

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Asuhan Kebidanan Kehamilan

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan proses alami yang diawali dari pembuahan (fertilisasi) hingga janin dilahirkan. Peristiwa fisiologis ini terjadi pada wanita matang secara seksual yang telah bermenstruasi dan berhubungan seksual dengan pria subur. Secara umum, masa kehamilan berlangsung selama 280 hari (40 minggu) terhitung dari Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) hingga persalinan, serta terbagi menjadi tiga trimester berdasarkan usia kandungannya. (Ratnasari et al., 2025)

Kehamilan dimulai dari peristiwa fertilisasi—pembuahan ovum oleh spermatozoa—yang dilanjutkan dengan tertanamnya (implantasi) hasil pembuahan di lapisan endometrium rahim. Durasi kehamilan normal berlangsung sekitar sembilan bulan atau 40 minggu hingga proses persalinan. Berdasarkan usia gestasinya, kehamilan diklasifikasikan ke dalam tiga fase: trimester I (0–12 minggu), trimester II (13–27 minggu), dan trimester III (28–40 minggu/persalinan). (Oktavia, 2024)

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia memiliki komitmen untuk memberikan pelayanan dasar ibu hamil lewat pemeriksaan antenatal sedikitnya enam kali selama sembilan bulan. Kunjungan dilakukan 1 kali pada Trimester 1 (0–12 minggu) berfokus pada skrining awal dan kondisi umum, 2 kali pada Trimester 2 (13–28 minggu) untuk memantau janin, serta 3 kali pada Trimester 3 (28–40 minggu) untuk kesiapan persalinan dan deteksi komplikasi (Kemenkes RI, 2023). Maka dari itu, ibu hamil sangat perlu menerima asuhan kebidanan yang tepat sejak awal masa kehamilannya.

b. Perubahan Fisiologi Pada Kehamilan

1) Sistem Reproduksi

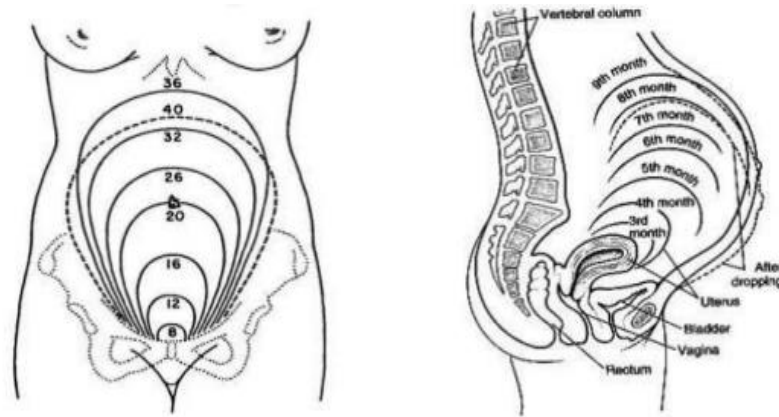
a. Uterus

Sepanjang masa kehamilan hingga persalinan, uterus mengalami penyesuaian organ guna melindungi dan menutrisi janin, plasenta, serta cairan ketuban. Ukuran rahim terus membesar mengikuti perkembangan hasil konsepsi di dalam uterus (*intrauterin*). Proses pembesaran ini dipengaruhi oleh hormon estrogen yang merangsang hiperplasia jaringan, bersama hormon progesteron yang mempertahankan elastisitas dan kelenturan dinding rahim.

Sebelum kehamilan, uterus memiliki estimasi massa 70 gram dan kapasitas volume 10 mL. Selama kehamilan, organ ini mengalami perubahan yang sangat signifikan sebagai bentuk adaptasi terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin. Menjelang usia kehamilan aterm, volume uterus dapat meningkat hingga sekitar 20 liter atau bahkan lebih, yaitu sekitar 500–1.000 kali lebih besar dibandingkan dengan kondisi sebelum hamil. Selain itu, berat uterus juga mengalami peningkatan dan dapat mencapai sekitar 1.100 gram pada akhir kehamilan. Secara anatomis, otot uterus selama masa kehamilan tersusun atas tiga lapisan, yaitu lapisan luar yang menutupi fundus uteri, lapisan tengah yang merupakan lapisan otot paling tebal, serta lapisan dalam yang tersusun dari serabut-serabut sfingter yang mengelilingi orifisium tuba uterina dan orifisium uteri.

Menjelang akhir usia gestasi, terjadi pembesaran uterus secara signifikan sehingga mengisi penuh rongga pelvis (panggul) dan mengekspansi hingga ke area dinding abdomen. Pembesaran tersebut menyebabkan usus terdorong ke arah samping dan atas, bahkan mendekati hati. Pada saat yang sama, kontraksi otot-otot di bagian atas uterus mengakibatkan segmen bawah uterus mengalami peregangan dan penipisan. Selain itu, serviks menjadi lebih lunak sehingga proses dilatasi dapat berlangsung lebih mudah ketika persalinan dimulai. (Rohaeni & ST,

2023)



Gambar 2.1 : Perubahan uterus sesuai usia kehamilan.

Sumber : Prawirohardjo, 2020

b. Serviks

Pada masa kehamilan, peningkatan kadar hormon estrogen menyebabkan bertambahnya vaskularisasi sehingga pembuluh darah di sekitar serviks menjadi lebih banyak dan penuh. Sementara itu, hormon progesteron membuat jaringan serviks menjadi lebih lunak. Kelenjar endoserviks juga mengalami pembesaran dan menghasilkan lebih banyak sekret mukus. Kombinasi peningkatan vaskularisasi dan pelebaran pembuluh darah menyebabkan serviks tampak berwarna kebiruan hingga keunguan, yang dikenal sebagai tanda Chadwick. (Maryana et al., 2024).

c. Ovarium

Pada usia kandungan mendekati 16 minggu, fungsi sintesis hormon progesteron dan estrogen secara bertahap dialihkan kepada plasenta. Sepanjang kehamilan berlangsung, aktivitas ovarium diistirahatkan sehingga tidak terjadi proses pembentukan folikel, pematangan sel telur, ovulasi, maupun siklus hormonal menstruasi. (Maryana et al., 2024)

d. Vagina dan Vulva

Selama kehamilan, vagina mengalami berbagai perubahan fisiologis, salah satunya adalah perubahan derajat keasaman (pH). Nilai pH vagina yang semula sekitar 4 meningkat menjadi kurang lebih 6,5 sebagai respons terhadap perubahan hormonal yang terjadi selama masa

kehamilan. Perubahan fisiologis tersebut meningkatkan kerentanan ibu hamil terhadap infeksi vaginal, terutama kandidiasis (infeksi jamur). Selain itu, terjadi penebalan mukosa, penyesuaian jaringan ikat menjadi lebih lunak, dan hipertrofi otot polos vagina yang ditandai dengan pembesaran sel-sel otot. Berbagai transformasi ini berfungsi sebagai bentuk adaptasi anatomis dalam memfasilitasi proses persalinan. (Maryana et al., 2024)

e. Payudara

Dalam masa kehamilan, tingginya kadar hormon estrogen memicu perkembangan saluran susu (duktus), sedangkan progesteron menunjang pertumbuhan sel-sel asinus payudara. Perubahan hormon tersebut mengakibatkan payudara bertambah besar, terasa kencang, dan bersiap untuk menyusui. Di samping itu, terjadi hiperpigmentasi pada areola dan puting susu yang diiringi dengan pembesaran kelenjar Montgomery. Pengaruh aktivitas sel melanosit juga mengakibatkan puting susu tampak lebih besar dan lebih menonjol sebagai bagian dari persiapan tubuh untuk proses menyusui. (Maryana et al., 2024)

2) Sistem Tubuh Secara Umum

a. Sistem Kardiovaskular

Pada sistem kardiovaskular selama kehamilan, terjadi peningkatan beban kerja jantung yang cukup besar. Kondisi ini menyebabkan otot jantung mengalami penyesuaian berupa pembesaran atau hipertrofi, terutama pada ventrikel kiri yang berperan penting dalam memompa darah ke seluruh tubuh. Selain itu, curah jantung juga meningkat, sehingga jumlah darah yang dipompa pada setiap denyutan menjadi lebih banyak. Akibat dari peningkatan tersebut, aliran darah dalam tubuh menjadi lebih cepat dan efektif. Hal ini berdampak pada meningkatnya suplai darah yang membawa oksigen dan zat gizi ke berbagai organ dan jaringan ibu. Peningkatan tersebut diperlukan untuk memenuhi kebutuhan metabolisme ibu sekaligus menunjang pertumbuhan dan perkembangan janin selama masa kehamilan. (Handayani et al., 2025)

b. Sistem Pernafasan

Sesak napas adalah salah satu keluhan yang umum dirasakan oleh ibu hamil, terutama usai usia kehamilan menyentuh sekitar 32 minggu. Keluhan ini muncul lantaran pembesaran rahim menekan organ di dalam rongga perut dan mendesak diafragma ke atas sejauh kira-kira 4 cm. Dampaknya, ruang gerak diafragma menjadi terbatas dan ekspansi paru berkurang, yang membuat ibu hamil lebih rentan merasa sesak.

c. Sistem Perkemihan

Sepanjang kehamilan, tingginya kadar hormon estrogen dan progesteron mengakibatkan pelebaran (dilatasi) ureter dan melemahkan tonus otot saluran kencing. Di samping itu, penekanan rahim yang kian membesar pada trimester pertama dan ketiga terhadap kandung kemih menyebabkan frekuensi buang air kecil (BAK) meningkat. Demi mencegah infeksi dan merawat organ reproduksi, ibu hamil diimbau menjaga kebersihan daerah kewanitaan dengan mengganti celana dalam secara rutin supaya tetap kering dan bersih.

d. Sistem Pencernaan

Peningkatan kadar hormon estrogen dan human chorionic gonadotropin (hCG) selama kehamilan dapat memicu munculnya keluhan mual dan muntah, terutama pada trimester pertama. Kondisi ini merupakan respons fisiologis yang umum dialami ibu hamil sebagai akibat perubahan hormonal yang terjadi pada awal masa kehamilan. Selain itu, perubahan hormon juga memengaruhi gerakan peristaltik saluran cerna sehingga ibu hamil dapat mengalami keluhan berupa perut kembung dan konstipasi. Hormon progesteron berperan dalam mengendurkan otot polos, sehingga rahim tetap dalam keadaan relaks dan dapat mencegah terjadinya kontraksi dini selama kehamilan. Di samping itu, peningkatan hormon selama kehamilan juga memengaruhi sistem pencernaan dengan menurunkan tonus sfingter anal serta memperlambat motilitas lambung dan usus. Kondisi ini menyebabkan proses pengosongan lambung berlangsung lebih lambat. Seiring bertambahnya usia kehamilan, pembesaran uterus akibat

pertumbuhan janin juga dapat menekan usus sehingga menimbulkan hambatan mekanis pada saluran pencernaan. Kondisi-kondisi tersebut menjadi salah satu penyebab terjadinya konstipasi pada ibu hamil. Di samping faktor hormonal dan mekanis, konstipasi juga dapat dipengaruhi oleh beberapa hal lain, seperti pola makan yang kurang baik, asupan cairan yang tidak mencukupi, kurangnya aktivitas fisik, konsumsi suplemen zat besi, riwayat konstipasi sebelumnya, tingkat kecemasan, serta posisi saat buang air besar (Ruspita Rika ,dkk 2023)

e. Sistem Integumen

Selama kehamilan, sistem integumen mengalami berbagai perubahan fisiologis, salah satunya berupa peningkatan pigmentasi kulit (hiperpigmentasi). Perubahan ini terutama dipengaruhi oleh peningkatan aktivitas hormonal, khususnya Melanophore Stimulating Hormone (MSH) yang diproduksi oleh lobus anterior kelenjar hipofisis, serta dipengaruhi oleh hormon yang dihasilkan kelenjar adrenal. Akibatnya, beberapa area kulit menjadi tampak lebih gelap selama masa kehamilan. Peningkatan hormon tersebut merangsang produksi melanin sehingga warna kulit menjadi lebih gelap pada area tertentu. Hiperpigmentasi biasanya tampak pada beberapa bagian tubuh, seperti munculnya garis gelap di perut (linea nigra), penggelapan pada areola dan papila mammae, serta bercak kecokelatan pada wajah yang dikenal sebagai chloasma gravidarum. Selain itu, juga terlihat pada striae gravidarum yang pada awalnya berwarna kemerahan (livide) dan kemudian berubah menjadi lebih pucat (alba). Perubahan ini merupakan kondisi yang normal selama kehamilan dan umumnya akan berangsur-angsur memudar atau hilang setelah ibu menjalani persalinan (Handayani et al., 2025)

2.1.2 Asuhan Kehamilan

a. Pengertian Asuhan Kehamilan

Asuhan kehamilan (*antenatal care/ANC*) merupakan bentuk layanan kesehatan yang diselenggarakan secara terstruktur dan berkesinambungan sepanjang masa gestasi. Pelayanan ini berfokus utama

pada strategi promotif dan preventif guna mengoptimalkan kesehatan ibu dan janin Pelayanan ini dilakukan melalui pemeriksaan serta pemantauan rutin untuk menjaga kesehatan ibu dan janin, mendeteksi faktor risiko sejak dini, mencegah terjadinya komplikasi, dan mengoptimalkan luaran kesehatan ibu (maternal) maupun bayi (neonatal).

Melalui Pelayanan Antenatal Care (ANC) ibu benar-benar dipersiapkan untuk hamil, melahirkan dan menjaga lingkungan sekitar agar mampu melindungi bayi dari infeksi. Petugas kesehatan khususnya bidan mampu melaksanakan ANC yang berkualitas serta dapat melakukan skrining atau mendeteksi dini dengan menegakkan diagnosis, melakukan tatalaksana dan rujukan serta dapat berkontribusi dalam penurunan angka kematian ibu dan angka kematian bayi (Handayani et al., 2025)

b. Indikator Pelayanan Antenatal Care (ANC)

Selama masa hamil, wanita dianjurkan melakukan pemeriksaan kehamilan sedikitnya enam kali kunjungan, yaitu dua kali pada trimester pertama (0–12 minggu), satu kali pada trimester kedua (>12–24 minggu), dan tiga kali pada trimester ketiga (>24 minggu hingga persalinan). Minimal dua kunjungan di antaranya harus diperiksa oleh dokter, tepatnya pada trimester pertama dan ketiga. Tujuan pemeriksaan dokter pada trimester pertama adalah untuk mengenali lebih awal faktor risiko, komplikasi penyakit, maupun kelainan pada ibu dan janin dengan bantuan ultrasonografi (USG). Sementara itu, kunjungan pada trimester ketiga difokuskan pada pemantauan kondisi ibu dan janin serta penyusunan rencana persalinan berdasarkan hasil evaluasi faktor risiko. Kunjungan antenatal lainnya dapat dilakukan oleh bidan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang berlaku.

Meskipun kunjungan antenatal minimal dilakukan enam kali, jumlah kunjungan dapat disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan ibu hamil. Apabila terdapat keluhan, faktor risiko, atau komplikasi selama kehamilan, pemeriksaan ANC dapat dilakukan lebih sering sesuai dengan indikasi medis untuk memastikan kondisi ibu dan janin tetap terpantau

dengan baik (Wulandari & Purwaningrum, 2023).

c. Standar Asuhan Kehamilan

Dalam memberikan pelayanan antenatal (ANC), bidan harus memiliki kompetensi untuk melakukan skrining secara menyeluruh pada ibu hamil, meliputi deteksi masalah gizi, faktor risiko kehamilan, komplikasi, gangguan kesehatan jiwa, serta penyakit menular maupun tidak menular. Selain itu, bidan juga dituntut mampu memberikan tata laksana yang tepat sesuai kewenangannya atau melakukan rujukan apabila ditemukan kondisi yang memerlukan penanganan lebih lanjut. Standar kualitas pemberian pelayanan Antenatal Care adalah 10 T, yaitu:

1) Pengukuran Berat Badan dan Tinggi Badan

Penimbangan berat badan dilakukan pada setiap kunjungan ANC untuk memantau apakah penambahan bobot ibu sudah sesuai dengan usia kehamilan. Pertambahan berat badan di bawah 9 kg selama hamil atau kurang dari 1 kg per bulan dapat mengindikasikan adanya gangguan pertumbuhan janin. Sementara itu, pengukuran tinggi badan—yang biasanya dilakukan saat kunjungan awal—berfungsi untuk mendeteksi risiko persalinan. Ibu hamil dengan tinggi kurang dari 145 cm memiliki risiko lebih tinggi mengalami *Cephalopelvic Disproportion* (CPD), yaitu ketidaksesuaian ukuran antara panggul ibu dan kepala janin yang berpotensi menyulitkan persalinan normal.

2) Pengukuran Tekanan Darah

Pengukuran tekanan darah sangat krusial untuk mendeteksi secara dini risiko preeklamsia dan hipertensi selama kehamilan. Tekanan darah ibu hamil dikategorikan normal jika berada pada kisaran 120/80 mmHg. Namun, jika hasil pemeriksaan mencapai atau melebihi 140/90 mmHg, ibu hamil dikategorikan berisiko mengalami gangguan hipertensi kehamilan. (Susanti & Disti, 2025)

3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)

Status gizi ibu hamil dapat dilihat dari Lila ibu, normal Lila ibu diatas 23,5 cm. Jika <23,5 cm maka ibu dalam kategori KEK (Kurang Energi Kronis) yang dapat menimbulkan resiko melahirkan prematur, BBLR bahkan Kematian Janin Dalam Kandungan (Susanti & Disti, 2025).

4) Pengukuran Tinggi Fundus Uteri

Pengukuran ini bertujuan untuk menilai apakah perkembangan janin sesuai dengan usia kehamilan. Ketidaksesuaian hasil pengukuran dapat mengindikasikan adanya gangguan pertumbuhan janin

Tabel 2.1 Tinggi Fundus Uteri Berdasarkan Usia Kehamilan

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	Menggunakan Jari
12 Minggu	9 cm	3 jari diatas simpisis
16 Minggu	16-18 cm	Pertengahan pusat dan simpisis
20 Minggu	20 cm	3 jari dibawah pusat
24 Minggu	24 cm	Setinggi pusat
28 Minggu	28 cm	3 jari diatas pusat
32 Minggu	32 cm	Pertengahan pusat dan PX
36 Minggu	36 cm	3 jari dibawah PX
40 Minggu	40 cm	Pertengahan pusat dan PX

Sumber: Susanti & Disti, 2025

5) Menentukan presentasi dan Denyut Jantung Janin

Untuk mengetahui letakk-letak janin apakah letak kepala, letak bokong, letak lintang, letak sunsang maupun letak oblique. Dan memeriksa denyut jantung janin normal nya 120-160 jika kurang atau lebih dari normalnya kemungkinan mengalami gawat janin (Susanti & Disti, 2025).

6) Skrining imunisasi TT

Langkah ini dikerjakan untuk mengantisipasi munculnya kasus tetanus pada bayi baru lahir serta menyempurnakan status cakupan imunisasi tetanus.

Tabel 2.2 Pemberian suntikan TT

Imunisasi TT	Selang Waktu Pemberian	Masa Perlindungan
TT 1	Diberikan kunjungan awal atau sedini mungkin saat hamil.	Belum ada masa perlindungan
TT 2	Minimal 4 minggu setelah TT 1	3 Tahun
TT 3	Minimal 6 bulan setelah TT 2	5 Tahun
TT 4	Minimal 1 tahun setelah TT 3	10 Tahun
TT 5	Minimal 1 tahun setelah TT 4	25 Tahun/ seumur hidup

Sumber : Susanti & Disti, 2025

7) Pemberian Tablet Tambah Darah

Selama kehamilan, ibu hamil mendapatkan suplemen tablet tambah darah sedikitnya 90 tablet guna mencegah munculnya anemia. Klasifikasi anemia pada ibu hamil dibagi menjadi tiga kriteria, mencakup kondisi normal (>11 gr%), anemia ringan (8–11 gr%), dan anemia berat (<8 gr%).(Susanti & Disti, 2025).

8) Tes Laboratorium

Penapisan laboratorium wajib mencakup pemeriksaan hemoglobin darah, penentuan golongan darah, dan tes skrining *triple elimination* (terdiri dari HIV, Sifilis, serta Hepatitis B). Pengujian pendukung lainnya yang juga dapat dilaksanakan mencakup evaluasi protein urine, glukosa urine, hingga pengukuran glukosa darah. (Susanti & Disti, 2025).

9) Temu Wicara

Memberikan penyuluhan dan penjelasan mengenai pemeliharaan masa hamil, proses persalinan, upaya pencegahan cacat bawaan, perawatan bayi baru lahir, penggunaan kontrasepsi (KB), serta imunisasi dasar bagi

bayi. (Susanti & Disti, 2025)

10) Tata Laksana

Pengobatan diberikan apabila ibu mempunyai masalah kesehatan saat hamil. Setiap kelainan yang dialami ibu harus ditangani sesuai kewenangan bidan, kasus yang tidak bisa ditangani langsung lakukan rujukan (Susanti & Disti, 2025).

d. Ketidaknyamanan ibu hamil TM III

1. Konstipasi

Konstipasi merupakan gangguan saluran pencernaan yang kerap dialami selama kehamilan. Kondisi ini ditandai oleh kesulitan buang air besar (BAB), perlunya mengejan lebih kuat, konsistensi feses yang keras atau bergumpal, serta timbulnya sensasi defekasi yang tidak tuntas. Selain memicu rasa ketidaknyamanan fisik, konstipasi dapat berdampak pada kondisi psikososial ibu hamil, seperti menurunkan kepercayaan diri terhadap perubahan bentuk tubuh, memicu frustrasi, dan menyebabkan *mood swing*. Secara klinis, konstipasi dapat menurunkan kualitas hidup, meningkatkan risiko hemoroid (ambeien), serta berkorelasi dengan peningkatan angka tindakan seksio sesarea. Pada masa pascapersalinan, ibu yang mengalami konstipasi saat hamil juga lebih berisiko mengalami keterlambatan BAB pertama dan timbulnya hemoroid nifas. (Susanti & Ulpawati, 2022).

Secara fisiologis, konstipasi pada ibu hamil terjadi akibat peningkatan hormon progesteron yang menyebabkan relaksasi otot polos, termasuk pada usus, sehingga pergerakan peristaltik menjadi lebih lambat. Selain itu, pembesaran uterus juga memberikan tekanan pada usus yang menghambat pergerakan feses. Faktor lain yang turut berperan adalah konsumsi tablet zat besi (Fe), kurangnya aktivitas fisik, serta rendahnya asupan cairan dan serat. Penurunan motilitas usus ini menyebabkan penyerapan air di usus besar meningkat, sehingga feses menjadi lebih keras dan sulit dikeluarkan (Susanti & Ulpawati, 2022).

Penelitian (Mudlikah et al., 2021) Terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat aktivitas fisik dengan kejadian konstipasi, di mana ibu hamil dengan aktivitas rendah lebih berisiko mengalaminya dibandingkan ibu yang aktif. Aktivitas fisik yang dianjurkan untuk ibu hamil meliputi jalan kaki selama 20–30 menit sehari, senam hamil, dan yoga prenatal. Salah satu pose yoga yang efektif mengatasi konstipasi adalah gerakan berputar spiral yang diadaptasi dari pose *Jathara Parivartanasana*. Gerakan ini memberikan pijatan pada organ-organ dalam intraabdomen sehingga mampu meredakan gangguan pencernaan dan sembelit. Gerakan ini dilakukan dengan berbaring telentang secara nyaman, menopang kepala dan punggung menggunakan bantal, menekuk kedua lutut serta merapatkan kaki, dan merentangkan kedua tangan ke samping membentuk sudut 45 derajat untuk keseimbangan. Saat menghembuskan napas, kedua lutut dimiringkan ke salah satu sisi bersamaan dengan memutar kepala ke arah berlawanan. Posisi ini ditahan beberapa saat sambil bernapas normal, kemudian dilanjutkan ke sisi sebaliknya secara perlahan. (W, n.d.)

Selain itu upaya pencegahan konstipasi dapat dilakukan dengan mengonsumsi buah dan sayur yang kaya serat, contohnya adalah sayur bayam, kangkung, wortel dan buah-buahan, seperti pepaya, jeruk, semangka, mangga, apel, alpukat serta memperbanyak asupan cairan. Mengonsumsi buah dan sayuran kaya serat ketika perut terasa begah mampu merangsang pergerakan peristaltik usus. Begitu timbul keinginan untuk buang air besar (BAB), ibu sangat disarankan agar tidak menahannya demi mencegah timbulnya konstipasi yang lebih parah. (Susanti & Ulpawati, 2022).

2. Sering BAK

Pada trimester ketiga, terutama pada ibu hamil pertama, sering terjadi peningkatan frekuensi berkemih yang bersifat normal. Hal ini biasanya terjadi setelah lightening, yaitu ketika bagian terbawah janin turun ke panggul dan menekan kandung kemih sehingga ibu lebih sering merasa ingin berkemih. Pola berkemih juga dapat berubah menjadi lebih

sering pada malam hari (nokturia) karena cairan yang menumpuk di tungkai pada siang hari akan kembali ke sirkulasi dan dikeluarkan sebagai urine saat ibu berbaring. Konstipasi juga dapat terjadi akibat tekanan rahim yang membesar pada usus serta pengaruh hormon yang memperlambat kerja usus.

Penanganannya adalah dengan memberikan penjelasan bahwa kondisi ini normal. Ibu dapat mengurangi asupan cairan menjelang tidur untuk mengurangi nokturia, tetap memenuhi kebutuhan cairan di siang hari, serta meningkatkan konsumsi serat dan aktivitas ringan untuk mencegah konstipasi (Putri et al., 2021)

3. Sesak Napas

Otot di bawah paru-paru (diafragma) bisa tertekan oleh pembesaran rahim seiring bertambahnya usia kehamilan. Akibatnya, paru-paru tidak dapat mengembang secara maksimal sehingga ibu hamil terkadang merasa sesak atau sulit bernapas. Apabila mengalami kondisi ini, ibu hamil dapat mencoba beberapa langkah berikut.

1. Topang kepala dan bahu dengan bantal saat tidur.
2. Lakukan olahraga ringan secara rutin untuk memperbaiki posisi tubuh sehingga paru-paru dapat mengembang dengan baik (Nurhayati et al., 2019)

4. Kram Perut

Kram perut pada ibu hamil merupakan keluhan yang sering terjadi akibat perubahan fisiologis selama kehamilan, seperti pembesaran uterus, peregangan ligamen rahim, perubahan hormon, serta gangguan pencernaan. Kram biasanya dirasakan pada perut bagian bawah dan bersifat ringan serta hilang timbul. Selain kondisi normal, kram perut juga dapat menjadi tanda komplikasi apabila disertai perdarahan, demam, atau nyeri hebat seperti pada abortus, kehamilan ektopik, dan persalinan prematur.

Asuhan yang dapat diberikan kepada ibu agar istirahat cukup, menghindari aktivitas berat, memenuhi kebutuhan cairan dan nutrisi, serta

melakukan relaksasi untuk mengurangi nyeri. Ibu juga dianjurkan segera memeriksakan diri apabila muncul tanda bahaya seperti perdarahan atau nyeri yang semakin berat.

5. Nyeri Punggung

Nyeri punggung adalah sensasi tidak nyaman yang timbul di sepanjang area tulang belakang. Keluhan ini cenderung meningkat seiring bertambahnya usia kandungan akibat pergeseran titik tumpu gravitasi dan perubahan postur tubuh ibu hamil. Sebagai salah satu ketidaknyamanan yang paling umum, nyeri punggung tidak hanya muncul pada trimester tertentu, melainkan dapat dirasakan sepanjang masa kehamilan.

Salah satu cara untuk mengatasi rasa nyeri pada ibu hamil trimester III adalah dengan memberikan terapi pijat (massage) pada bagian punggung atas dan bawah. Tindakan ini bertujuan untuk memberikan rasa nyaman serta membantu menurunkan intensitas nyeri yang dirasakan. Massage merupakan bentuk asuhan sayang ibu yang dapat meningkatkan rasa aman dan memperbaiki kualitas hidup, khususnya pada ibu hamil (Gozali et al., 2020).

Teknik pijat dapat dilakukan dengan variasi tekanan dan stimulasi pada titik-titik pemicu myofascial di berbagai bagian tubuh. Rangsangan dari pijatan ini dapat memicu tubuh melepaskan hormon endorfin, yaitu zat alami yang berfungsi sebagai pereda nyeri sekaligus menimbulkan rasa rileks dan nyaman (Gozali et al., 2020).

e. Indeks Massa Tubuh Ibu Hamil

Skrining deteksi dini pada ibu hamil untuk menilai kecukupan gizi sangat penting dilakukan. Hal ini bertujuan untuk mengetahui apakah kebutuhan nutrisi ibu sebagai penunjang pertumbuhan dan perkembangan janin telah terpenuhi dengan baik atau belum. Oleh karena itu, skrining menjadi langkah yang sangat diperlukan selama masa kehamilan.

Penilaian nutrisi pada ibu hamil dapat dilakukan melalui pengukuran status gizi. Salah satu cara yang digunakan adalah dengan mengukur lingkaran lengan atas (LILA). Pengukuran LILA dinilai cukup

representatif karena memiliki hubungan yang erat dengan Indeks Massa Tubuh (IMT) pada ibu hamil. Semakin besar ukuran LILA, maka umumnya semakin tinggi pula nilai IMT ibu hamil. Selain itu, untuk mengetahui kenaikan berat badan selama kehamilan, diperlukan pemantauan secara berkala sebagai bagian dari evaluasi status gizi ibu. Untuk dapat mengetahui kenaikan Berat Badan ibu hamil berdasarkan Indeks Masa Tubuh (IMT) dapat dihitung dengan : $BB \text{ (sebelum hamil)} / (TB)^2$ (Dewita Rahmatul Amin et al., 2024).

Tabel 2.3 Indeks Massa Tubuh Ibu Hamil

IMT ¹ sebelum hamil	Pertambahan BB pada Trimester 1	Pertambahan BB per minggu pada Trimester 2 dan Trimester 3	Pertambahan BB Total (Kehamilan Tunggal)	Pertambahan BB Total (Kehamilan Ganda)
Kurus ($<18.5 \text{ kg/m}^2$)	1 – 3 kg	0.5 kg	12.5 – 18 kg	
Normal ($18.5 - 24.9 \text{ kg/m}^2$)	1 – 3 kg	0.4 kg	11.5 – 16 kg	17 – 24 kg
Gemuk ($25.0 - 29.9 \text{ kg/m}^2$)	1 – 3 kg	0.3 kg	7 – 11.5 kg	14 – 23 kg
Obesitas ($>30.0 \text{ kg/m}^2$)	0.2 – 2 kg	0.2 kg	5 – 9 kg	11 – 19 kg

Sumber: Modifikasi buku KIA tahun 2021 edisi 3

Selama kehamilan, ibu diharapkan mengalami peningkatan berat badan. Namun, pada trimester pertama berat badan sering kali tidak bertambah, bahkan bisa menurun akibat keluhan mual, muntah, serta penurunan nafsu makan yang menyebabkan asupan nutrisi belum mencukupi kebutuhan. Memasuki trimester kedua, kondisi ibu umumnya mulai membaik, keluhan mual dan muntah berkurang, sehingga nafsu makan meningkat dan berat badan mulai bertambah hingga akhir kehamilan.

Pertambahan berat badan selama masa kehamilan memegang peranan krusial dalam menunjang keberhasilan gestasi, sehingga pemantauan berat badan perlu dilakukan pada setiap kunjungan *Antenatal Care* (ANC). Sebagian dari pertambahan bobot tersebut disimpan sebagai

akumulasi lemak yang berfungsi sebagai cadangan energi janin pada trimester III sekaligus sumber energi awal saat laktasi. Kendati demikian, ibu hamil perlu diimbau untuk menjaga asupan nutrisi agar tidak berlebihan, sebab penambahan berat badan yang berlebih berisiko memicu retensi berat badan pascapersalinan. Oleh karena itu, konseling gizi sangat diperlukan sepanjang masa kehamilan.

Peningkatan berat badan pada trimester kedua dan ketiga juga menjadi indikator penting dalam menilai pertumbuhan dan perkembangan janin. Namun, kebutuhan kenaikan berat badan tiap ibu hamil berbeda-beda, sehingga harus disesuaikan dengan IMT sebelum kehamilan (Rika Astria Rishel, 2023)

2.2 Konsep Asuhan Kebidanan Persalinan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan merupakan suatu proses alamiah di mana hasil konsepsi (janin dan plasenta) dikeluarkan setelah memasuki usia kandungan cukup bulan. Gejala utama proses ini ditandai oleh adanya penipisan (*effacement*) dan pembukaan (*dilatasi*) serviks secara perlahan yang melapangkan jalan lahir bagi janin sampai dilahirkan. (Mutmainnah et al., 2021)

Persalinan merupakan proses keluarnya janin yang sudah cukup bulan (term) dari rahim lewat jalan lahir atau dengan interaksi medis tertentu, disusul oleh pengeluaran plasenta serta selaput ketuban dari tubuh ibu. (Sayuti et al., 2024)

Persalinan merupakan suatu proses fisiologis yang secara alami dialami oleh setiap perempuan pada akhir masa kehamilan. Selama proses ini, tubuh ibu mengalami berbagai perubahan sebagai bentuk adaptasi untuk memungkinkan janin lahir melalui jalan lahir. Persalinan merupakan rangkaian peristiwa yang berakhir dengan keluarnya hasil konsepsi, meliputi janin, plasenta, dan selaput ketuban. Proses persalinan dimulai ketika kontraksi uterus terjadi secara teratur sehingga menyebabkan serviks mengalami penipisan (*effacement*) dan pembukaan (*dilatasi*),

kemudian berakhir setelah plasenta lahir secara lengkap. (Anggreni & Rochimin, 2022).

b. Fisiologis Pada Persalinan

Persalinan adalah proses fisiologis yang terjadi secara alami pada setiap perempuan ketika kehamilan mencapai akhir masa gestasi. Proses ini diawali oleh perubahan hormonal, terutama peningkatan aktivitas prostaglandin dan oksitosin serta perubahan kadar progesteron, yang merangsang terjadinya kontraksi uterus sebagai tanda dimulainya persalinan. Kontraksi tersebut sering menimbulkan rasa nyeri dan ketidaknyamanan, sehingga sebagian ibu memilih metode persalinan dengan bantuan atau tindakan operatif sebagai alternatif. Meskipun umumnya berlangsung dalam waktu yang relatif singkat, jalannya persalinan sulit diprediksi karena kondisi yang semula normal dapat berubah sewaktu-waktu menjadi keadaan yang disertai komplikasi dan berpotensi membahayakan keselamatan ibu. (Mustaghfiroh et al., 2025)

c. Tanda-tanda Persalinan

1) Kontraksi (HIS)

Kontraksi uterus pada ibu hamil dipengaruhi oleh aktivitas hormon oksitosin yang secara fisiologis berfungsi melancarkan proses persalinan dan pengeluaran janin. Secara umum, kontraksi terbagi menjadi dua jenis, yakni kontraksi palsu (*Braxton Hicks*) dan kontraksi persalinan sejati. Kontraksi *Braxton Hicks* berdurasi singkat, tidak teratur, jarang terjadi, serta tidak mengalami peningkatan frekuensi maupun intensitas. Sebaliknya, kontraksi persalinan sejati ditandai dengan sensasi mulas/kencang pada perut yang frekuensinya kian sering, berdurasi lebih panjang, dan intensitasnya semakin kuat. Kontraksi ini umumnya disertai rasa mulas serta nyeri menyerupai kram. Sensasi kontraksi biasanya bermula dari bagian atas atau tengah uterus (fundus), kemudian menjalar ke daerah pinggang, panggul, hingga perut bagian bawah. Kontraksi tersebut merupakan proses fisiologis yang normal sebagai persiapan rahim

untuk menghadapi proses persalinan.

Karakter HIS dalam persalinan yaitu :

- a. Pinggang terasa sakit hingga menjalar kedepan.
- b. Sifat His itu teratur, interval makin pendek dan kekuatan nya semakin besar.
- c. Terjadi perubahan pada serviks.
- d. Apabila ibu menambah aktivitas seperti gejala ,maka kekuatan nya semakin bertambah.(Nasution & S ST, 2024)

2) Pembukaan Serviks

Proses pembukaan serviks umumnya disertai rasa nyeri pada area perut bawah. Nyeri ini dipicu oleh penekanan bagian terendah janin (utamanya kepala) terhadap struktur panggul saat janin memasuki jalan lahir. Untuk mengonfirmasi progresivitas pembukaan serviks, dilakukan pemeriksaan dalam (*vaginal toucher*). Melalui pemeriksaan ini, bidan atau klinisi dapat menilai indikator perubahan serviks, seperti pelunakan (*cervical softening*), penipisan (*effacement*), dan tingkat pembukaan serviks (dilatasi).(Nasution & S ST, 2024)

3) Pecahnya ketuban dan keluarnya Bloody Show

Bloody show atau pengeluaran lendir bercampur darah merupakan salah satu indikator klinis awal yang menandakan dimulainya proses persalinan. Kondisi ini terjadi akibat serviks mengalami proses pelunakan, penipisan (*effacement*), dan pembukaan (dilatasi). Seiring mendekatnya waktu persalinan, lendir bercampur darah akan keluar melalui leher rahim sebagai akibat terlepasnya sumbat lendir (*mucus plug*) serta mulai terpisahnya selaput ketuban dari dinding rahim. Keadaan tersebut merupakan perubahan fisiologis yang menandakan bahwa proses persalinan akan segera berlangsung.

Salah satu tanda persalinan berikutnya adalah pecahnya selaput ketuban. Selama kehamilan, janin dikelilingi oleh selaput ketuban yang berisi cairan ketuban, yang berfungsi sebagai pelindung dari benturan, menjaga kestabilan lingkungan janin, serta memungkinkan janin bergerak

dengan leluasa di dalam rahim. Pada beberapa kasus, ibu tidak menyadari bahwa ketuban telah pecah karena cairan yang keluar sering disangka sebagai urine. Cairan ketuban umumnya berwarna jernih atau bening dan tidak berbau. Setelah selaput ketuban pecah, kontraksi uterus biasanya menjadi lebih kuat, lebih sering, dan nyeri yang dirasakan ibu semakin meningkat sebagai tanda bahwa proses persalinan terus berlangsung. (Nasution & S ST, 2024).

Setelah selaput ketuban pecah, rongga rahim tidak lagi terlindungi sepenuhnya sehingga terbentuk jalur yang memungkinkan mikroorganisme dari luar masuk ke dalam dan meningkatkan risiko terjadinya infeksi pada ibu maupun janin. Oleh karena itu, kondisi ini memerlukan penanganan dan pemantauan yang segera. Pada umumnya, diupayakan agar bayi lahir dalam waktu kurang dari 24 jam setelah ketuban pecah. Apabila persalinan tidak berlangsung atau terdapat indikasi medis tertentu, tenaga kesehatan akan mempertimbangkan tindakan operatif, seperti seksio sesarea, sesuai dengan kondisi ibu dan janin. (Sayuti et al., 2024).

d. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan adalah tahapan pergerakan serta penurunan posisi janin sepanjang menyusuri jalan lahir selama proses persalinan berlangsung. Pemahaman mengenai mekanisme ini sangat penting bagi bidan sebagai dasar dalam melakukan pemantauan serta memberikan asuhan kebidanan yang tepat. Meskipun sebagian besar janin memasuki pintu atas panggul dengan presentasi kepala, bidan juga perlu memahami mekanisme persalinan pada berbagai jenis presentasi agar dapat menentukan penatalaksanaan yang sesuai dengan kondisi ibu dan janin.

1) Engagement

Engagement adalah proses masuknya bagian terendah janin ke dalam panggul, yang ditandai dengan terlewatnya pintu atas panggul (PAP) oleh diameter biparietal. Pada tahap ini, sutura sagitalis berada dalam posisi melintang atau oblik dengan posisi kepala janin sedikit fleksi.

Pada ibu primigravida, *engagement* umumnya terjadi pada minggu-minggu terakhir sebelum persalinan, sedangkan pada multigravida proses ini biasanya baru berlangsung saat persalinan dimula. (Sulistyawati, 2025)

2) Penurunan kepala (*descent*)

Penurunan bagian terbawah janin selama proses persalinan dipengaruhi oleh satu atau lebih dari empat kekuatan utama, yaitu tekanan cairan amnion, tekanan langsung fundus uteri terhadap bokong janin, kontraksi otot-otot uterus, serta proses ekstensi dan pelurusan tubuh janin. Turunnya kepala dapat dibagi dalam :

a. Masuknya kepala pada PAP

Pada ibu primigravida, masuknya kepala janin ke pintu atas panggul (PAP) atau *engagement* umumnya terjadi pada akhir kehamilan, yakni saat usia gestasi mencapai 36–37 minggu. Sebaliknya, pada multigravida, penurunan kepala janin ke PAP biasanya baru berlangsung ketika proses persalinan dimulai.

b. Majunya Kepala

Pada primigravida, kemajuan penurunan kepala janin umumnya terjadi setelah kepala memasuki rongga panggul. Sebaliknya, pada multigravida, masuknya kepala ke dalam rongga panggul berlangsung bersamaan dengan mekanisme persalinan lainnya, seperti fleksi, putaran paksi dalam, dan ekstensi. (Sulistyawati, 2025).

3) Flexi

Bersamaan dengan berlanjutnya penurunan kepala janin, derajat fleksi akan bertambah maksimal sehingga posisi ubun-ubun kecil (UUK) menjadi lebih rendah dibandingkan ubun-ubun besar (UUB). Peningkatan fleksi ini menguntungkan mekanisme persalinan karena memungkinkan kepala janin melewati jalan lahir dengan diameter terkecil, yaitu diameter suboksipitobregmatika (9,5 cm), menggantikan diameter suboksipitofrontalis (11–12 cm). Gerakan fleksi ini terstimulasi saat kepala janin terdorong ke bawah dan mendapat tahanan dari pintu atas panggul

(PAP), serviks, dinding panggul, maupun dasar panggul.(Sulistyawati, 2025).

4) Putar Paksi Dalam

Rotasi internal adalah gerakan memutar kepala di mana bagian belakang kepala bergerak perlahan dari posisi awalnya ke depan menuju simfisis pubis atau, lebih umum, ke belakang menuju muara sakrum. Selama proses kelahiran kepala, terjadi putaran paksi dalam (rotasi internal) yang bertujuan menyesuaikan posisi kepala janin dengan bentuk jalan lahir, khususnya pada bidang tengah panggul dan pintu bawah panggul (PBP).

Sebab-sebab adanya putara paksi dalam yaitu :

- a. Pada presentasi kepala dengan sikap fleksi, bagian belakang kepala (oksiput) merupakan bagian terendah yang memasuki jalan lahir.
- b. Bagian terendah kepala akan bergerak menuju daerah dengan hambatan paling kecil, yaitu ke arah depan dan atas menuju hiatus genitalis yang terletak di antara otot levator ani kiri dan kanan.
- c. Rotasi kepala juga dipengaruhi oleh bentuk panggul, karena diameter anteroposterior merupakan ukuran terbesar pada bidang tengah panggul sehingga memudahkan kepala janin menyesuaikan posisinya selama persalinan.(Sulistyawati, 2025)

5) Ekstensi

Setelah putaran paksi dalam selesai dan kepala yang mengalami fleksi maksimal mencapai dasar panggul (vulva), terjadilah mekanisme ekstensi (defleksi) kepala. Gerakan ini menyebabkan area dasar oksiput bersandar tepat di bawah *margo inferior* (tepi bawah) simfisis pubis (sebagai *hipomoklion*). Ekstensi ini sangat penting terjadi karena sumbu pintu keluar panggul/vulva mengarah ke depan dan ke atas, sehingga kepala janin harus berekstensi agar dapat lahir.(Sulistyawati, 2025)

6) Putar Paksi Luar

Putaran paksi luar (*rotasi eksternal*) juga dikenal sebagai gerakan restitusi atau putaran balasan. Setelah kepala lahir, kepala janin akan berputar kembali secara alami mengarah ke punggungnya (restitusi) guna memulihkan posisi anatomis semula dan menghilangkan puntiran (*torsi*) pada leher yang terbentuk saat proses putaran paksi dalam (*rotasi internal*). (Sulistyawati, 2025)

7) Ekspulsi

Setelah selesainya tahap rotasi eksterna, bahu anterior akan menempatkan diri di bawah *margo inferior* simfisis pubis yang bertindak sebagai *hipomoklion*. Titik tumpu ini memungkinkan pelepasan dan kelahiran bahu posterior melewati introitus vagina/perineum, yang kemudian dilanjutkan dengan ekspulsi seluruh sumbu tubuh janin searah dengan kurvatur jalan lahir (garis Carus). (Sulistyawati, 2025)

e. Tahapan Persalinan

1) Kala I

Kala I persalinan, atau yang sering disebut kala pembukaan, berlangsung mulai dari pembukaan serviks 0 cm sampai mencapai pembukaan penuh (10 cm). Di tahap-tahap awal ini, kontraksi rahim (his) biasanya belum terlalu kuat, sehingga ibu masih bisa berjalan maupun beraktivitas ringan

Asuhan persalinan kala I terdiri dari:

1) Mendiagnosis Inpartu

Membuat diagnosis inpartu dengan memperhatikan tanda-tanda berikut:

- a. Penipisan dan pembukaan serviks;
- b. Kontraksi uterus yang mengakibatkan pembukaan serviks (minimal 2 kali dalam 10 menit)
- c. Lendir bercampur darah (show) melalui vagina.

2) Pemantauan His yang Adekuat

Pemantauan kecukupan his dijalankan dengan bantuan alat penunjuk detik. Prosedur dilakukan melalui palpasi uterus secara cermat

oleh penolong untuk menghitung frekuensi kontraksi per 10 menit sekaligus mengukur durasinya. Indikator his adekuat pada fase aktif ditandai dengan munculnya sekurang-kurangnya dua kali kontraksi dalam kurun 10 menit, yang mana masing-masing berlangsung selama 40 detik atau lebih, diselingi relaksasi dinding uterus di antara interval kontraksi.

Proses pembukaan serviks dibagi menjadi 2 yaitu:

1. Fase Laten

Fase laten memakan waktu sekitar 8 jam, yang ditandai oleh pembukaan leher rahim secara perlahan dan bertahap sampai ukurannya mencapai kurang lebih 3 cm.

2. Fase Aktif

a) Fase akselerasi

Yaitu berlangsung selama 2 jam, pembukaan 3-4 cm

b) Fase Dilatasi Masimal

Yaitu berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4-9 cm

c) Fase Dilatasi

Proses ini dimulai dari tahapan dengan kemajuan pembukaan yang relatif lambat (fase laten) hingga bertransisi menuju pembukaan lengkap 10 cm. Memasuki fase aktif, frekuensi dan durasi kontraksi rahim bertambah secara bertahap, umumnya muncul sedikitnya tiga kali dalam 10 menit dengan lama mulas 40 detik atau lebih. Fase aktif ini terhitung saat leher rahim membuka sekitar 4 cm sampai 10 cm, di mana laju pembukaannya berkisar 1 cm/ jam pada primigravida dan 2 cm/ jam pada multigravida. Durasi Kala I pada ibu primigravida umumnya memakan waktu sekitar 12 jam, sedangkan pada ibu multigravida berkisar 7 jam. (Mutmainnah et al., 2021)

2) Kala II

Kala II persalinan, atau fase pengeluaran, diawali saat leher rahim telah membuka penuh (10 cm) sampai seluruh badan bayi berhasil dilahirkan. Durasi Kala II ini normalnya memakan waktu sekitar 2 jam

bagi primigravida dan 1 jam bagi multigravida. Adapun tanda-tanda serta mekanisme yang berlangsung pada Kala II meliputi:

- a. Kontraksi uterus (his) menjadi semakin kuat, dengan frekuensi setiap 2–3 menit dan durasi sekitar 50–100 detik.
- b. Menjelang akhir kala I, selaput ketuban umumnya pecah, yang ditandai dengan keluarnya cairan ketuban secara tiba-tiba.
- c. Setelah pembukaan serviks lengkap, ibu mulai merasakan dorongan kuat untuk meneran akibat tekanan kepala janin pada pleksus Frankenhäuser.
- d. Kombinasi kontraksi uterus dan usaha meneran mendorong kepala janin turun melalui jalan lahir. Saat kepala lahir, daerah suboksiput menjadi titik tumpu (hipomoklion), sehingga secara berturut-turut dahi, wajah, dan dagu melewati perineum.
- e. Setelah kepala lahir seluruhnya, terjadi putaran paksi luar (rotasi eksternal) sebagai penyesuaian posisi kepala dengan bahu dan punggung janin.
- f. Selanjutnya, persalinan bayi dilakukan dengan membantu kelahiran bahu dan badan bayi melalui langkah-langkah berikut :
 1. Kepala bayi dipegang pada daerah oksiput dan bawah dagu, kemudian diarahkan secara hati-hati ke bawah untuk melahirkan bahu anterior, dilanjutkan ke atas untuk melahirkan bahu posterior.
 2. Setelah kedua bahu lahir, badan bayi dilahirkan secara bertahap dengan menyangga tubuh bayi hingga seluruh badan keluar.
 3. Selanjutnya, bayi lahir secara lengkap (Mutmainnah et al., 2021)

3) Kala III

Kala III persalinan (fase pengeluaran plasenta/uri) dimulai sesaat setelah janin lahir dan berakhir ketika plasenta beserta selaput ketuban terlepas dan lahir sempurna. Pasca-persalinan bayi, uterus umumnya memasuki masa relaksasi atau fase istirahat singkat berkisar 5–10 menit, yang menandai mulainya pelepasan plasenta dari tempat implantasinya pada dinding rahim. Secara fisiologis, durasi Kala III berlangsung maksimal 30 menit. Jika penanganan plasenta melampaui

batas waktu tersebut, tindakan penanganan korektif atau prosedur rujukan harus segera dilakukan sesuai indikasi klinis. Beberapa indikator fisiologis yang menandai lepasnya plasenta meliputi:

a. Perubahan bentuk uterus dan tinggi fundus uteri.

1) Sesaat pasca-persalinan bayi dan sebelum miometrium kembali berkontraksi, korpus uteri akan teraba membulat dengan tinggi fundus uteri (TFU) yang pada umumnya berada tepat di bawah pusat.

2) Saat miometrium kembali berkontraksi hingga plasenta terlepas dan terdorong ke segmen bawah rahim (SBR), bentuk uterus berubah menjadi lebih memanjang menyerupai buah pir atau alpukat, disertai peningkatan tinggi fundus uteri (TFU) hingga berada di atas pusat.

b. Tali pusat bertambah panjang. Tali pusat tampak bertambah panjang di luar vulva sebagai tanda bahwa plasenta telah terlepas dan bergerak menuju jalan lahir

c. Terjadi semburan darah secara tiba-tiba. Keluarnya darah secara mendadak merupakan salah satu tanda pelepasan plasenta, terutama pada mekanisme pelepasan Duncan, yaitu ketika plasenta terlepas mulai dari bagian tepinya. Pada persalinan normal, plasenta umumnya lahir dalam waktu sekitar 6–15 menit setelah bayi dilahirkan. (Mutmainnah et al., 2021)

Lilitan tali pusat pada bayi adalah keadaan ketika tali pusat melilit sebagian tubuh janin, terutama di leher, satu kali atau lebih selama kehamilan maupun persalinan. Kondisi ini cukup sering ditemukan dan umumnya terjadi akibat pergerakan janin yang aktif, panjang tali pusat yang berlebihan, jumlah air ketuban yang banyak, serta ukuran janin yang masih relatif kecil sehingga memungkinkan terjadinya lilitan. Lilitan tali pusat dapat bersifat longgar maupun ketat, dengan dampak yang berbeda terhadap kondisi janin.

Apabila tali pusat melilit leher atau bagian tubuh janin secara ketat, aliran darah melalui pembuluh darah tali pusat dapat terganggu sehingga suplai oksigen ke janin berkurang. Gangguan oksigenasi yang berlangsung terus-menerus dapat menyebabkan hipoksia janin, gawat janin, asfiksia neonatorum, bahkan kematian perinatal pada kasus yang berat.

Penatalaksanaan lilitan tali pusat bergantung pada kondisi janin dan tingkat keparahan lilitan. Pada lilitan yang longgar, persalinan pervaginam umumnya masih dapat berlangsung normal. Namun, apabila lilitan menyebabkan gawat janin atau menghambat proses persalinan, diperlukan tindakan segera seperti persalinan operatif untuk mencegah komplikasi pada bayi.

4) Kala IV

Kala IV persalinan, yang juga dikenal sebagai masa pemantauan (*observasi*), dimulai sejak lahirnya plasenta hingga dua jam pertama pascapersalinan. Fase ini merupakan periode yang sangat kritis mengingat mayoritas kejadian perdarahan *postpartum* terjadi pada dua jam pertama setelah melahirkan.

Komplikasi primer yang berisiko terjadi selama Kala IV adalah perdarahan pascapersalinan (*postpartum hemorrhage*), yang umumnya disebabkan oleh atonia uteri, laserasi jalan lahir, maupun retensi sisa plasenta. Atas pertimbangan tersebut, observasi ketat terhadap kondisi maternal wajib dilaksanakan, mencakup:

- a. Pemeriksaan setiap 15 menit selama satu jam pertama setelah persalinan.
- b. Pemeriksaan setiap 20–30 menit pada jam kedua pascapersalinan.
- c. Apabila uterus tidak berkontraksi dengan baik, segera lakukan penatalaksanaan atonia uteri sesuai dengan standar pelayanan yang berlaku.

Selama kala IV, uterus umumnya tetap berkontraksi dengan kuat, dengan amplitudo kontraksi sekitar 60–80 mmHg. Kontraksi yang adekuat

menyebabkan pembuluh darah di tempat implantasi plasenta tertekan sehingga menutup rapat dan memungkinkan terbentuknya trombus. Kombinasi antara kontraksi uterus yang efektif dan pembentukan trombus berperan penting dalam menghentikan perdarahan setelah persalinan. Pada masa nifas awal, ibu juga dapat merasakan kontraksi lanjutan (afterpains), terutama saat menyusui. Kondisi ini terjadi akibat pelepasan hormon oksitosin dari hipofisis posterior yang merangsang kontraksi uterus. (Mutmainnah et al., 2021).

2.2.2 Asuhan Persalinan Normal

a. Tujuan dan Prinsip Asuhan Persalinan

Tujuan dari asuhan persalinan normal adalah untuk menjamin keselamatan serta meningkatkan derajat kesehatan ibu dan bayi secara optimal. Asuhan persalinan normal dilaksanakan melalui pelayanan yang holistik, terpadu, dan komprehensif dengan mengutamakan seminimal mungkin tindakan intervensi yang tidak diperlukan. Pendekatan ini bertujuan untuk mempertahankan keamanan ibu dan bayi serta menjamin mutu pelayanan yang optimal. Oleh karena itu, setiap tindakan atau intervensi dalam proses persalinan harus memiliki indikasi yang jelas dan didasarkan pada bukti ilmiah (evidence-based practice), sehingga dapat memberikan manfaat nyata dalam mendukung kelancaran dan keberhasilan persalinan. (Putri et al., 2022).

Praktik pencegahan dalam asuhan persalinan normal meliputi berbagai upaya yang bertujuan menjaga keselamatan ibu dan bayi, antara lain:

1. Menerapkan pencegahan dan pengendalian infeksi secara konsisten serta sistematis selama proses persalinan.
2. Memberikan asuhan rutin dan melakukan pemantauan terhadap kemajuan persalinan maupun kondisi ibu dan bayi setelah lahir, termasuk dengan menggunakan partograf.
3. Menerapkan asuhan sayang ibu selama persalinan, masa

pascapersalinan, dan nifas untuk meningkatkan kenyamanan serta kesejahteraan ibu.

4. Mempersiapkan rujukan bagi ibu bersalin atau bayi apabila ditemukan indikasi yang memerlukan penanganan di fasilitas kesehatan yang lebih lengkap.
5. Menghindari tindakan yang tidak diperlukan atau berpotensi menimbulkan risiko bagi ibu maupun bayi.
6. Melaksanakan manajemen aktif kala III secara rutin untuk membantu mencegah perdarahan postpartum.
7. Memberikan asuhan esensial kepada bayi baru lahir sesuai standar pelayanan.
8. Melakukan pemantauan berkelanjutan terhadap kondisi ibu dan bayi setelah persalinan.
9. Memberikan edukasi kepada ibu dan keluarga mengenai tanda bahaya pada masa nifas dan bayi baru lahir agar dapat dikenali sejak dini.
10. Mendokumentasikan seluruh proses asuhan yang telah diberikan secara lengkap, akurat, dan sistematis.

b. Asuhan Persalinan Dengan 60 Langkah APN

Mengidentifikasi Tanda dan Gejala Kala II Persalinan

- a. Ibu merasakan dorongan atau keinginan yang kuat untuk mengejan.
- b. Adanya peningkatan tekanan pada daerah rektum atau vagina.
- c. Perineum tampak semakin menonjol.
- d. Vulva, vagina, dan sfingter ani terlihat membuka sebagai tanda kemajuan persalinan.

Mempersiapkan Pertolongan Persalinan

- 2) Memastikan seluruh alat, bahan, dan obat-obatan esensial dalam keadaan siap pakai. Ampul oksitosin 10 IU dipatahkan, lalu alat suntik steril sekali pakai dimasukkan ke dalam *partus set*.
- 3) Memakai baju pelindung atau celemek plastik yang bersih.

- 4) Melepas seluruh perhiasan yang dikenakan di area bawah siku, kemudian mencuci tangan hingga bersih menggunakan sabun di bawah air mengalir. Setelah itu, kedua tangan dikeringkan dengan kain atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 5) Menggunakan sarung tangan steril atau DTT (Disinfeksi Tingkat Tinggi) saat melakukan setiap pemeriksaan dalam.
- 6) Mengambil (mengisap) oksitosin 10 unit ke dalam spuit menggunakan sarung tangan steril/DTT, lalu menyimpannya kembali di dalam *partus set* tanpa mengontaminasi alat suntik tersebut. Setelah itu, pastikan pembukaan leher rahim sudah lengkap dan kondisi janin dalam keadaan baik
- 7) Membersihkan daerah vulva dan perineum memakai kapas atau kasa yang dibasahi air DTT dengan arah usapan dari depan ke belakang secara cermat. Jika daerah vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh feses, tindakan pembersihan harus tetap diarahkan dari depan ke belakang agar terhindar dari penyebaran infeksi.
- 8) Melakukan pemeriksaan dalam menggunakan teknik aseptik guna memastikan serviks telah mengalami pembukaan lengkap. Jika pembukaan sudah lengkap tetapi selaput ketuban masih utuh, tindakan amniotomi dapat dilakukan sesuai indikasi.
- 9) Setelah pemeriksaan usai, lakukan dekontaminasi dengan mencelupkan tangan yang masih bersarung ke dalam larutan klorin 0,5%. Lepaskan sarung tangan secara terbalik, lalu rendam di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Langkah ini diakhiri dengan mencuci tangan kembali sesuai dengan standar prosedur.
- 10) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) segera setelah kontraksi berakhir untuk memastikan frekuensinya berada dalam kisaran normal, yaitu 120–160 kali per menit.
 - a. Apabila ditemukan kelainan pada DJJ, segera lakukan penatalaksanaan yang sesuai.

- b. Seluruh hasil pemeriksaan, termasuk pembukaan serviks, DJJ, penilaian kondisi ibu dan janin, serta asuhan yang diberikan, dicatat secara lengkap pada partograf.

Menyiapkan Ibu dan Keluarga dalam Proses Meneran

- 11) Memberikan informasi kepada ibu bahwa pembukaan serviks telah lengkap dan kondisi janin dalam keadaan baik. Mempersiapkan ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.

Menunggu hingga muncul dorongan dorongan meneran spontan dari ibu. Pemantauan status kesejahteraan maternal dan janin terus dilanjutkan sesuai dengan protokol asuhan persalinan kala aktif, disertai pemberian edukasi kepada pihak keluarga terkait peran pendampingan serta dorongan moral saat fase meneran berlangsung.

- 12) Meminta bantuan keluarga untuk membantu ibu mengambil posisi yang nyaman saat akan meneran. Ketika kontraksi berlangsung, ibu dianjurkan berada pada posisi setengah duduk atau posisi lain yang membuatnya merasa nyaman dan memudahkan proses persalinan.

- 13) Memberikan bimbingan selama proses meneran ketika ibu merasakan dorongan yang kuat untuk mengejan, dengan cara :

- a. Mengarahkan ibu agar meneran pada saat muncul keinginan atau dorongan alami untuk mengejan.
- b. Memberikan dukungan, motivasi, dan semangat kepada ibu agar tetap tenang serta mampu meneran secara efektif selama proses persalinan.
- c. Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (tidak meminta ibu untuk berbaring terlentang).
- d. Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.
- e. Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
- f. Menganjurkan asupan cairan per oral.
- g. Evaluasi DJJ setiap lima menit sekali. Apabila bayi belum juga lahir atau diperkirakan tidak lahir dalam batas waktu 120 menit (2 jam)

meneran bagi ibu primipara atau 60 menit (1 jam) bagi ibu multipara, serta ibu tidak merasakan keinginan untuk meneran, segera rujuk pasien.

h. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mencari posisi yang nyaman. Apabila ibu belum merasakan keinginan meneran dalam kurun waktu 60 menit, sarankan ibu untuk mulai meneran tepat pada puncak kontraksi dan beristirahat di antara interval kontraksi.

i. Jika bayi belum juga lahir atau kelahiran bayi diperkirakan belum akan terjadi dalam waktu dekat setelah 60 menit meneran, segera rujuk ibu. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

14) Saat terjadi *crowning* (kepala janin tampak pada vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan kain/handuk bersih di atas abdomen ibu guna mempersiapkan prosedur pengeringan bayi secara segera pascalahir.

15) Posisikan kain bersih yang telah dilipat sepertiga bagian di bawah bokong ibu untuk mempertahankan higienitas dan kebersihan selama proses persalinan berlangsung.

16) Siapkan dan buka alat persalinan (partus set) sesuai prosedur.

17) Gunakan sarung tangan steril atau sarung tangan yang telah diproses secara Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) pada kedua belah tangan sebelum memulai tindakan pertolongan persalinan.

18) Saat kepala bayi mulai tampak di vulva dengan diameter sekitar 5–6 cm, lakukan perlindungan pada perineum menggunakan satu tangan yang dilapisi kain bersih, sedangkan tangan lainnya menopang kepala bayi untuk mengendalikan keluarnya kepala secara perlahan. Selama proses tersebut, ibu dianjurkan untuk meneran secara perlahan atau menggunakan teknik napas cepat (panting) guna membantu kelahiran kepala berlangsung secara bertahap.

19) Segera setelah kepala bayi lahir, bersihkan area wajah, mulut, dan hidung bayi secara lembut menggunakan kain atau kasa bersih untuk mengeliminasi sisa cairan dan lendir yang menempel.

20) Lakukan pemeriksaan terhadap kemungkinan adanya lilitan tali pusat di leher bayi. Apabila ditemukan lilitan, segera lakukan penatalaksanaan yang sesuai

dengan kondisi tersebut, kemudian lanjutkan proses kelahiran bayi sesuai prosedur:

- a. Jika tali pusat melilit leher bayi secara longgar, melepaskannya dengan melonggarkan dan melewatkannya melalui atas kepala bayi.
- b. Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, klem tali pusat di dua titik lalu potong di antara kedua klem tersebut.

21) Menunggu terjadinya rotasi eksternal (putaran paksi luar) kepala janin secara spontan sesuai dengan mekanisme persalinan fisiologis, sebelum melanjutkan penatalaksanaan untuk melahirkan bahu.

22) Setelah kepala bayi menyelesaikan putaran paksi luar secara spontan, letakkan kedua tangan pada kedua sisi kepala atau wajah bayi untuk mempersiapkan kelahiran bahu dengan aman.. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.

23) Setelah kedua bahu bayi berhasil dilahirkan, gerakkan tangan secara perlahan dari arah kepala bayi menuju perineum untuk menyangga dan membantu kelahiran tubuh bayi secara bertahap.. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

24) Setelah seluruh bagian badan dan lengan bayi lahir, tangan yang berada di posisi anterior ditelusurkan menyusuri punggung hingga ke arah kaki untuk menyangga tubuh bayi saat kedua punggung kaki dilahirkan. Langkah ini dilanjutkan dengan memegang kedua mata kaki secara hati-hati memakai jari-jari tangan untuk membantu proses kelahiran kaki secara aman.

25) Menilai Kondisi Bayi Baru Lahir secara Cepat Penilaian kondisi bayi dilakukan secara cepat (dalam waktu < 30 detik), kemudian bayi diletakkan di atas perut ibu dengan posisi kepala sedikit lebih rendah dari tubuhnya. Apabila ukuran tali pusat terlalu pendek, bayi ditempatkan di area aman yang

memungkinkan. Jika ditemukan indikasi asfiksia, tindakan resusitasi harus segera dilaksanakan.

- 26) Sesaat setelah bayi lahir, keringkan bagian kepala dan badan bayi memakai handuk bersih serta kering, kemudian jaga keberlangsungan kontak kulit antara ibu dan bayi (*skin-to-skin*).
- 27) Jepit tali pusat memakai klem pertama kurang lebih 3 cm dari pusat bayi. Selanjutnya, urut tali pusat menuju arah ibu, lalu tempatkan klem kedua sejauh 2 cm dari klem pertama ke arah ibu.
- 28) Pegang tali pusat dengan satu tangan sembari melindungi tubuh bayi dari mata gunting, lalu potong tali pusat di antara kedua klem sesuai dengan standar prosedur.
- 29) Keringkan ulang tubuh bayi, lalu ganti handuk yang basah dengan kain atau selimut bersih dan kering. Tutup kepala bayi guna menjaga kehangatan suhunya, serta biarkan tali pusat tetap terbuka. Jika timbul gejala gangguan pernapasan pada bayi, segera berikan penanganan yang tepat.
- 30) Letakkan bayi di pelukan ibu dan anjurkan ibu untuk melakukan kontak dengan bayinya serta memulai pemberian Air Susu Ibu (ASI) sedini mungkin apabila kondisi ibu memungkinkan

Pemberian Oksitosin

- 31) Letakkan kain bersih dan kering di atas perut ibu, kemudian lakukan palpasi abdomen untuk memastikan tidak terdapat janin kedua.
- 32) Jelaskan kepada ibu bahwa akan dilakukan penyuntikan oksitosin sebagai bagian dari penatalaksanaan kala III persalinan.
- 33) Kurang dari dua menit usai bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit via intramuskular di area paha kanan atas bagian luar atau otot gluteus. Lakukan aspirasi terlebih dahulu sebelum obat disuntikkan.

Peregangan Tali Pusat Terkendali

- 34) Pindahkan posisi klem pada tali pusat sesuai prosedur untuk persiapan pelepasan plasenta.

- 35) Letakkan satu tangan di atas kain yang menutupi abdomen ibu, tepat di atas simfisis pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus, memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
- 36) Menunggu uterus berkontraksi dan melakukan penengangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversion uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30- 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu. Mengeluarkan Plasenta
- 37) Saat terdeteksi tanda-tanda pelepasan plasenta, instruksikan maternal untuk meneran bersamaan dengan tindakan Penegangan Tali Pusat Terkendali (PTT) sejajar aksis jalan lahir (ke bawah lalu ke atas), yang dikombinasikan dengan manuver penekanan uterus ke arah dorsokranial.
- a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva
 - b. Apabila plasenta belum lahir setelah peregangan tali pusat terkendali selama 15 menit, lakukan langkah-langkah berikut,
 - Berikan kembali oksitosin 10 unit secara intramuskular (IM).
 - Evaluasi kandung kemih dan lakukan kateterisasi dengan teknik aseptik bila diperlukan.
 - Minta keluarga mempersiapkan proses rujukan.
 - Ulangi peregangan tali pusat terkendali selama 15 menit berikutnya.
 - Apabila plasenta masih belum lahir dalam kurun waktu 30 menit usai persalinan bayi, segera jalankan tindakan penatalaksanaan manual plasenta sesuai petunjuk indikasi.
- 38) Apabila plasenta telah tampak di area introitus vagina, lakukan asistensi pengeluaran plasenta menggunakan kedua tangan. Pegang massa

plasenta dengan cermat, kemudian lakukan rotasi secara perlahan agar selaput ketuban terpilin dan lahir secara utuh (*intact*).

a. Apabila teridentifikasi adanya robekan selaput ketuban, gunakan sarung tangan steril atau Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) untuk melakukan eksplorasi pada vagina dan serviks. Sisa membran ketuban yang tertinggal di dalam dapat diekstrak menggunakan eksaminasi jari (*digital examination*) atau alat steril seperti klem atau forsep.

Mesase Uterus

39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahirlengkap, lakukan masase uterus dengan meletakkan telapak tangan pada fundus uteri dan memijatnya menggunakan gerakan memutar secara lembut hingga uterus berkontraksi dengan baik dan terasa keras.

Evaluasi Perdarahan

40) Memeriksa kedua permukaan plasenta (maternal dan fetal) beserta membran ketuban guna memastikan tidak ada jaringan yang tertinggal di dalam uterus. Selanjutnya, masukan dan simpan plasenta ke dalam wadah penampung khusus yang steril atau tempat yang telah disediakan.

41) Periksa area vagina dan perineum untuk mengidentifikasi kemungkinan terjadinya laserasi. Apabila ditemukan robekan jalan lahir yang disertai perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan (*heacting*) sesuai dengan prosedur standar.

Tatalaksana Pascapersalinan

42) Lakukan penilaian kembali pada kontraksi uterus dan pastikan rahim tetap berkontraksi secara optimal.

43) Dekontaminasi sarung tangan dengan mencelupkan kedua tangan (yang masih mengenakan sarung tangan) ke dalam larutan klorin 0,5%. Selanjutnya, bilas memakai air Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) dan keringkan dengan kain bersih.

44) Jepit tali pusat memakai klem steril/DTT, atau ikat menggunakan benang steril dengan simpul mati berjarak sekitar 1 cm dari pangkal pusat (*umbilikus*) bayi.

- 45) Buat simpul mati tambahan pada sisi berlawanan untuk memastikan ikatan tali pusat terpasang secara kencang, kuat, dan aman.
- 46) Lepaskan klem bedah, lalu rendam ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit sebagai bagian dari prosedur dekontaminasi instrumen.
- 47) Selimuti ulang bayi menggunakan kain atau selimut bersih dan kering. Pastikan bagian kepala bayi tetap tertutup untuk menjaga kehangatan tubuhnya serta mencegah risiko hipotermia.
- 48) Menganjurkan ibu untuk segera memulai pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif atau melanjutkan proses Inisiasi Menyusu Dini (IMD) yang telah difasilitasi sebelumnya.
- 49) Lanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan jumlah perdarahan pervaginam secara berkala selama masa observasi pascapersalinan (Kala IV):
 - a. 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan
 - b. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan
 - c. Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan
 - d. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menataklaksana atonia uteri
- 50) Berikan edukasi kepada anggota keluarga mengenai cara melakukan masase uterus apabila kontraksi uterus melemah, serta ajarkan cara memantau kekuatan kontraksi uterus secara berkala.
- 51) Lakukan estimasi jumlah perdarahan maternal pascapersalinan untuk mengidentifikasi secara dini risiko terjadinya perdarahan *postpartum*.
- 52) Pantau tekanan darah, frekuensi nadi, dan kondisi kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama setelah persalinan, kemudian setiap 30 menit pada satu jam berikutnya.
 - a. Ukur suhu tubuh ibu setiap satu jam selama dua jam pertama masa nifas.
 - b. Jika ditemukan hasil pemeriksaan yang tidak normal, segera lakukan penatalaksanaan sesuai kondisi ibu.

- 53) Rendam seluruh alat yang telah dipakai di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit sebagai langkah dekontaminasi, setelah itu cuci dan bilas hingga benar-benar bersih.
- 54) Buang semua bahan atau limbah yang telah terkontaminasi ke tempat pembuangan yang sesuai dengan prosedur pengelolaan limbah medis.
- 55) Bersihkan tubuh ibu menggunakan air Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) dari sisa darah, lendir, dan air ketuban, lalu bantu ibu memakai pakaian yang bersih serta kering.
- 56) Pastikan ibu merasa nyaman setelah bersalin. Bantu ibu dalam mengawali proses menyusui dan minta keluarga untuk menyiapkan makanan serta minuman sesuai dengan selera dan kebutuhan ibu.
- 57) Bersihkan area persalinan menggunakan larutan klorin 0,5%, kemudian bilas kembali dengan air bersih setelah proses dekontaminasi selesai.
- 58) Dekontaminasi sarung tangan yang telah digunakan dengan mencelupkannya ke dalam larutan klorin 0,5%, kemudian lepaskan dengan teknik membalik bagian dalam ke luar dan rendam kembali selama 10 menit.
- 59) Setelah seluruh tindakan selesai, cuci kedua tangan menggunakan sabun dan air mengalir sesuai prosedur kebersihan tangan.

Dokumentasi

- 60) Lengkapi seluruh pencatatan pada partograf, baik pada halaman depan maupun belakang, sebagai dokumentasi lengkap proses persalinan dan asuhan yang telah diberikan (Prawirohardjo, 2020)

a. Lilitan Tali Pusat

Lilitan tali pusat (*nuchal cord*) adalah keadaan ketika tali pusat melilit sebagian tubuh janin, terutama di leher, satu kali atau lebih selama kehamilan maupun persalinan. Kondisi ini cukup sering ditemukan dan umumnya terjadi akibat pergerakan janin yang aktif, panjang tali pusat yang berlebihan, jumlah air ketuban yang banyak, serta ukuran janin yang masih relatif kecil sehingga memungkinkan terjadinya lilitan. Lilitan tali

pusat dapat bersifat longgar maupun ketat, dengan dampak yang berbeda terhadap kondisi janin.

Secara fisiologis, tali pusat berfungsi sebagai penghubung antara janin dan plasenta untuk menyalurkan oksigen serta nutrisi yang dibutuhkan janin selama dalam kandungan. Apabila tali pusat melilit leher atau bagian tubuh janin secara ketat, aliran darah melalui pembuluh darah tali pusat dapat terganggu sehingga suplai oksigen ke janin berkurang. Gangguan oksigenasi yang berlangsung terus-menerus dapat menyebabkan hipoksia janin, gawat janin, asfiksia neonatorum, bahkan kematian perinatal pada kasus yang berat.

Manifestasi klinis lilitan tali pusat sering kali tidak menunjukkan gejala selama kehamilan dan baru diketahui saat pemeriksaan ultrasonografi (USG) atau ketika persalinan berlangsung. Pada saat persalinan, lilitan tali pusat dapat menyebabkan perubahan denyut jantung janin, terutama deselerasi variabel akibat kompresi tali pusat. Oleh karena itu, pemantauan denyut jantung janin secara berkala sangat penting untuk mendeteksi adanya gangguan kesejahteraan janin.

d. Partograf

Partograf merupakan instrumen klinis yang digunakan untuk memantau jalannya proses persalinan. Lembar pemantauan ini berfungsi mencatat hasil observasi kondisi ibu, kesejahteraan janin, dan kemajuan persalinan, sekaligus membantu mendeteksi secara dini penyulit atau komplikasi yang membutuhkan penanganan medis segera. (Prawirohardjo, 2020;315).

1. Denyut Jantung Janin

Denyut jantung janin (DJJ) diperiksa setiap 30 menit dan hasilnya dicatat pada partograf menggunakan tanda titik (●). Frekuensi DJJ normal berkisar antara 120–160 kali per menit. Apabila hasil pemeriksaan menunjukkan DJJ kurang dari 120 kali per menit atau lebih dari 160 kali per menit, penolong persalinan harus meningkatkan kewaspadaan karena kondisi tersebut dapat mengindikasikan adanya gangguan pada janin.

2. Warna air ketuban

Evaluasi terhadap kondisi air ketuban (cairan amnion) dilakukan pada setiap kali pemeriksaan dalam (*vagina toucher*), khususnya pasca-pecahnya selaput ketuban. Hasil inspeksi visual tersebut kemudian didokumentasikan pada lembar partograf menggunakan simbol-simbol sebagai berikut:

U : selaput ketuban masih utuh (belum pecah).

J : selaput ketuban telah pecah dengan air ketuban berwarna jernih.

M : selaput ketuban telah pecah dan air ketuban bercampur mekonium.

D : selaput ketuban telah pecah dan air ketuban bercampur darah.

K : selaput ketuban telah pecah dan tidak terdapat lagi air ketuban (kering).

Selain itu, dilakukan pula penilaian terhadap penyusupan tulang kepala janin (molase), yang menggambarkan tingkat tumpang tindih tulang-tulang kepala janin selama proses persalinan. Penilaian molase dicatat dengan kriteria sebagai berikut:

0 : Tulang-tulang kepala masih terpisah dan sutura mudah dipalpasi (sutura terbuka).

1 : Tulang-tulang kepala saling bersentuhan, tetapi belum saling tumpang tindih.

2 : Tulang-tulang kepala saling tumpang tindih, namun masih dapat dipisahkan saat pemeriksaan.

3 : Tulang-tulang kepala bertumpang tindih secara nyata dan tidak dapat dipisahkan.

1. Pembukaan serviks

Pemeriksaan dalam dilakukan setiap empat jam sekali. Pencatatan lembar partograf dimulai saat dilatasi serviks mencapai 4 cm atau ketika ibu telah memasuki fase aktif persalinan. Parameter Denyut Jantung Janin (DJJ) didokumentasikan dalam bentuk simbol titik/silang yang dihubungkan dengan garis utuh. Selain itu, penurunan bagian terdepan janin dievaluasi dan dicatat secara berkala.

3. Penurunan bagian terbawah janin

Penurunan bagian terbawah janin (*presentasi*) dilakukan berkala setiap empat jam, atau lebih sering apabila ditemukan indikasi komplikasi persalinan. Penilaian ini menerapkan metode perlimaan, yakni mengukur proporsi bagian terendah janin yang masih berada di atas tepi atas simfisis pubis menggunakan selebar lima jari tangan pemeriksa. Bagian yang masih teraba di atas simfisis menggambarkan porsi yang belum melintasi pintu atas panggul (PAP), sedangkan porsi yang tidak lagi teraba menandakan sejauh mana bagian presentasi telah masuk ke dalam rongga panggul (*pelvic cavity*).

4. Penurunan bagian terbawah janin

Progresi penurunan bagian presentasi janin diukur melalui metode palpasi abdominal perlimaan (*skala 5/5 hingga 0/5*). Parameter ini mengidentifikasi proporsi kepala janin yang terdeteksi di atas tepi superior simfisis pubis. Secara klinis, kategori 5/5 mengindikasikan bagian terbawah janin belum terfiksasi di Pintu Atas Panggul (PAP); 4/5 mencerminkan masuknya 1/5 bagian ke PAP; 3/5 mengindikasikan penetrasi 2/5 bagian ke kavum pelvis; 2/5 menginfokan bahwa 3/5 bagian telah melampaui *mid-pelvis* dan tidak lagi *ballotable*; 1/5 menunjukkan mayoritas porsi (4/5) telah berada di kavum pelvis; dan 0/5 menandakan *head engaged fully* di mana seluruh porsi kepala berada di sub-simfisis. Pengplotan variabel ini pada lembar partograf disimbolkan dengan tanda lingkaran penilaian penurunan bagian terbawah janin dicatat menggunakan simbol lingkaran (o).

5. waktu

Waktu untuk menentukan pembukaan, penurunan dimulai dari fase aktif.

6. Kontraksi uterus

Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik. Dan berikan tanda seperti lamanya kurang dari 20 detik dan dua kontraksi dalam 10 menit lamanya

20-40 detik dan tiga kontraksi dalam 10 menit lamanya lebih dari 40 detik dan lima kontraksi dalam .

9. Oksitosin

Jika memakai oksitosin, dokumentasikan jumlah unit oksitosin per volume cairan IV serta kecepatan tetesannya (tetes per menit) setiap 30 menit sekali.

10. Obat-obat lain dan cairan I.V

Catat seluruh pemberian obat-obatan ekstra dan cairan intravena (IV) di kotak yang tersedia sesuai dengan kolom waktu pelaksanaan.

11. Nadi yaitu mencatat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan dan beri tanda titik pada kolom (•).

12. TD yaitu menilai dan mencatat setiap 4 jam selama fase aktif persalinan dan beri tanda panah pada kolom (↑).

13. Temperatur yaitu melakukan penilaian pada tubuh ibu selama 2 jam.

14. Volume urine, protein urine, atau aseton dan catat jumlah produksi urine ibu setiap 2 jam saat ibu berkemih (Prawirohardjo, 2020)

PARTOGRAF

No. Register	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 15px;"></table>	Nama Ibu : _____	Umur : _____	G. _____	P. _____	A. _____
No. Puskesmas	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 15px;"></table>	Tanggal : _____	Jam : _____	Alamat : _____		
Ketuban pecah	Sejak jam _____	mules sejak jam _____				

Denyut Jantung Janin (/menit)	200	
	190	
180		
170		
160		
150		
140		
130		
120		
110		
100		
90		
80		

Air ketuban Penyusupan	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 15px;"></table>
---------------------------	--

Pembukaan serviks (cm) beri tanda x Turunnya kepala beri tanda o	10	
	9	
8		
7		
6		
5		
4		
3		
2		
1		
0		

Kontraksi tiap 0 Menit	5	
	4	
	3	
	2	
	1	

Oksitosin U/L tetes/menit	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 15px;"></table>
------------------------------	--

Obat dan Cairan IV	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 15px;"></table>
--------------------	--

• Nadi	180	
	170	
160		
150		
140		
130		
120		
110		
100		
90		
80		
70		
60		

Tekanan darah	180	
	170	
160		
150		
140		
130		
120		
110		
100		
90		
80		
70		
60		

Suhu °C	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 15px;"></table>
---------	--

Urin	Protein	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 15px;"></table>
	Aseton	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 15px;"></table>
	Volume	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 15px;"></table>

Gambar 2.2 Halaman Depan Partograf

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

BAYI BARU LAHIR :

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

Gambar 2.3 Halaman Belakang Partograf

Sumber : Prawirohardjo, 2020

2.3 Konsep Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas

2.3.1 Konsep Dasar Asuhan Ibu Nifas

a. Pengertian Nifas

Masa nifas adalah periode pemulihan yang dimulai sejak sesuai persalinan sampai kondisi ibu pulih kembali seperti sebelum kehamilan. Masa nifas ini biasanya berlangsung kurang lebih 40 hari. Periode ini juga menjadi masa kritis bagi ibu dan bayi, terutama pada 24 jam pertama pascamelahirkan yang berisiko memicu kematian jika lalai dalam penanganannya. (Isnaini & Nuzuliana, 2023)

Masa nifas (*postpartum*) merupakan fase yang diawali segera setelah lahirnya plasenta dan berakhir saat organ-organ reproduksi—khususnya uterus—kembali mendekati keadaan sebelum hamil. Periode yang berlangsung selama kurang lebih enam minggu ini ditandai oleh proses involusi uteri, yaitu reduksi ukuran dan bobot rahim secara bertahap hingga mencapai berat fisiologis semula, yakni berkisar 60 gram. Segera setelah persalinan, uterus memiliki ukuran yang setara dengan usia kehamilan sekitar 20 minggu dengan berat kurang lebih 1.000 gram. Selanjutnya, selama minggu pertama masa nifas, berat uterus berkurang menjadi sekitar 500 gram dan terus mengalami involusi hingga kembali ke ukuran normal. Salah satu komplikasi yang perlu diwaspadai selama masa nifas adalah perdarahan postpartum. (Victoria & Yanti, 2021).

b. Fisiologis Masa Nifas

Selama masa nifas, organ-organ reproduksi ibu, baik organ internal maupun eksternal, akan mengalami perubahan secara bertahap hingga kembali mendekati kondisi sebelum kehamilan. Proses kembalinya alat reproduksi ke keadaan semula ini dikenal sebagai involusi uterus atau involusi masa nifas.

1. Uterus

Involusi uterus merupakan proses fisiologis berupa penyusutan dan kembalinya uterus ke ukuran, bentuk, serta fungsi seperti sebelum kehamilan. Selama masa postpartum, uterus mengalami berbagai

perubahan normal yang berlangsung secara bertahap sebagai bagian dari proses pemulihan, antara lain:

Tabel 2.4 Klasifikasi Fundus Ibu Nifas Berdasarkan TFU

Involusi	Tinggi Fundus Uteri (TFU)	Berat Uterus
Bayi Lahir	Setinggi Pusat	1000 gram
Uri Lahir	Dua Jari Bawah Pusat	750 gram
1 Minggu	Pertengahan Pusat Simpisis	500 gram
2 Minggu	Tidak Teraba Diatas Simpisis	350 gram
6 Minggu	Bertambah Kecil	50 gram
8 Minggu	Normal seperti sebelum hamil	30 gram

Sumber : Keb et al., 2023

2. Lochea

Lokia (*lochia*) merupakan sekret vagina maternal yang diekskresikan sepanjang masa nifas (*puerperium*) sebagai konsekuensi fisiologis dari proses involusi uteri. Cairan ini tersusun atas kombinasi darah, peluruhan jaringan desidua yang mengalami nekrosis, sisa selaput ketuban, serta mukus serviks. Pembersihan alami ini dipicu oleh deskuamasi lapisan desidua pasca-pelepasan plasenta seiring pemulihan struktur reproduksi. Secara normal, lokia mengeluarkan aroma khas seperti darah (amis) tanpa disertai bau busuk yang menyengat, dengan volume pengeluaran yang bervariasi pada tiap individu. Klasifikasi lokia terbagi menjadi:

Tabel 2.5 Perubahan Lochea Pada Masa Nifas

Lochea	Lama	Warna	Karakteristik
Rubra	1-3 hari	Merah Segar	Mengandung sel decidua, Vemix Kaseosa, rambut lanugo sisa mekonium serta sisa darah
Sanguinolenta	4- 7 hari	Merah Kekuningan	Campuran sisa dengan lendir

Serosa	8- 14 hari	Merah kecoklatan	Jumlah darah sangat sedikit dibandingkan serum mengandung sel darah putih serta laseras plasenta
Alba	>14 hari	Putih	Terdiri dari sel data putih, lendir serviks serta serabut jaringan yang nekrotik

Sumber : (Mardianingsih & Marlinawati, n.d.)

Jumlah lokia yang keluar umumnya lebih sedikit saat ibu berada dalam posisi berbaring dibandingkan saat berdiri atau berjalan. Kondisi ini terjadi karena lokia cenderung berkumpul terlebih dahulu di bagian atas vagina ketika ibu berbaring, kemudian akan mengalir keluar saat ibu mengubah posisi atau berdiri. Secara normal, total volume pengeluaran lokia selama masa nifas berkisar antara 240–270 mL, meskipun jumlahnya dapat bervariasi pada setiap ibu.

3. Vagina dan Perineum

Selama proses persalinan berlangsung, area vulva dan vagina mengalami dilatasi serta regangan signifikan akibat paparan tekanan janin saat melintasi jalan lahir. Beberapa hari pasca-persalinan, tonus otot pada kedua organ reproduksi luar ini secara bertahap mulai memulih dan kembali rileks. Lipatan-lipatan vagina (*rugae*) mulai terbentuk kembali pada sekitar minggu ketiga masa nifas. Sementara itu, sisa-sisa jaringan hymen mengalami involusi membentuk tonjolan-tonjolan kecil yang dikenal sebagai *carunculae myrtiformes*, yang merupakan karakteristik khas pada wanita *multipara*. Kendati demikian, dimensi vagina umumnya tetap lebih longgar dibandingkan kondisi sebelum persalinan pertama.

Perubahan fisiologis juga berlangsung pada area perineum, terutama jika terdapat trauma atau robekan saat persalinan. Laserasi perineum dapat terjadi secara spontan maupun melalui tindakan episiotomi atas indikasi medis tertentu. Seiring berjalannya masa nifas, tonus dan elastisitas otot dasar panggul dapat dipulihkan kembali melalui latihan otot

dasar panggul (*senam Kegel*) yang dilakukan secara konsisten. Latihan tersebut dianjurkan pada akhir periode puerperium untuk membantu mengembalikan kekuatan otot perineum serta meningkatkan kekencangan vagina hingga batas tertentu. (Yuliana & Hakim, 2020)

2.3.2 Asuhan Masa Nifas

a. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Tujuan asuhan masa nifas pada ibu nifas adalah sebagai berikut :

- 1) Memelihara kondisi fisik dan psikologis ibu serta bayinya. Peran keluarga di sini sangat penting dalam memberikan dukungan emosional dan pemenuhan gizi yang adekuat supaya kesehatan ibu dan bayi selalu terjaga secara optimal
- 2) Penatalaksanaan asuhan secara komprehensif dilakukan melalui alur Manajemen Asuhan Kebidanan Masa Nifas yang terstruktur, mencakup tahapan pengkajian hingga evaluasi. Asuhan selama periode nifas dan menyusui ini ditujukan untuk memfasilitasi deteksi dini terhadap potensi penyulit maupun komplikasi pada ibu dan bayi, sehingga intervensi medis atau tindakan korektif dapat segera ditatalaksana.
- 3) Melaksanakan mekanisme rujukan secara cepat, tepat, dan aman menuju fasilitas kesehatan penanganan tingkat lanjut (faskes rujukan) sewaktu ditemukan tanda bahaya, penyulit, atau komplikasi pada ibu maupun bayi.
- 4) Memberikan Pendidikan Kesehatan (Penkes) kepada ibu mengenai perawatan masa nifas dan laktasi, pemenuhan kecukupan gizi, perencanaan keluarga/jarak kehamilan, pemberian ASI, imunisasi bayi, serta manajemen perawatan bayi sehat. (Puspita et al., 2022)

b. Kunjungan Ibu Nifas

Pelayanan kesehatan pada masa nifas diberikan melalui beberapa kali kunjungan sesuai dengan standar pelayanan yang ditetapkan yaitu: (Kemenkes, 2020).

- 1) Kunjungan ke-1 (6-8 jam setelah persalinan)

Kunjungan nifas pertama (KF 1) dilaksanakan dalam rentang waktu 6–8 jam pascapersalinan. Kunjungan ini bertujuan untuk memantau keadaan umum ibu, mencegah perdarahan *postpartum* akibat atonia uteri, serta mendeteksi secara dini etiologi perdarahan lainnya agar penanganan medis yang tepat dapat segera diberikan.

2) Kunjungan ke-2 (6 hari setelah persalinan)

Kunjungan kedua bertujuan untuk mengevaluasi apakah proses involusi uterus berlangsung dengan normal, memastikan kebutuhan nutrisi, asupan cairan, dan istirahat ibu terpenuhi, serta menilai keberhasilan pemberian ASI. Pada kunjungan ini juga dilakukan pemantauan terhadap kemungkinan munculnya tanda-tanda penyulit selama masa nifas dan pemberian konseling mengenai perawatan diri, menyusui, serta kesehatan ibu dan bayi.

2) Kunjungan ke-3 (2 minggu setelah persalinan)

Kunjungan nifas ketiga (KF 3) difokuskan pada evaluasi penyesuaian adaptasi fisik, fisiologis, dan psikologis ibu yang diharapkan tercapai pada dua minggu pascapersalinan. Momentum kunjungan ini merupakan waktu ideal untuk melakukan konseling serta peninjauan kembali opsi metode kontrasepsi yang sesuai. Hal ini krusial mengingat sebagian besar pasangan berencana untuk memulai kembali hubungan seksual segera setelah pengeluaran lochia berhenti.

4) Kunjungan ke-4 (6 minggu setelah persalinan)

Kunjungan keempat bertujuan untuk menanyakan penyulit yang dialami oleh ibu atau bayi, serta memberikan konseling mengenai Keluarga Berencana (KB) sejak dini, imunisasi, demam nifas, dan tanda-tanda bahaya yang mungkin terjadi pada ibu dan bayi.

c. Adaptasi Psikologis Pada Ibu Nifas

Adaptasi psikologis secara normal dapat dialami oleh ibu jika memiliki pengalaman yang baik terhadap persalinan, adanya tanggung jawab sebagai ibu, adanya anggota keluarga baru (bayi), dan peran baru sebagai ibu bagi bayinya. Ibu yang baru melahirkan memerlukan

mekanisme koping yang efektif untuk beradaptasi dengan berbagai perubahan yang terjadi setelah persalinan. Perubahan tersebut meliputi perubahan fisik akibat kehamilan, persalinan, dan masa nifas, proses pemulihan kondisi tubuh menuju keadaan sebelum hamil, serta penyesuaian terhadap perubahan peran dan dinamika dalam keluarga.

Ada beberapa fase adaptasi psikologis pada ibu nifas, yaitu :

1. Fase Taking In

Fase ini merupakan periode ketergantungan, dan ibu mengharapkan pemenuhan kebutuhan dirinya dapat dipenuhi oleh orang lain dalam hal ini suami, keluarga atau tenaga kesehatan dalam seperti bidan yang menolongnya. Kondisi ini berlangsung selama 1-2 hari post partum, dan ibu lebih fokus pada dirinya sendiri. Beberapa hari setelah melahirkan, ia akan menanggukkan keterlibatannya terhadap tanggung jawabnya.

Pada masa ini Ibu akan lebih sensitive dan cenderung pasif terhadap lingkungann karena kelelahan. Kondisi ini perlu dipahami dengan cara menjaga komunikasi yang baik. Pemenuhan nutrisi yang baik perlu diperhatikan pada fase ini karena ibu akan mengalami nafsu makan yang meningkat (Dewi Ciselia & Vivi Oktari, 2021)

2. Fase Taking Hold

Fase taking hold berlangsung sekitar 3–10 hari setelah persalinan. Pada tahap ini, ibu mulai menunjukkan perhatian yang lebih besar terhadap bayinya dan merasakan kepuasan dalam menjalankan peran sebagai seorang ibu. Ibu juga mulai tertarik untuk melakukan perawatan bayi, bersikap lebih terbuka terhadap asuhan serta pendidikan kesehatan yang diberikan bagi dirinya maupun bayinya, dan lebih mudah termotivasi untuk terlibat dalam perawatan tersebut. Selain itu, ibu umumnya menunjukkan antusiasme untuk belajar dan mempraktikkan keterampilan merawat bayi hingga tumbuh keinginan untuk merawat bayinya secara mandiri. Oleh karena itu, fase taking hold merupakan waktu yang paling tepat bagi tenaga kesehatan untuk memberikan pendidikan kesehatan

mengenai perawatan ibu selama masa nifas serta perawatan bayi baru lahir. (Dewi Ciselia & Vivi Oktari, 2021)

3. Fase Letting Go

Fase letting go merupakan tahap ketika ibu mulai mampu menerima dan menjalankan tanggung jawab sebagai seorang ibu. Fase ini umumnya dimulai sekitar hari ke-10 setelah persalinan. Pada tahap ini, ibu telah beradaptasi dengan kebutuhan dan ketergantungan bayinya, menunjukkan kepercayaan diri yang lebih baik dalam merawat bayi maupun dirinya sendiri, serta mulai menyesuaikan peran dan hubungan dalam keluarga untuk mendukung pengasuhan bayi secara optimal. Hubungan dengan pasangan juga memerlukan penyesuaian dengan kehadiran bayi sebagai anggota keluarga baru (Dewi Ciselia & Vivi Oktari, 2021)

d. Konstipasi Pada Masa Nifas

Pada ibu nifas konstipasi masih sering terjadi akibat kurangnya mobilisasi, asupan nutrisi yang tidak adekuat, serta faktor psikologis seperti takut nyeri pada luka jahitan. Hal ini sesuai dengan rekomendasi World Health Organization yang menekankan pentingnya mobilisasi dini seperti ibu pasca salin dianjurkan untuk melakukan aktivitas ringan seperti beranjak dari tempat tidur dan bergerak ringan. Pada ibu yang mengalami persalinan normal, 2 jam pasca salin dianjurkan untuk segera mobilisasi dimulai dari gerakan yang ringan seperti miring kiri atau kanan ini bertujuan untuk memperlancar pencernaan dan juga pemenuhan nutrisi yang adekuat seperti banyak minum dan mengonsumsi buah dan sayur yang mengandung serat seperti bayam, kangkung, pepaya agar sistem pencernaan ibu pada masa nifas lancar. Menurut penelitian setelah diberikan asuhan berupa mobilisasi dini, peningkatan konsumsi serat dan cairan, serta dukungan psikologis, terjadi perbaikan fungsi eliminasi. Ibu nifas mampu buang air besar dengan lebih lancar dan nyaman (Puspita et al., 2022)

2.4 Konsep Asuhan Bayi Baru Lahir

2.4.1 Konsep Dasar Asuhan Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir adalah bayi yang baru dilahirkan, baik melalui persalinan pervaginam maupun tindakan operatif, dengan berat badan lahir normal berkisar antara 2.500–4.000 gram. Bayi pada periode ini memerlukan penyesuaian fisiologis terhadap kehidupan di luar rahim serta memperoleh asuhan neonatal esensial untuk mendukung proses adaptasi tersebut. Anak biasanya sangat dinantikan karena dianggap sebagai penerus dan pelengkap dalam keluarga. Oleh karena itu, sejak pertama kali dilahirkan, bayi perlu mendapatkan perawatan yang optimal. Perawatan yang baik sejak dini sangat penting sebagai dasar bagi pertumbuhan dan perkembangan, baik dari segi fisik, motorik, psikososial, maupun spiritual.

Asuhan Bayi Baru Lahir (BBL) merupakan bentuk pelayanan kesehatan yang diberikan segera setelah bayi lahir. Pada periode awal pascapersalinan, fokus utama diarahkan pada stabilitas kondisi ibu dan bayi, serta penyediaan perawatan neonatal yang bersih, aman, dan sesuai standar untuk membantu adaptasi bayi terhadap kehidupan ekstrasuterin.

b. Fisiologi Bayi Baru Lahir

Adaptasi fisiologis pada bayi baru lahir adalah proses penyesuaian fungsi dan sistem tubuh bayi setelah dilahirkan. Bayi yang sebelumnya hidup di dalam rahim (intrauterin) harus menyesuaikan diri dengan lingkungan luar rahim (ekstrauterin). Proses ini melibatkan berbagai sistem tubuh agar bayi dapat bertahan hidup dan berkembang dengan baik.

a) Sistem pernapasan

Saat masih dalam kandungan, janin memperoleh oksigen melalui plasenta, bukan melalui paru-paru. Setelah lahir, bayi harus mulai bernapas sendiri. Paru-paru yang telah matang memungkinkan alveoli berkembang dan berfungsi untuk pertukaran oksigen dan karbon dioksida. Pada bayi normal, napas pertama biasanya terjadi dalam 30 menit pertama setelah kelahiran. Proses ini menandai awal fungsi sistem pernapasan

secara mandiri.

b) Adaptasi suhu tubuh

Bayi baru lahir mudah mengalami stres akibat perubahan suhu lingkungan. Di dalam rahim, suhu relatif stabil dan hangat, sedangkan setelah lahir bayi berada di lingkungan yang lebih dingin. Selain itu, kondisi tubuh yang masih basah setelah persalinan juga mempercepat kehilangan panas. Oleh karena itu, bayi memerlukan perlindungan dan penghangatan agar suhu tubuhnya tetap stabil.

c) Sistem pencernaan

Bayi baru lahir cukup bulan secara fisiologis memiliki keterbatasan dalam kapasitas deglutisi serta digesti bahan makanan non-ASI. Imaturitas sistem traktus digestivus menyebabkan proses enzimatik terhadap makronutrien (protein, lipid, dan karbohidrat) belum berjalan optimal. Ditambah lagi, durabilitas hubungan esofagogastrik yang belum berkembang penuh memicu kecenderungan *regurgitasi*, khususnya saat distensi lambung terjadi akibat asupan ASI yang melampaui kapasitas penampungan.

d) Sistem imun

Sistem kekebalan tubuh bayi baru lahir masih dalam tahap perkembangan dan belum berfungsi secara maksimal. Kondisi ini membuat bayi lebih rentan terhadap infeksi dan reaksi alergi. Seiring waktu, sistem imun akan semakin matang dan membentuk kekebalan alami maupun kekebalan yang diperoleh dari luar, seperti melalui ASI atau imunisasi.

2.4.2 Asuhan Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Asuhan Bayi Baru Lahir

Asuhan yang diberikan kepada bayi baru lahir meliputi beberapa tindakan penting sebagai berikut:

1) Mempertahankan kehangatan tubuh bayi. Langkah awal yang dilakukan adalah segera menyelimuti bayi pascapersalinan untuk menjaga stabilitas suhu tubuhnya. Penundaan tindakan memandikan bayi dilakukan

sekurang-kurangnya selama 6 jam atau sampai kondisi suhu tubuh stabil guna mengantisipasi risiko hipotermia.

2) Memastikan kepatenan jalan napas. Jika terindikasi, akumulasi lendir pada rongga mulut dan hidung dibersihkan melalui tindakan pengisapan (*suction*) untuk menjaga kelancaran respirasi. Prosedur ini dilaksanakan secara simultan dengan penilaian *Apgar Score* pada menit pertama. Neonatus dengan kondisi normal umumnya langsung menangis spontaneously, sementara bayi yang apnea atau tidak menangis memerlukan evaluasi ulang serta pembersihan jalan napas segera.

3) Mengeringkan tubuh bayi. Seluruh permukaan tubuh bayi dikeringkan menggunakan kain atau handuk bersih, kering, dan lembut dengan sekaan lembut mulai dari area wajah, kepala, hingga ke seluruh bagian tubuh. Pengeringan dilakukan tanpa membersihkan *vernix caseosa* mengingat peran fisiologisnya dalam melindungi serta menjaga kelembapan kulit bayi.

4) Mengeringkan tubuh bayi. Seluruh permukaan tubuh bayi dikeringkan menggunakan kain atau handuk bersih, kering, dan lembut dengan sekaan lembut mulai dari area wajah, kepala, hingga ke seluruh bagian tubuh. Pengeringan dilakukan tanpa membersihkan *vernix caseosa* mengingat peran fisiologisnya dalam melindungi serta menjaga kelembapan kulit bayi.

5) Melakukan kontak kulit ke kulit (*skin-to-skin contact*). Bayi diposisikan tengkurap di atas dada ibu untuk mengawasi dan memfasilitasi proses Inisiasi Menyusu Dini (IMD).

6) Melaksanakan Inisiasi Menyusu Dini (IMD). IMD diinisiasi sesegera mungkin pascapersalinan dengan mempertahankan kontak kulit ke kulit (*skin-to-skin contact*) antara ibu dan bayi sekurang-kurangnya selama satu jam. Bayi dibiarkan secara alami mencari puting susu dan mulai menyusu secara mandiri. Selanjutnya, pemberian ASI Eksklusif direkomendasikan selama enam bulan pertama kehidupan, lalu dilanjutkan hingga usia dua

tahun yang didampingi dengan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) mulai usia enam bulan.

7) Memberikan identitas diri segera setelah IMD. Setelah proses IMD selesai, bayi dipasangkan gelang identitas yang memuat nama ibu dan ayah, tanggal serta waktu kelahiran, dan jenis kelamin bayi untuk mencegah kesalahan identifikasi.

8) Pemberian profilaksis Vitamin K 1. Seluruh bayi baru lahir wajib menerima suntikan Vitamin K 1 mengingat sistem pembekuan darahnya belum matang secara sempurna, sehingga rentan mengalami Perdarahan Akibat Defisiensi Vitamin K (PDAK).

9) Memberi salep mata antibiotik. Salep antibiotik dioleskan pada kedua mata bayi, idealnya sekitar satu jam setelah kelahiran, untuk mencegah infeksi mata.

10) Memberikan imunisasi Hepatitis B pertama (HB-O). Imunisasi HB-O diberikan dalam waktu 1–2 jam setelah penyuntikan vitamin K1 secara intramuskular. Pemberian imunisasi ini bertujuan untuk melindungi bayi dari infeksi virus Hepatitis B, terutama penularan dari ibu kepada bayi, dan dianjurkan diberikan pada usia 0–7 hari.

11) Melaksanakan pemeriksaan fisik secara sistematis dan menyeluruh pada bayi baru lahir untuk menapis adanya kelainan bawaan atau komplikasi klinis yang membutuhkan penanganan cermat dan cepat. Langkah evaluasi ini juga ditujukan untuk memantau penyulit yang mungkin berkaitan erat dengan riwayat gestasi, proses persalinan, serta saat bayi dilahirkan (Karo et al. 2023).

b. Kunjungan Bayi Baru Lahir

1) Kunjungan neonatal (KN 1)

Kunjungan neonatal pertama dilakukan dalam rentang waktu 6–48 jam setelah bayi lahir. Pada kunjungan ini, tenaga kesehatan melakukan berbagai upaya untuk memastikan kondisi bayi tetap optimal, meliputi menjaga suhu tubuh bayi agar tetap hangat, melakukan pemeriksaan fisik

secara menyeluruh, menempatkan bayi pada lingkungan yang bersih dan nyaman, memberikan imunisasi Hepatitis B dosis pertama (HB-0), serta melakukan perawatan tali pusat guna mencegah terjadinya infeksi.

2) Kunjungan Neonatal ke II (KN 2)

Kunjungan neonatal kedua (KN 2) dilaksanakan pada rentang hari ke-3 hingga hari ke-7 pascapersalinan. Pelayanan yang diberikan mencakup pemantauan serta perawatan tali pusat, personal hygiene bayi, serta deteksi dini terhadap tanda bahaya seperti infeksi bakteri, ikterus, berat badan lahir rendah (BBLR), maupun hambatan laktasi. Di samping itu, bidan melakukan evaluasi frekuensi menyusui, pemeliharaan termoregulasi tubuh bayi, konseling pemberian ASI Eksklusif, dan edukasi kepada ibu mengenai langkah-langkah pencegahan hipotermia.

3) Kunjungan neonatus ke III (KN III)

Kunjungan neonatal ketiga (KN 3) dilaksanakan pada rentang usia bayi 8–28 hari. Pelayanan yang diberikan mencakup pemeriksaan fisik komprehensif, pemantauan kebersihan bayi, serta edukasi kepada ibu mengenai tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir. Tenaga kesehatan juga menganjurkan ibu untuk terus memberikan ASI *on demand* (sesering mungkin), memelihara kehangatan dan keamanan bayi, serta mengedukasi ibu agar membawa bayinya untuk mendapatkan imunisasi BCG sesuai jadwal pada kunjungan berikutnya (Varney 2020).

c.Asi Eksklusif

Air Susu Ibu (ASI) eksklusif didefinisikan sebagai pemberian ASI secara tunggal untuk memenuhi seluruh kebutuhan nutrisi bayi selama enam bulan pertama kehidupan, tanpa memformulasikan tambahan cairan atau minuman lain seperti susu formula, air putih, madu, teh, maupun jus. Pada periode ini, bayi juga tidak diberikan makanan pendamping padat maupun lunak (seperti pisang, pepaya, bubur susu, biskuit, dan bubur nasi), kecuali pemberian preparat vitamin, mineral, atau obat-obatan sesuai indikasi medis. Pada bulan pertama kehidupan, kebutuhan gizi bayi sebenarnya sudah terpenuhi secara alami melalui ASI, yang berperan

penting sebagai sumber nutrisi sekaligus perlindungan terhadap gangguan gizi. Pada hari-hari awal setelah kelahiran, ASI terutama kolostrum mengandung kadar protein, vitamin A, seng, faktor pertumbuhan, dan zat kekebalan yang lebih tinggi, serta membantu pengeluaran mekonium. Pemberian ASI eksklusif hingga usia 6 bulan sangat berperan dalam mendukung perkembangan otak secara optimal.

Selain memenuhi kebutuhan gizi, pemberian ASI eksklusif juga berperan sebagai stimulasi awal bagi bayi. Saat menyusui, ibu biasanya berinteraksi dengan bayi melalui sentuhan, bicara, atau nyanyian. Hal ini merangsang perkembangan otak, baik bagian kiri melalui bahasa maupun bagian kanan melalui melodi. Oleh karena itu, bayi yang mendapatkan ASI eksklusif umumnya memiliki perkembangan bahasa yang lebih baik. (Kasdu, 2024)

e. Mpasi

Makanan Pendamping Asi atau yang sering disebut mpasi diberikan untuk menambah nutrisi pada bayi yang masih menyusui. Pemberian MPASI sebaiknya dilakukan pada waktu yang tepat, yaitu saat bayi mencapai usia 6 bulan. Jika bayi mengalami kondisi tertentu, seperti kenaikan atau penurunan berat badan yang tidak normal, maka pemberian MPASI perlu dikonsultasikan terlebih dahulu dengan dokter anak.

Menurut The European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN), MPASI tidak dianjurkan diberikan pada bayi sebelum usia 4 bulan maupun setelah melewati usia 6 bulan. Pemberian MPASI terlalu dini dapat meningkatkan risiko infeksi saluran cerna, alergi, hingga obesitas. Sebaliknya, jika diberikan terlalu lambat, bayi berisiko mengalami kekurangan gizi yang dapat berujung pada stunting (Anissa Florence, 2024)

2.5 Konsep Asuhan Keluarga Berencana

2.5.1 Konsep Dasar Asuhan Keluarga Berencana

a. Pengertian Keluarga Berencana (KB)

Keluarga Berencana (KB) merupakan upaya strategis untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga melalui perencanaan jumlah dan interval kelahiran anak. Ruang lingkup program ini meliputi layanan konseling pra-nikah, penanganan infertilitas, serta pengaturan jarak kehamilan yang disesuaikan dengan kesiapan pasangan. KB bertujuan memfasilitasi pasangan suami istri dalam mencegah kehamilan yang tidak direncanakan, merencanakan kehamilan yang diharapkan, dan mengatur interval kelahiran secara proporsional demi mewujudkan keluarga yang sehat dan sejahtera.

Program Keluarga Berencana (KB) bertujuan untuk mengoptimalkan derajat kesehatan maternal dan neonatal guna mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera. Langkah strategis tersebut ditempuh melalui penataan jarak kelahiran, pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan, serta penekanan laju pertumbuhan penduduk di Indonesia.

b. Metode-metode Alat Kontrasepsi

1) Implant : Salah satu jenis kontrasepsi implan adalah implan yang mengandung hormon levonorgestrel. Alat kontrasepsi ini terdiri atas enam kapsul kecil yang dipasang di bawah kulit pada bagian dalam lengan atas, dengan lokasi pemasangan sekitar 6–10 cm di atas lipatan siku. KB implan atau susuk merupakan salah satu metode kontrasepsi hormonal jangka panjang yang berbentuk batang kecil menyerupai korek api. Alat ini dipasang di bawah kulit, umumnya pada bagian lengan atas, dan bekerja dengan melepaskan hormon progestin secara bertahap untuk mencegah terjadinya kehamilan. Efektivitas penggunaan implan dapat berlangsung selama 3–7 tahun, tergantung pada jenis implan yang digunakan.

Kontrasepsi implan bekerja melalui beberapa mekanisme, yaitu menekan terjadinya ovulasi, meningkatkan kekentalan lendir serviks sehingga menghambat masuknya sperma ke dalam rahim, menyebabkan penipisan endometrium sehingga proses implantasi tidak dapat berlangsung secara optimal, serta mengurangi kemampuan sperma untuk

bergerak menuju ovum sehingga peluang terjadinya pembuahan menjadi lebih kecil.

Penggunaan KB implan memiliki beberapa kelebihan, di antaranya mampu memberikan perlindungan kehamilan dalam jangka waktu lama tanpa perlu tindakan rutin setiap hari, serta tingkat kesuburan dapat kembali dengan cepat setelah alat dilepas. Namun, metode ini juga memiliki beberapa kekurangan, seperti kemungkinan munculnya efek samping berupa perdarahan menstruasi yang tidak teratur, sakit kepala, maupun peningkatan berat badan. Selain itu, pemasangan dan pelepasan implan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan melalui tindakan medis sederhana (Mangun et al., 2025).

2) Pil KB : tersedia dalam bentuk tablet yang mengandung hormon progestin atau kombinasi hormon estrogen dan progestin. Cara kerjanya adalah menghambat proses ovulasi serta menyebabkan perubahan pada lapisan endometrium sehingga tidak mendukung terjadinya implantasi hasil pembuahan.

3) Suntikan : Kontrasepsi suntik merupakan metode keluarga berencana yang dilakukan dengan menyuntikkan hormon ke dalam tubuh wanita, seperti Depo-Provera, Noristerat, atau Net-En. Metode ini memiliki efektivitas yang sangat tinggi, yaitu sekitar 99% apabila digunakan sesuai jadwal. Mekanisme kerjanya meliputi menghambat proses ovulasi, menipiskan lapisan endometrium sehingga implantasi (nidasi) tidak dapat terjadi, serta meningkatkan kekentalan lendir serviks sehingga menghambat masuknya sperma ke dalam rahim.

4) AKDR (alat kontrasepsi dalam rahim) : atau Intrauterine Device (IUD) merupakan metode kontrasepsi yang dipasang di dalam rongga rahim. Beberapa jenis AKDR yang umum digunakan antara lain Lippes Loop, Multiload, dan Copper-T, yang terbuat dari bahan plastik dengan lilitan tembaga. Metode ini bekerja dengan menghambat kemampuan sperma untuk mencapai dan membuahi sel telur melalui perubahan lingkungan di dalam rahim akibat keberadaan alat dan ion tembaga,

sehingga proses fertilisasi maupun implantasi (nidasi) tidak dapat berlangsung. Efektifitasnya mencapai 98% dan bertahan lama ekonomis dan reversible.

5) Sterilisasi merupakan pilihan kontrasepsi permanen bagi pasangan yang tidak menginginkan anak lagi. Pada pria, tindakan ini dikenal sebagai Vasektomi, yaitu pembedahan kecil untuk mengikat atau memotong *vas deferens* agar spermatozoa tidak bercampur dengan cairan ejakulat. Sementara pada wanita, prosedur ini dinamakan Tubektomi, yang dilakukan dengan memblokir saluran *tuba falopii* sehingga sel telur tidak dapat menuju rahim. Akibat sifatnya yang permanen, metode ini menyebabkan infertilitas menetap.

6) Alat kontrasepsi lainnya seperti kondom, diafragma, tablet vagina. (Agustina et al., 2024).

Sebelum pemasangan alat kontrasepsi, penting untuk memastikan bahwa ibu tidak sedang hamil, terutama pada ibu yang tidak mengalami haid (amenore). Tidak adanya menstruasi tidak selalu menunjukkan adanya kehamilan karena kondisi tersebut dapat terjadi pada ibu menyusui, masa nifas, penggunaan kontrasepsi hormonal sebelumnya, maupun gangguan hormonal tertentu. Oleh karena itu, diperlukan pengkajian yang cermat untuk menyingkirkan kemungkinan kehamilan sebelum pemasangan kontrasepsi dilakukan.

Langkah Konseling Keluarga Berencana dengan Pendekatan “SATU TUJU”

Dalam memberikan layanan konseling, khususnya bagi calon akseptor KB baru, tenaga kesehatan dapat mengaplikasikan metode pendekatan "SATU TUJU". Pendekatan ini dirancang untuk memfasilitasi klien mendapatkan informasi komprehensif sehingga mampu menentukan pilihan metode kontrasepsi yang paling sesuai dengan kebutuhan serta kondisi kesehatannya. Adapun alur konseling SATU TUJU mencakup tahapan sebagai berikut:

SA (Sapa dan Salam)

Bangun hubungan yang baik dengan klien melalui sapaan yang ramah dan sikap yang menghargai. Berikan perhatian penuh serta lakukan konseling di tempat yang nyaman dan menjaga privasi agar klien merasa aman untuk menyampaikan informasi.

T (Tanya)

Gali informasi mengenai kondisi klien, termasuk riwayat kesehatan, pengalaman menggunakan kontrasepsi, kesehatan reproduksi, tujuan ber-KB, harapan, serta kondisi keluarga. Langkah ini membantu tenaga kesehatan memahami kebutuhan dan preferensi klien.

U (Uraikan)

Jelaskan berbagai pilihan metode kontrasepsi beserta manfaat, cara kerja, kelebihan, kekurangan, efek samping, serta kesesuaiannya dengan kondisi klien. Berikan informasi yang objektif agar klien dapat mempertimbangkan setiap pilihan dengan baik.

TU (Bantu)

Dampingi klien dalam menentukan metode kontrasepsi yang paling sesuai. Dorong klien untuk mengungkapkan pilihannya dan, bila memungkinkan, libatkan pasangan dalam proses pengambilan keputusan sebagai bentuk dukungan terhadap penggunaan kontrasepsi.

J (Jelaskan)

Setelah klien menentukan metode kontrasepsi, berikan penjelasan secara rinci mengenai cara penggunaan, waktu pemakaian, manfaat, kemungkinan efek samping, tanda bahaya, serta waktu yang tepat untuk kembali ke fasilitas kesehatan. Jika diperlukan, perlihatkan alat atau media kontrasepsi yang dipilih.

U (Kunjungan Ulang)

Anjurkan klien untuk melakukan kunjungan ulang sesuai jadwal yang telah ditentukan. Pada tahap ini, tenaga kesehatan bersama klien menyepakati waktu kontrol guna mengevaluasi penggunaan kontrasepsi, memantau efek samping, serta memberikan pelayanan lanjutan apabila diperlukan.. (Partiwi, 2022)

Tabel 2.6 Metode Kontrasepsi

No.	Metode Kontrasepsi	Jenis Alat Kontrasepsi
1.	Menunda Kehamilan (usia <20 tahun)	Pil KB, Kondom, Suntik kb
2.	Menjarangkan Kehamilan (usia 20-35 tahun)	Implant, AKDR, Suntik kb
3.	Mengakhiri Kehamilan (usia >35 tahun)	Tubektomi, Vasektomi

Sumber : (Hetti Marlina Pakpahan et al., 2024)