tempat Persalinan :  
☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas  
☐ Polindes ☐ Rumah Sakit  
☐ Klinik Swasta ☐ Lainnya : .....
4. Alamat tempat persalinan : .....
5. Catatan : ☐ rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk : .....
7. Tempat rujukan : .....
8. Pendamping pada saat merujuk :  
☐ Bidan ☐ Teman  
☐ Suami ☐ Dukun  
☐ Keluarga ☐ Tidak ada

### KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan : .....
11. Penatalaksanaan masalah Tsb : .....
12. Hasilnya : .....

### KALA II

13. Episiotomi :  
☐ Ya, Indikasi .....  
☐ Tidak
14. Pendamping pada saat persalinan  
☐ Suami ☐ Teman ☐ Tidak ada  
☐ Keluarga ☐ Dukun
15. Gawat Janin :  
☐ Ya, tindakan yang dilakukan  
a. ....  
b. ....  
c. ....  
☐ Tidak
16. Distosia bahu :  
☐ Ya, tindakan yang dilakukan  
a. ....  
b. ....  
c. ....  
☐ Tidak
17. Masalah lain, sebutkan : .....
18. Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
19. Hasilnya : .....

### KALA III

20. Lama kala III : .....menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?  
☐ Ya, waktu : ..... menit sesudah persalinan  
☐ Tidak, alasan .....
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?  
☐ Ya, alasan .....  
☐ Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali ?  
☐ Ya,  
☐ Tidak, alasan .....

### PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi		Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1								
2								

Masalah kala IV : .....

Penatalaksanaan masalah tersebut : .....

Hasilnya : .....

24. Masase fundus uteri ?  
☐ Ya.  
☐ Tidak, alasan .....
25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak  
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :  
 a. ....  
 b. ....  
 c. ....
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak  
☐ Ya, tindakan :  
 a. ....  
 b. ....  
 c. ....
27. Laserasi :  
☐ Ya, dimana .....  
☐ Tidak.
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4  
 Tindakan :  
☐ Penjahitan, dengan / tanpa anestesi  
☐ Tidak dijahit, alasan .....
29. Atoni uteri :  
☐ Ya, tindakan  
 a. ....  
 b. ....  
 c. ....  
☐ Tidak
30. Jumlah perdarahan : ..... ml
31. Masalah lain, sebutkan .....
32. Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
33. Hasilnya : .....

### BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badan .....gram
35. Panjang ..... cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi lahir :  
☐ Normal, tindakan :  
☐ mengeringkan  
☐ menghangatkan  
☐ rangsang taktil  
☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu  
☐ Aspiksia ringan/pucat/biru/lemas, tindakan :  
☐ mengeringkan ☐ bebaskan jalan napas  
☐ rangsang taktil ☐ menghangatkan  
☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu  
☐ lain - lain sebutkan .....
- ☐ Cacat bawaan, sebutkan :  
☐ Hipotermi, tindakan :  
 a. ....  
 b. ....  
 c. ....
39. Pemberian ASI  
☐ Ya, waktu : .....jam setelah bayi lahir  
☐ Tidak, alasan .....
40. Masalah lain,sebutkan : .....
- Hasilnya : .....

Gambar 3.2 Partograf Bagian Belakang (Prawirohardjo, 2020)

### 3. Kala III

Kala III merupakan tahap dalam persalinan yang ditandai dengan pelepasan dan pengeluaran plasenta beserta selaput ketuban, sehingga sering disebut juga sebagai kala uri. Setelah bayi lahir dan kala II selesai, kontraksi rahim akan berhenti sementara selama sekitar 5 hingga 10 menit. Pada saat ini, rahim (uterus) terasa keras dan fundus uteri sedikit berada di atas pusat.

Beberapa saat kemudian, kontraksi rahim kembali terjadi, menyebabkan plasenta terlepas dari dinding rahim. Biasanya pelepasan ini berlangsung antara 6 hingga 15 menit setelah bayi lahir, dan plasenta akan keluar secara spontan atau dengan bantuan tekanan ringan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta sering disertai dengan darah.

Tanda-tanda bahwa plasenta telah terlepas dari dinding rahim antara lain:

1. Uterus berubah bentuk menjadi lebih bundar.
2. Fundus uteri terdorong lebih tinggi karena plasenta turun ke segmen bawah rahim.
3. Panjang tali pusat bertambah.
4. Terjadi semburan darah mendadak.

Plasenta biasanya dilahirkan dengan teknik dorsokranial, yang membantu mengarahkan keluarnya plasenta secara aman.

#### Penyebab Pelepasan Plasenta

##### 1. Retraksi dan Kontraksi Uterus

Setelah bayi lahir, uterus menyusut drastis, menjadi tebal dan hampir tanpa rongga. Akibat pengecilan ini, area perlekatan plasenta juga menyempit. Plasenta yang tidak dapat menyesuaikan diri dengan cepat akhirnya menggulung dan terlepas sebagian dari dinding rahim. Inilah mekanisme utama pelepasan plasenta.

##### 2. Perdarahan Subplasenter

Perdarahan yang terjadi di antara plasenta dan desidua basalis membentuk hematoma. Darah yang terkumpul ini mendorong plasenta menjauh dari tempat perlekatannya, sehingga memperluas area yang terlepas.

### 3. Pengeluaran Selaput Ketuban

Selaput janin umumnya keluar dengan mudah bersama plasenta. Namun jika ada bagian yang tertinggal, maka dapat dikeluarkan dengan beberapa cara:

- Menariknya secara perlahan.
- Memilin seperti memutar tali.
- Memutar menggunakan klem.
- Mengeluarkan secara manual atau dengan jari

#### (digital). Pemeriksaan Plasenta dan Selaput Setelah Dilahirkan

Setelah plasenta dan selaput dikeluarkan, penting untuk memeriksa kelengkapannya secara menyeluruh:

- Permukaan maternal harus memiliki 6 hingga 20 kotiledon, dan tidak boleh ada bagian yang hilang.
- Permukaan fetal juga diperiksa untuk memastikan tidak ada kelainan.
- Perlu diamati apakah terdapat plasenta suksenturiata (lobus tambahan).

Jika ditemukan bagian plasenta yang hilang atau tidak lengkap, kondisi ini disebut sisa plasenta, yang bisa menyebabkan perdarahan hebat dan infeksi jika tidak ditangani.

b. Kala III terdiri dari dua fase, yaitu:

#### 1. Fase Pelepasan

Plasenta Cara Pelepasan

Plasenta

Terdapat dua mekanisme utama bagaimana plasenta terlepas dari dinding rahim setelah bayi lahir, yaitu:

##### 1. Cara Schultze

Pada metode ini, plasenta terlepas dari bagian tengah terlebih dahulu, menyerupai proses menutup payung. Pelepasan ini terjadi akibat terbentuknya hematoma (penggumpalan darah) di belakang plasenta (retroplasental hematoma), yang mendorong bagian tengah plasenta terlepas lebih dulu, kemudian diikuti bagian lainnya.

Jenis ini paling sering terjadi (sekitar 80% kasus). Ciri khasnya, darah tidak

keluar banyak sebelum plasenta lahir, tetapi perdarahan lebih banyak muncul setelah plasenta keluar.

## 2. Cara Duncan

Berbeda dengan Schultze, pelepasan plasenta dengan cara ini dimulai dari pinggir plasenta. Mekanisme ini terjadi sekitar 20% kasus. Darah akan keluar lebih awal melalui celah antara plasenta dan selaput ketuban. Plasenta kemudian dikeluarkan bersamaan dari tengah dan tepinya secara bersamaan.

### Fase Pengeluaran Plasenta

Untuk mengetahui apakah plasenta telah terlepas dari rahim, digunakan beberapa metode palpasi atau pemeriksaan luar, antara lain:

#### 1. Tanda Kustner

Tangan ditempatkan di atas tulang kemaluan (simfisis pubis) dan ditekan ringan, sambil tali pusat ditarik perlahan.

- a. Jika tali pusat masuk kembali, berarti plasenta belum lepas.
- b. Jika tali pusat diam atau bertambah panjang, berarti plasenta sudah terlepas.

#### 2. Tanda Klein

Saat kontraksi terjadi, rahim sedikit didorong ke atas.

- a. Bila tali pusat bergerak kembali, artinya plasenta masih menempel.
- b. Jika tali pusat tetap atau memanjang, berarti plasenta sudah lepas.

*(Catatan: metode ini sekarang mulai digunakan kembali).*

#### 3. Tanda Strassman

Tali pusat ditegangkan sambil mengetuk bagian atas rahim (fundus).

- a. Bila tali pusat bergetar, menandakan plasenta belum lepas.
- b. Bila tidak ada getaran, artinya plasenta telah lepas.

Tanda-tanda Umum Plasenta Telah Terlepas:

- a. Rahim teraba menonjol dan keras di atas simfisis pubis.
- b. Tali pusat terlihat lebih panjang.

- c. Bentuk rahim menjadi bundar dan padat.
- d. Darah keluar tiba-tiba dalam jumlah cukup banyak.

#### C. Asuhan Sayang Ibu Pada Kala III Persalinan

- a. Memberikan kesempatan kepada ibu untuk memeluk bayinya dan menyusui segera.
- b. Memberitahu setiap tindakan yang akan dilakukan.
- c. Pencegahan infeksi pada kala III.
- d. Memantau keadaan ibu (tanda vital, kontraksi, perdarahan).
- e. Melakukan kolaborasi/rujukan bila terjadi kegawatdaruratan.
- f. Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi.
- g. Memberikan motivasi dan pendampingan selama kala III.

#### 4. Kala IV

Kala IV persalinan dimulai setelah keluarnya plasenta dan selaput ketuban, berlangsung selama kurang lebih 1 hingga 2 jam setelah persalinan. Fase ini sangat penting karena merupakan waktu yang paling rawan terjadi perdarahan postpartum. Oleh karena itu, ibu harus dalam pengawasan ketat. Volume darah yang keluar harus dipantau dengan cermat. Umumnya, kehilangan darah normal berkisar antara 100 hingga 300 cc, dengan rata-rata sekitar 250 cc. Jika jumlah darah yang keluar melebihi 500 cc, kondisi ini dianggap tidak normal dan perlu dicari penyebabnya, seperti adanya luka pada tempat pelepasan plasenta atau robekan di serviks dan perineum.

Hal penting yang perlu diingat adalah: jangan meninggalkan ibu dalam satu jam pertama setelah melahirkan bayi dan plasenta. Sebelum tenaga kesehatan meninggalkan ibu, ada tujuh hal utama yang harus diperiksa:

1. Kontraksi rahim: Periksa melalui palpasi untuk memastikan rahim berkontraksi dengan baik. Bila diperlukan, lakukan pijatan rahim (masase) dan berikan obat uterotonika seperti oksitosin, methergin, atau ermetrin.
2. Perdarahan: Amati apakah ada perdarahan, dan jika ada, apakah jumlahnya masih dalam batas normal (maksimal 400–500 cc).



3. Kandung kemih: Pastikan kandung kemih kosong. Bila ibu belum berkemih, dorong ia untuk melakukannya. Jika tidak bisa, lakukan kateterisasi.
4. Luka jahitan: Periksa kondisi jahitan, pastikan tidak ada perdarahan atau tanda-tanda masalah lainnya.
5. Plasenta dan selaput ketuban: Pastikan semuanya keluar dengan lengkap dan tidak ada yang tertinggal.
6. Kondisi umum ibu: Periksa tanda-tanda vital seperti tekanan darah, denyut nadi, pernapasan, dan identifikasi adanya keluhan atau masalah lain.
7. Kondisi bayi: Pastikan bayi dalam keadaan sehat dan stabil.

#### D. Asuhan Sayang Ibu Pada Kala IV Persalinan

- a. Memastikan tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan dalam keadaan normal.
- b. Membantu ibu untuk berkemih.
- c. Mengajarkan ibu dan keluarganya tentang cara menilai kontraksi dan melakukan massase uterus.
- e. Menyelesaikan asuhan awal bagi bayi baru lahir.
- f. Mengajarkan ibu dan keluarganya ttg tanda-tanda bahaya post partum seperti perdarahan, demam, bau busuk dari vagina, pusing, lemas, penyulit dalam menyusui bayinya dan terjadi kontraksi hebat.
- g. Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi.
- h. Pendampingan pada ibu selama kala IV.
- i. Nutrisi dan dukungan emosional

## 2.3 Nifas

### 2.3.1 Konsep dasar nifas

#### a. Pengertian nifas

Masa nifas merupakan periode yang dimulai dua jam setelah persalinan dan berlangsung hingga organ reproduksi kembali ke kondisi sebelum kehamilan. Umumnya, masa ini berlangsung sekitar 6 minggu atau 42 hari. Namun, pemulihan secara menyeluruh, baik fisik maupun mental, biasanya memerlukan waktu hingga tiga bulan. Jika organ reproduksi telah kembali normal secara fisik, tetapi kondisi psikologis ibu masih terganggu, maka masa nifas tersebut belum dianggap

berlangsung secara normal atau optimal

Pelayanan pada masa nifas dan periode menyusui adalah bagian dari tugas dan tanggung jawab bidan dalam praktik profesionalnya. Asuhan ini dimulai sejak dua jam setelah kelahiran plasenta hingga organ kandungan kembali ke keadaan semula, yang berlangsung sekitar enam minggu, kemudian dilanjutkan dengan pendampingan selama masa menyusui hingga anak berusia dua tahun. (Abdullah et al., 2025)

**b. Fisiologi masa Nifas (ARIANI et al., n.d.)**

**a) Tahapan Masa Nifas Berdasarkan Pemulihan:**

1. Puerperium dini adalah tahap awal masa nifas di mana ibu mulai mengalami masa pengeluaran cairan nifas (lochea) dan sudah diperbolehkan untuk bangun dari tempat tidur serta berjalan secara perlahan.
2. Puerperium intermediat merupakan periode pemulihan organ genital secara keseluruhan yang biasanya berlangsung selama 6 hingga 8 minggu setelah persalinan.
3. Remote puerperium adalah tahap lanjutan yang dibutuhkan untuk mencapai kesembuhan yang sempurna, terutama bagi ibu yang mengalami komplikasi selama kehamilan atau persalinan. Masa ini bisa berlangsung berminggu-minggu, berbulan-bulan, bahkan hingga tahunan.

**b) Perubahan Fisik Selama Masa Nifas:**

1. Timbul rasa nyeri atau kram di perut bagian bawah akibat proses penyusutan rahim (involusi).
2. Terjadi pengeluaran darah dari vagina (lochea) yang merupakan sisa-sisa jaringan dari rahim.
3. Ibu mengalami kelelahan karena proses persalinan yang menguras tenaga.
4. Payudara mulai membesar karena proses produksi dan pengisian ASI.
5. Beberapa ibu mengalami kesulitan buang air besar (BAB) maupun buang air kecil (BAK).
6. Terjadi ketidaknyamanan atau nyeri pada otot-otot seperti betis, perut, panggul, dada, dan bokong.
7. Muncul luka atau jahitan pada jalan lahir akibat proses persalinan.

c) Perubahan Psikologis Selama Masa Nifas:

1. Pada awal setelah melahirkan hingga hari ke-2, ibu cenderung fokus pada dirinya sendiri dan membutuhkan istirahat, dikenal sebagai fase *taking in*.
2. Mulai hari ke-3 hingga hari ke-10, ibu mulai merasa khawatir terhadap kemampuannya dalam merawat bayi dan bisa mengalami perubahan suasana hati (baby blues); ini dikenal sebagai fase *taking hold*.
3. Sejak hari ke-10 hingga akhir masa nifas, ibu mulai merasa lebih percaya diri dalam merawat dirinya dan bayinya, fase ini disebut *letting go*.

d) Jenis-Jenis Lochea Berdasarkan Waktu:

1. Lochea rubra (hari ke-1 hingga ke-2): Berwarna merah segar, mengandung darah, sisa ketuban, jaringan desidua, serta sisa-sisa vernix caseosa, lanugo, dan mekonium.
2. Lochea sanguinolenta (hari ke-3 hingga ke-7): Berwarna coklat karena campuran darah dan lendir.
3. Lochea serosa (hari ke-7 hingga ke-14): Berwarna kekuningan, menandakan berkurangnya darah.
4. Lochea alba (hari ke-14 hingga akhir masa nifas): Berwarna putih. Bila berbau busuk dan terinfeksi, disebut *lochea purulenta*.

**c. Asuhan Masa Nifas**

Masa nifas adalah masa yang dimulai setelah 2 jam postpartum dan berakhir ketika alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, biasanya berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan baik secara fisiologis maupun psikologis akan pulih dalam waktu 3 bulan (Dewi Ciselina & Vivi Oktari, 2021)

**d. Tujuan Asuhan Masa Nifas**

Tujuan pemberian asuhan masa nifas yaitu (Dewi Ciselina & Vivi Oktari, 2021):

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun psikologis
- 2) Mendeteksi masalah, mengobati dan merujuk apabila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, cara menyusui, imunisasi serta perawatan pada bayi

#### 4) Memberikan pelayanan KB

#### e. **Kunjungan Masa Nifas**

Kunjungan masa nifas idealnya dilakukan minimal empat kali, dengan tujuan utama untuk memantau kondisi kesehatan ibu dan bayi baru lahir, serta mencegah dan menangani berbagai kemungkinan komplikasi (Maryunani, 2017).

1. Kunjungan Pertama (antara 6 jam hingga 3 hari setelah persalinan)
  - a. Mencegah terjadinya perdarahan pasca persalinan.
  - b. Mendeteksi serta menangani penyebab perdarahan lain, dan merujuk bila perdarahan berlanjut.
  - c. Memberikan edukasi kepada ibu atau keluarga mengenai cara mencegah perdarahan akibat lemahnya kontraksi rahim (atonia uteri).
  - d. Mendukung pemberian ASI sejak dini.
  - e. Membimbing ibu untuk menjalin ikatan emosional dengan bayinya.
  - f. Menjaga bayi agar tetap hangat dan mencegah kondisi hipotermia.
2. Kunjungan Kedua (hari ke-4 hingga ke-7 setelah persalinan)
  - a. Memastikan rahim menyusut secara normal (involusi), letak fundus uteri di bawah pusar, tidak ada perdarahan berlebih, dan tidak tercium bau tak sedap.
  - b. Mengidentifikasi gejala demam, infeksi, atau gangguan lainnya pasca persalinan.
  - c. Memastikan ibu memperoleh cukup makanan, cairan, serta waktu istirahat yang memadai.
  - d. Memastikan proses menyusui berjalan lancar tanpa kendala.
  - e. Memberikan penyuluhan tentang perawatan bayi, termasuk perawatan tali pusat dan cara menjaga suhu tubuh bayi tetap stabil.
3. Kunjungan Ketiga (antara hari ke-8 hingga ke-28 setelah persalinan)
  - a. Memastikan proses penyusutan rahim berlangsung normal, tidak ada keluhan perdarahan atau bau tidak sedap.
  - b. Mengamati tanda-tanda infeksi, demam, atau gangguan kesehatan lainnya pada ibu.
  - c. Menilai apakah kebutuhan nutrisi, hidrasi, dan istirahat ibu terpenuhi.

- d. Mengevaluasi keberhasilan menyusui dan memastikan tidak ada hambatan.
  - e. Memberikan edukasi lanjutan seputar perawatan bayi dan menjaga kehangatannya.
4. Kunjungan Keempat (hari ke-29 hingga ke-42 setelah persalinan)
- a. Menanyakan keluhan atau gangguan kesehatan yang mungkin dialami oleh ibu atau bayinya.
  - b. Memberikan penyuluhan awal terkait metode kontrasepsi (KB).
  - c. Pada masa ini, biasanya ibu mengalami lochea alba, yakni cairan putih kekuningan yang keluar antara minggu ke-2 hingga ke-6 pasca persalinan. Cairan ini mengandung leukosit, lendir serviks, serta jaringan mati dari peluruhan rahim. (Dewi Ciselia & Vivi Oktari, 2021)

#### **f. Kebutuhan ibu pada Masa Nifas**

##### **1. Perawatan Payudara**

Perawatan payudara adalah upaya yang dilakukan untuk menjaga kondisi payudara, khususnya selama masa nifas atau masa menyusui, guna mendukung kelancaran produksi dan pengeluaran ASI. Tindakan ini dimulai sejak setelah persalinan dan menyusui, karena payudara merupakan satu-satunya sumber makanan utama bagi bayi yang baru lahir. Oleh karena itu, perawatan harus dilakukan sedini mungkin agar produksi ASI optimal.

Beberapa faktor yang memengaruhi produksi ASI antara lain:

asupan makanan ibu, kondisi mental dan emosional, kualitas istirahat, perawatan payudara, faktor fisiologis, serta kekuatan hisapan bayi (Handayani, 2025).

##### **2. Pijat Oksitosin**

Pijat oksitosin adalah teknik pemijatan pada area tulang belakang, dimulai dari tulang leher (vertebra servikalis) hingga ke bagian punggung tengah (vertebra torakalis ke-12). Tujuan pijatan ini adalah untuk merangsang pelepasan hormon prolaktin dan oksitosin setelah persalinan. Pijatan ini menstimulasi refleks oksitosin (let down reflex) yang berperan dalam pengeluaran ASI. Selain itu, pijat oksitosin juga membantu menenangkan ibu, sehingga produksi dan pengeluaran ASI bisa berlangsung lebih alami dan lancar. (Wicaksono & Rahayuningsih, 2025).

## **2. 4 Bayi Baru lahir**

### **2. 4. 1 Konsep dasar Bayi Baru lahir**

#### **a. Pengertian bayi baru lahir**

Bayi baru lahir adalah bayi yang baru saja dilahirkan, baik melalui persalinan normal maupun metode lainnya, dengan berat badan berkisar antara 2.500 hingga 4.000 gram. Bayi merupakan karunia sekaligus amanah dari Tuhan yang Maha Esa. Kehadiran seorang anak dalam keluarga sangat dinantikan, karena selain menjadi sumber kebahagiaan, ia juga dianggap sebagai penerus generasi. Oleh sebab itu, sejak awal kelahirannya, bayi perlu mendapatkan perawatan yang optimal, karena hal ini menjadi fondasi penting dalam menunjang tumbuh kembangnya baik secara psikologis, sosial, spiritual, maupun motorik (Kunang & Sulistianingsih, 2023)

#### **b. Fisiologi Bayi Baru Lahir**

Adaptasi fisiologis pada bayi baru lahir mengacu pada proses penyesuaian tubuh bayi terhadap kehidupan di luar rahim, setelah melewati proses kelahiran. Bayi yang baru lahir adalah individu yang sedang mengalami pertumbuhan dan harus beradaptasi dari kehidupan intrauterin ke lingkungan ekstrauterin.

##### **1. Sistem Pernapasan**

Paru-paru bayi yang cukup matang sudah mampu mengembangkan struktur alveoli untuk pernapasan. Selama di dalam kandungan, janin menerima oksigen melalui plasenta. Setelah lahir, pernapasan spontan pertama biasanya terjadi dalam 30 menit pertama kehidupan.

##### **2. Penyesuaian Suhu Tubuh**

Bayi baru lahir sangat rentan mengalami stres akibat perubahan suhu lingkungan. Ketika lahir, bayi berpindah dari lingkungan rahim yang hangat ke dunia luar yang suhunya lebih rendah. Hal ini membuat bayi kehilangan panas tubuh secara cepat, sehingga perlu dilakukan upaya untuk menjaga kehangatan tubuhnya segera setelah lahir.

##### **3. Sistem Pencernaan**

Bayi cukup bulan sebenarnya sudah bisa menelan dan mencerna makanan, namun masih terbatas pada ASI. Sistem pencernaan belum bekerja secara

optimal dalam mencerna zat gizi seperti protein, lemak, dan karbohidrat. Selain itu, hubungan antara kerongkongan bagian bawah dan lambung belum sempurna, sehingga bayi sering mengalami gumoh jika mengonsumsi ASI melebihi kapasitas lambungnya.

#### 4. Sistem Imun

Daya tahan tubuh bayi baru lahir masih belum berkembang secara sempurna. Ketidakmatangan ini menjadikan neonatus sangat rentan terhadap infeksi dan reaksi alergi. Sistem kekebalan yang sudah matang akan memberikan perlindungan alami serta kekebalan yang didapat melalui paparan atau imunisasi

### **2. 4. 2 Asuhan bayi baru lahir**

#### 1. Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

IMD merupakan proses menyusui yang dimulai sesegera mungkin setelah bayi dilahirkan, asalkan kondisi bayi stabil, ditandai dengan tangisan kuat dan warna kulit kemerahan. Proses ini dilakukan dengan meletakkan bayi di atas dada atau perut ibu, lalu membiarkan bayi secara naluriah mencari dan menempel pada puting ibu selama kurang lebih 60 menit. Prosedur ini tidak hanya memberikan kenyamanan pada bayi, tetapi juga memperkuat ikatan emosional antara ibu dan bayi (bonding). (Suryaningsih 2022).

Manfaat IMD bagi bayi meliputi:

- a. Membantu menstabilkan pernapasan.
- b. Mengatur suhu tubuh bayi lebih efektif dibandingkan dengan penggunaan inkubator.
- c. Membentuk flora normal (kolonisasi kuman yang baik) dan mencegah infeksi dari lingkungan rumah sakit (nosokomial).
- d. Mempercepat pengeluaran mekonium sehingga kadar bilirubin turun lebih cepat dan menurunkan risiko bayi kuning (ikterus).
- e. Kontak kulit ke kulit membuat bayi lebih tenang dan mendukung pola tidur yang baik, yang turut membantu peningkatan berat badan.

Manfaat IMD bagi ibu antara lain:

- Merangsang pelepasan hormon oksitosin dan prolaktin yang penting dalam

proses menyusui.

- Memperkuat hubungan emosional (bonding) antara ibu dan bayi (Suryaningsih, 2022).

## 2. Perawatan Tali Pusat

Perawatan tali pusat sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi pada bayi baru lahir. Prinsip utamanya adalah menjaga tali pusat agar tetap bersih dan kering.

## 3. Memandikan Bayi

Memandikan bayi adalah kegiatan umum, tetapi sering dilakukan secara keliru. Salah satunya adalah memandikan bayi terlalu cepat setelah dilahirkan, yang berisiko menyebabkan penurunan suhu tubuh (hipotermia). Pada kondisi tertentu, seperti bayi yang sedang sakit, masih memiliki tali pusat, atau sedang dalam perjalanan, mandi dengan cara berendam sebaiknya dihindari. Sebagai gantinya, bayi cukup dibersihkan dengan air hangat dan sabun menggunakan metode penyeka untuk menjaga kebersihan dan kesegarannya.

## 4. Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (APGAR Score)

Pemeriksaan awal pada bayi baru lahir dilakukan dengan Apgar Score, yakni evaluasi kondisi bayi yang dilakukan satu menit dan lima menit setelah kelahiran. Penilaian ini biasa dilakukan saat tahap kala III persalinan, di mana bayi diletakkan di atas perut ibu dan dibungkus dengan selimut atau handuk yang hangat dan kering. Nilai APGAR dikatakan baik jika skornya lebih dari 7.

**Tabel 5.1 Penilaian APGAR score**

Tanda	Nilai		
	0	1	2
Appearance (Warna Kulit)	Seluruh tubuh warna biru atau pucat	Tubuh kemerahan, Ekstermitas biru	Berwarna merah muda seluruhnya
Pulse (Denyut)	Tidak Ada	<100x/i	>100 x/menit



Jantung)			
Grimace (Refleks)	Tidak Bereaksi	Meringis	Menangis kuat
Activity (Tonus Otot)	Lumpuh	Ektermitas Fleksi Sedikit	Gerakan aktif, kuat
Respiration (Usaha Pernafasan)	Tidak ad Tidak ada	Lambat tidak teratur	Menangis Kuat

**Sumber: Ida Baroroh, 2025**

berikut ini adalah hasil interpretasi APGAR SKOR:

- Skor di atas 7: menandakan bahwa bayi dalam kondisi baik
- Skor 5-6: menandakan bayi kurang sehat perlu bantuan pernapasan
- Skor 5: merupakan keadaan gawat pada bayi yang mengindikasikan bahwa bayi membutuhkan resusitasi segera

## **2. 5 Keluarga Berencana (KB)**

Keluarga Berencana (KB) merupakan bentuk layanan kesehatan pencegahan yang sangat mendasar dan penting Agar manfaat KB dalam aspek kesehatan dapat tercapai secara maksimal, layanan ini perlu diberikan kepada perempuan dengan cara yang terpadu, yakni dengan mengintegrasikan pelayanan KB ke dalam layanan kesehatan reproduksi utama maupun layanan kesehatan lainnya.

Kontrasepsi mantap adalah salah satu metode KB yang bersifat permanen, dilakukan melalui prosedur medis berupa pemotongan atau pengikatan saluran reproduksi—saluran tuba (tuba falopii) pada perempuan dan saluran sperma (vas deferens) pada laki-laki. Metode ini bertujuan untuk menghentikan proses pembuahan sehingga kehamilan tidak lagi dapat terjadi.(Meilani & Putranto Prasetyo Wijiharto Tunggal, 2020)

### **2.5. 1 Metode Keluarga Berencana Alami**

#### **1. Metode Kalender**

Metode kalender adalah salah satu metode kontrasepsi alami yang memiliki banyak

keterbatasan karena tergantung pada panjang siklus menstruasi wanita. Cara ini hanya memperkirakan masa subur dalam siklus haid, sehingga jika digunakan, tetap ada kemungkinan terjadinya kehamilan. Perhitungan masa subur biasanya memperhitungkan  $\pm 2$  hari sekitar 14 hari sebelum menstruasi berikutnya dimulai. Sperma bisa bertahan hidup dalam tubuh wanita selama 2–3 hari, sedangkan ovum (sel telur) bertahan sekitar 24 jam. Maka, masa subur total biasanya berlangsung selama 9 hari. Untuk menentukan awal masa subur, dikurangi 20 hari dari siklus terpendek, dan untuk akhir masa subur, dikurangi 10 hari dari siklus terpanjang.

## 2. Metode Suhu Basal Tubuh (SBT)

Metode ini digunakan untuk mengenali waktu ovulasi dengan memantau kenaikan suhu tubuh basal, yang terjadi akibat peningkatan hormon progesteron yang dihasilkan oleh korpus luteum setelah ovulasi. Wanita perlu mengukur suhu tubuhnya setiap pagi, pada waktu yang sama, setelah tidur minimal 5–6 jam tanpa gangguan. Suhu harus diukur sebelum melakukan aktivitas apa pun, karena aktivitas fisik dapat memengaruhi hasil pengukuran. Dengan mencatat suhu setiap hari, wanita dapat mengidentifikasi fase luteal atau fase setelah ovulasi.

## 3. Metode Gejala-Suhu

Metode ini menggabungkan pengamatan terhadap suhu basal tubuh dan perubahan lendir serviks untuk menentukan masa subur. Selain itu, indikator ovulasi tambahan juga dapat digunakan, seperti nyeri ringan di perut bagian bawah atau perubahan pada serviks. Dengan mencermati semua tanda ini, wanita dapat lebih akurat mengenali waktu ovulasi.

## 4. Metode Amenore Laktasi (MAL)

Metode ini didasarkan pada fakta bahwa menyusui secara eksklusif dapat menekan ovulasi karena kadar hormon prolaktin yang tinggi. Wanita yang menyusui penuh dan belum mendapatkan kembali menstruasi hingga 56 hari pasca melahirkan memiliki kemungkinan sangat kecil untuk hamil selama enam bulan pertama. Efektivitas metode ini dapat mencapai lebih dari 98% bila ibu tidak menggunakan tambahan susu formula atau makanan lain untuk bayinya.

## 5. Kondom

Kondom adalah alat kontrasepsi yang digunakan dengan cara menutupi penis saat

berhubungan intim, mencegah masuknya sperma ke dalam vagina. Bentuknya silinder dengan pinggir yang tebal dan bagian ujungnya tertutup untuk menampung sperma. Ukurannya bervariasi, umumnya berdiameter antara 31–36,5 mm dan panjang sekitar 19 cm. Kondom juga berfungsi sebagai pelindung dari penyakit menular seksual. (Wahyuni, 2022)

### **2.5.2 Metode Keluarga Berencana Hormonal**

#### **a. Pil Kombinasi**

Pil kombinasi merupakan jenis kontrasepsi oral yang saat ini dianggap paling efektif. Kandungan utamanya adalah hormon estrogen, seperti etinil estradiol dan mestranol, yang memiliki gugus ethynil pada atom karbon ke-17 (Prawirohardjo, 2020).

#### **b. Suntik 3 Bulan (Kontrasepsi Progestin)**

Suntikan kontrasepsi bulanan mengandung kombinasi hormon estrogen dan progestin, menyerupai hormon alami dalam tubuh perempuan. Preparat yang umum digunakan meliputi medroksiprogesteron asetat (MPA)/estradiol kaproat atau norethisteron enantat (NET-EN)/estradiol valerate.

#### **c. Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (Implant/AKBK)**

Implan adalah metode kontrasepsi yang dimasukkan di bawah kulit dan mengandung levonorgestrel yang dilapisi bahan silastik silikon. Efektivitasnya sangat tinggi, dengan tingkat kegagalan sekitar 0,2–1 kehamilan per 100 wanita.

Implan bekerja dengan mengentalkan lendir serviks, menghambat pembentukan lapisan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, serta memperlambat pergerakan sperma. Metode ini cocok untuk semua perempuan usia subur dan kesuburan akan kembali dengan cepat setelah implan dilepas.

#### **d. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR CuT-380A)**

AKDR CuT-380A adalah alat kontrasepsi berbentuk huruf T, fleksibel dan dilapisi kawat tembaga halus. Alat ini dimasukkan ke dalam rahim untuk mencegah kehamilan.

Keuntungan:

1. Efektif dalam jangka panjang.
2. Tidak mengganggu hubungan seksual.

3. Setelah dilepas, kesuburan dapat kembali dengan cepat.

e. Kontrasepsi Mantap (Sterilisasi)

Kontrasepsi mantap adalah metode permanen untuk mencegah kehamilan.

Dilakukan dengan menutup atau memotong saluran telur (tuba falopi) pada perempuan atau saluran sperma (vas deferens) pada laki-laki.  
(Prawirohardjo, 2020a)