

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KEHAMILAN

2.1.1 Konsep Dasar Asuhan Kehamilan

a. Definisi Kehamilan

Menurut Federasi Ginekologi dan Obstetri Internasional (FIGO), proses gestasi didefinisikan sebagai perkembangan hasil pembuahan ovum dan sperma yang berlanjut hingga kelahiran. Masa kehamilan normal lazimnya berlangsung sepanjang 40 minggu atau sembilan bulan, yang terbagi dalam tiga tahapan: trimester I (0–12 minggu), trimester II (13–27 minggu), dan trimester III (28–40 minggu). (Natalia & Handayani, 2022).

Pemahaman dan keterampilan dalam mengidentifikasi perubahan fisiologis selama masa kehamilan. Perubahan ini meliputi penyesuaian sistem hormonal serta perubahan anatomi dan fisiologi tubuh ibu. (Natalia & Handayani, 2022).

2.1.2. Perubahan Dan Adaptasi Fisiologis Pada Masa Kehamilan TM III

A. Perubahan fisiologis Trimester III

1. Sistem reproduksi

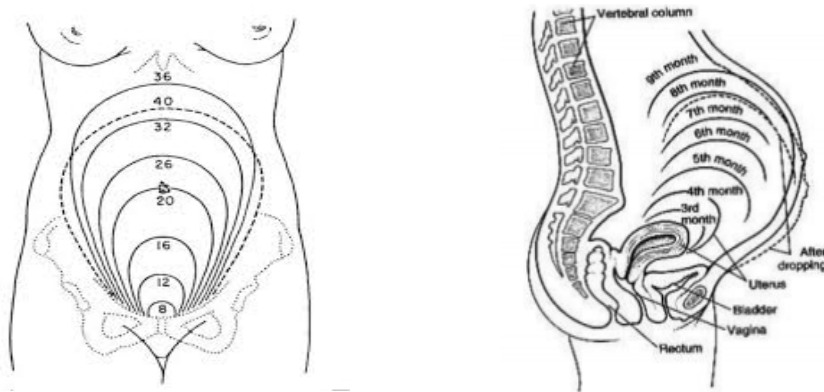
a) Uterus

Perubahan anatomis paling menonjol pada ibu hamil adalah pembesaran uterus. Lonjakan kadar estrogen dan progesteron di awal kehamilan memicu hipertrofi miometrium, yang disertai peningkatan jaringan elastin serta penumpukan jaringan fibrosa. Penggabungan faktor tersebut berfungsi mengokohkan struktur dinding rahim sehingga memiliki daya tahan optimal terhadap tekanan regangan serta pembesaran organ. Di samping itu, pembesaran sel otot rahim (hipertrofi miometrium) ini juga diiringi oleh eskalasi suplai darah serta jaringan pembuluh limfa. Selama masa gestasi, terjadi peningkatan massa uterus

yang signifikan dari bobot awal 30 gram hingga mencapai kisaran 1000 gram pada usia kehamilan aterm (40 minggu). (Putri et al., 2025)

Memasuki trimester ketiga (usia kehamilan di atas 28 minggu), dinding uterus mengalami penipisan dan melunak. Kondisi ini memungkinkan pergerakan janin teramati serta bagian tubuhnya dapat dipalpasi untuk mengidentifikasi posisi dan perkiraan ukurannya, seiring berkembangnya korpus menjadi Segmen Bawah Rahim (SBR). Pada usia kehamilan 36 minggu, terjadi penurunan bagian terendah janin akibat pelunakan jaringan dasar panggul yang didukung oleh kontraksi otot rahim dan posisi segmen bawah rahim.

Gambar 2.1 perubahan pada anatomi uterus



Kapasitas adaptif uterus sangat esensial dalam merawat dan melindungi produk konsepsi yang terdiri atas janin, ari-ari, serta air ketuban sepanjang siklus kehamilan. Organ reproduksi ini memiliki fleksibilitas tinggi untuk memperbesar volume secara ekstrem dan menyusut kembali dalam beberapa pekan usai melahirkan. Pada kondisi normal tanpa kehamilan, berat rahim tercatat sekitar 70 gram dengan kapasitas tampung kurang dari 10 ml. Akan tetapi, pada fase akhir kehamilan, kapasitas fungsionalnya meningkat tajam hingga mampu menampung volume cairan total mencapai 5 hingga 20 liter serta mencatatkan peningkatan bobot hingga 1.100 gram.

Uterus membesar terutama melalui mekanisme hipertrofi dan peregangan sel otot yang ada, sebab pembentukan sel miosit baru sangat terbatas. Penumpukan jaringan ikat dan elastin di lapisan otot luar turut memperkuat dinding rahim. Meskipun dinding area korpus sempat menebal di awal masa kehamilan, ukurannya

bertahap menipis seiring pertumbuhan janin hingga menyisakan ketebalan kurang lebih 1,5 cm menjelang persalinan.

b). Serviks

Serviks pada manusia adalah struktur organ heterogen nan kompleks yang melewati fase transformasi signifikan sepanjang masa gestasi dan proses persalinan. Didominasi oleh jaringan ikat fibrosa, matriks ekstraseluler serviks sebagian besar tersusun atas kolagen, elastin, serta proteoglikan, disertai komponen seluler seperti otot polos, fibroblas, jaringan epitel, dan pembuluh darah. Sekitar satu bulan pascakonsepsi, serviks mengalami pelunakan dan perubahan warna menjadi kebiruan. Kondisi ini dipicu oleh peningkatan vaskularisasi serta timbulnya edema pada seluruh jaringan serviks, yang disertai dengan hipertrofi dan hiperplasia pada kelenjar-kelenjar serviks.

c). Vagina Dan Perineum

Pada masa kehamilan, terjadi peningkatan aliran darah (vaskularisasi) serta kemerahan akibat kelebihan darah (hiperemia) pada jaringan otot dan kulit di sekitar vulva dan perineum. Kondisi ini memicu perubahan warna vagina menjadi keunguan, yang dikenal secara klinis sebagai tanda Chadwick. Selain itu, struktur dinding vagina mengalami adaptasi guna menghadapi proses persalinan melalui penebalan mukosa, peregangan jaringan ikat, pembesaran sel otot polos (hipertrofi) yang memanjang dindingnya, serta hipertrofi papila mukosa yang membentuk pola menyerupai paku sepatu (*peg-like appearance*).

d). Warna Kulit

Perubahan warna pada jaringan integumen abdomen menjadi kemerahan dan keburaman kerap meluas hingga ke area mammae serta paha. Fenomena fisiologis dalam masa kehamilan ini secara medis dinamakan *striae gravidarum*. Penipisan dan munculnya garis-garis merah pada kulit payudara, perut, serta paha terjadi karena adanya tarikan yang kuat pada lapisan kolagen akibat peregangan maksimal.

e). Mammae

Pada fase awal gestasi, sensasi lunak akan dirasakan pada organ mammae. Memasuki bulan kedua, terjadi pembesaran ukuran yang disertai dengan makin

jelasan vaskularisasi vena subkutan. Area papila mammae juga mengalami hiperpigmentasi, pembesaran, serta menjadi lebih erektile. Meskipun cairan kolostrum berwarna kekuningan mulai dapat diekskresikan setelah bulan pertama, laktogenesis belum terjadi akibat supresi hormon prolaktin oleh *prolactin inhibiting hormone*. Perlu dicatat bahwa volume mammae sebelum hamil tidak memengaruhi kuantitas produksi ASI yang dihasilkan.

2. Sistem Organ

a. Rongga Mulut dan Gingiva

Pembengkakan (*edema*) pada gusi lebih rentan terjadi akibat tingginya kadar hormon estrogen dan progesteron. Kondisi tersebut memicu derasnya suplai darah menuju area mulut serta memperbanyak pembuluh darah kapiler di gusi (hipervaskularisasi).

b. Ventrikulus (Gaster)

Penurunan motilitas atau gerakan peristaltik usus sering menyebabkan timbulnya keluhan perut kembung dan konstipasi, sementara lonjakan asam lambung dapat memicu timbulnya sensasi cepat lapar serta keinginan untuk terus mengonsumsi makanan tertentu (mengidam)

c. Perubahan Peristaltik Usus Halus dan Usus Besar

Penurunan aktivitas peristaltik dan tonus otot pencernaan memperlambat laju makanan, yang walaupun menguntungkan bagi reabsorpsi nutrisi, berisiko tinggi menyebabkan obstipasi.

3. Saluran air kemih

Frekuensi berkemih yang meningkat dialami oleh wanita hamil karena tingginya kecepatan penyaringan pada ginjal. Kondisi ini diperparah oleh lonjakan progesteron dan estrogen yang menurunkan tonus otot saluran kemih serta mendilatasi ureter. Tekanan fisik dari uterus yang semakin berkembang juga berpotensi menjepit dinding saluran ekskresi urin, sehingga memicu hidroureter dan risiko hidronefrosis sesaat. Kendati parameter darah seperti urea, kreatinin, dan asam urat mengalami reduksi, hal tersebut tetap dikategorikan sebagai kondisi yang normal.

4. Kardiovaskuler

Bertambahnya miokardium memicu terjadinya hipertrofi otot jantung, khususnya pada ventrikel kiri yang menjadi penentu utama kardiomegali fisiologis. Peningkatan curah jantung ini berdampak pada melonjaknya isi sekuncup (stroke volume), sehingga pasokan darah serta oksigen ke seluruh jaringan ibu meningkat guna menunjang tumbuh kembang janin.

5. Sistem integumen Perubahan Fisiologis Integumen

. Secara bertahap, gejala penggelapan kulit ini lazimnya akan menyusut dan hilang sendirinya setelah proses persalinan selesai. Berbagai manifestasi peningkatan warna kulit tersebut dapat diamati pada area *chloasma gravidarum*, *linea nigra*, *areola* dan *papilla mammae*, serta guratan *striae gravidarum* (baik tipe *livide* maupun *alba*). Proses tersebut dipicu oleh pelepasan hormon *Melanophore Stimulating Hormone* (MSH) dari kelenjar hipofisis anterior bersamaan dengan kinerja kelenjar suprarenalis yang merangsang naik turunnya endapan pigmen serta hiperpigmentasi pada sistem integumen.

6. Sistem pernapasan

Adaptasi sistem respirasi selama masa gestasi terjadi demi mencukupi eskalasi kebutuhan oksigen O₂. Memasuki usia kehamilan 32 minggu, pembesaran uterus akan memberi dorongan mekanis yang mendesak diafragma. Sebagai mekanisme kompensasi atas elevasi diafragma dan peningkatan konsumsi O₂ tersebut, ventilasi paru ibu hamil akan meningkat melalui pernapasan yang lebih dalam sekitar 20% hingga 25% dibandingkan kondisi sebelum hamil.

B. Adaptasi Psikologis pada Kehamilan Trimester Akhir

Pada trimester akhir ini kerap diistilahkan sebagai masa penantian atau kesiapsiagaan. Pada fase ini, timbul kecenderungan protektif untuk membatasi interaksi dengan individu maupun objek yang dipersepsikan berisiko membahayakan. Bersamaan dengan timbulnya kembali keluhan fisik khas kehamilan, mayoritas ibu hamil juga mengalami penurunan citra tubuh (*body image*) karena menganggap penampilan fisiknya menjadi tidak proporsional atau kurang menarik. (Hatijar & Yanti, 2020)

2.1.3 Asuhan Kebidanan Kehamilan

Pelayanan antenatal berfokus pada upaya pencegahan melalui pemberian asuhan kesehatan maternal yang sistematis oleh tenaga kesehatan. Seluruh rangkaian pemeriksaan ini diselenggarakan berdasarkan pedoman baku pelayanan kehamilan. (Sari et al., 2022).

Pada umumnya, proses kehamilan berlanjut secara fisiologis dan diakhiri dengan persalinan spontan yang melahirkan bayi mature serta sehat. Kendati demikian, komplikasi dapat terjadi di luar ekspektasi. Oleh sebab itu, pemberian asuhan *antenatal care* (ANC) memegang peranan krusial dalam pemantauan status kesehatan maternal yang normal, sekaligus sebagai upaya skrining dini terhadap potensi kegawatdaruratan atau penyulit kehamilan. (Khoirunnisa, 2024)

1. Memantau dinamika kehamilan untuk menjamin kesejahteraan ibu serta mengoptimalkan tumbuh kembang janin.
2. Memelihara dan meningkatkan status kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu beserta bayinya.
3. Mengidentifikasi secara dini risiko, kelainan, atau komplikasi yang berpotensi timbul selama masa kehamilan.
4. Melakukan pengamatan berkelanjutan terhadap perjalanan kehamilan untuk memastikan kesehatan maternal tetap terjaga dan tumbuh kembang janin berlangsung sesuai standar fisiologis.
5. Memberikan edukasi serta kesiapan bagi ibu guna memastikan periode puerperium dan program pemberian ASI eksklusif berjalan secara fisiologis tanpa hambatan.
6. Mengoptimalkan kesiapan psikologis maternal dan dukungan keluarga dalam mengemban tugas pengasuhan neonatus, guna menjamin proses tumbuh kembang anak berlangsung secara maksimal. (Hatijar & Yanti, 2020).

a. Kunjungan Kehamilan

1. Trimester Pertama: Minimal dua kali kunjungan pemeriksaan, yang dilakukan sebelum usia kehamilan memasuki 12 minggu.
2. Trimester Kedua: Minimal satu kali kunjungan pemeriksaan, yang dijadwalkan antara usia kehamilan 12 hingga 24 minggu.

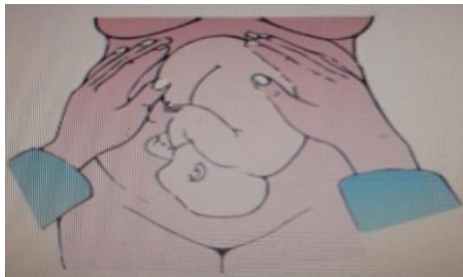
3. Trimester Ketiga: Minimal tiga kali kunjungan pemeriksaan, yang dilaksanakan sejak usia kehamilan 24 hingga 40 minggu. (Ginting, 2023).

c. Pemeriksaan Kehamilan

1. Pemeriksaan Palpasi Leopold

a. Leopold I

Gambar 2.1 Palpasi Leopold I



1. Palpasi pada area fundus uteri dilakukan dengan menempatkan kedua palmar tangan untuk menentukan ketinggian fundus. Pengukuran tersebut memanfaatkan pita ukur (*medline*) guna mengonfirmasi kesesuaian perkiraan usia gestasi berdasarkan Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT).

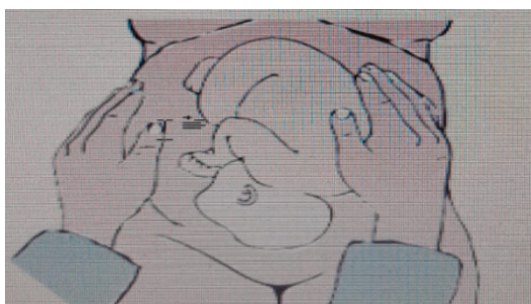
2. Tentukan bagian janin yang menempati fundus uteri

Pada presentasi bokong atau letak sungsang, bagian kepala janin teraba sebagai massa yang bulat, keras, serta mudah melenting ketika dipalpasi.

- a. Presentasi Bokong (Sungsang): Palpasi pada fundus uteri akan mengidentifikasi kepala janin dengan karakteristik bulat, keras, serta berbalotemen (melenting).
- b. Presentasi Kepala: Puncak uterus terisi oleh bokong janin yang memiliki tekstur lebih lunak, bentuk tidak presisi/bulat, serta tidak melenting.
- c. Letak Lintang (Transverse Lie): Pada pemeriksaan area fundus uteri, pemeriksa umumnya tidak menemukan bagian besar janin yang teraba secara eksplisit

b) Leopold II

Gambar 2.2 Pemeriksaan Leopold II

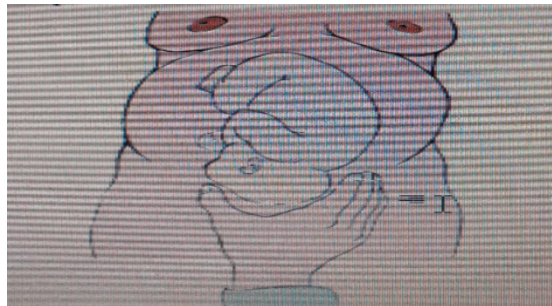


(Latif, 2021)

1. Penelusuran dilakukan dengan meraba kedua sisi perut ibu guna menentukan posisi bagian samping janin
2. Pemeriksa memosisikan palmar tangan kiri pada sisi dextra abdomen ibu, sementara palmar tangan kanan diletakkan di sisi sinistra abdomen ibu.
3. Tangan kiri mendorong Dan Tangan kanan meraba bagian abdomen kanan ibu dan apa yang teraba bagian sisi abdomen kanan ibu dan Tangan kanan mendorong bagian sisi kanan abdomen ibu dan tangan kanan meraba apa yang terdapat di sisi kiri abdomen ibu

c) Leopold III

Gambar 2.3 Pemeriksaan Leopold III

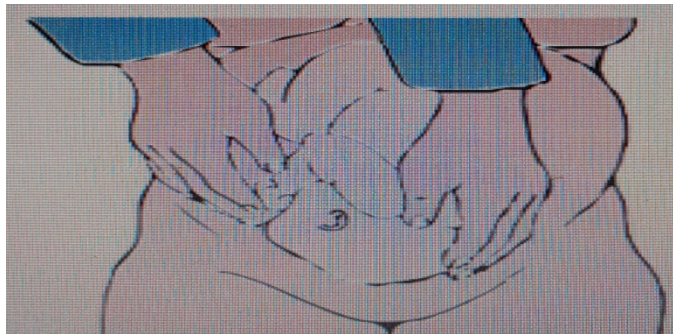


(Latif, 2021)

1. Mengidentifikasi bagian terbawah janin yang menempati area superior simfisis pubis.
2. Hasil palpasi menunjukkan struktur padat dan berbentuk bulat jika bagian terbawah adalah kepala, atau struktur yang tidak bulat dan lunak jika merupakan bokong. Adapun pada letak lintang, segmen di atas simfisis pubis tidak diisi oleh kutub janin (kosong).

d) Leopold IV

Gambar 2.4 Palpasi Leopold IV



(Latif, 2021)

1. Selama pelaksanaan palpasi Leopold IV, posisi pemeriksa berbalik menghadap ke arah ekstremitas bawah pasien guna mengidentifikasi sejauh mana bagian presipitasi janin telah melewati area *pelvic inlet* (Pintu Atas Panggul).
2. Apabila bagian terendah janin sudah melewati diameter terbesar dan masuk ke pintu atas panggul (PAP), kedua tangan pemeriksa akan sejajar atau saling menjauh (*divergen*). Sebaliknya, jika bagian terbesar janin belum masuk ke PAP, kedua tangan pemeriksa akan bertemu pada bagian ujungnya (*konvergen*).

a. Asuhan Antenatal Care dengan 10T (KIA, 2023)

1. Pengukuran antropometri yang meliputi penimbangan massa tubuh dan penentuan tinggi badan (T1).

Pencatatan massa tubuh dan penentuan tinggi badan dilaksanakan guna mengevaluasi status nutrisi dan gizi ibu hamil secara berkala. Pertambahan Massa tubuh yang normal selama kehamilan dihitung berdasarkan Indeks Massa Tubuh (IMT) yang berfungsi menentukan kenaikan berat badan optimal selama masa kehamilan. Total massa tubuh pada masa kehamilan yang tergolong normal berkisar antara 11,5 hingga 16 kg. Sementara itu, tinggi badan ibu juga penting untuk menilai ukuran panggul; tinggi badan <145 cm dapat menjadi indikator risiko dalam kehamilan dan persalinan. Nilai IMT dihitung melalui pembagian antara berat badan (kg) dan tinggi badan kuadrat

Tabel 2.1 Distribusi Berat Badan Wanita Hamil Mengacu pada Indeks Massa Tubuh (IMT)

IMT sebelum hamil	Tambahan BB di TM I	Tambahan BB per minggu pada TM II dan TM III	Penambahan BB Total (kehamilan tunggal)	Penambahan BB (Kehamilan Ganda)
Kurus (>18.5 kg/m)	1-3 kg	0,5 kg	12,5-18 kg	
Normal (18,5-24,9 kg/m)	1-3 kg	0,4 kg	11,5-16 kg	17-24 kg
Overweight (25,0-29,9 kg/m)	1-3 kg	0,3 kg	7-11,5 kg	14 -23 kg
Obesitas (>30.0 kg/m)	0,2-2 kg	0,2 kg	5-9 kg	11-19 kg

Sumber : Buku KIA tahun 2024 edisi 3

2. Ukur tekanan darah ibu

Pengukuran tekanan darah bertujuan untuk membandingkan nilai dasar tekanan darah selama kehamilan serta mendeteksi kemungkinan adanya preeklamsia atau eklamsia. Meskipun kecukupan tekanan darah penting untuk menjaga fungsi optimal plasenta, temuan sistolik ≥ 140 mmHg atau diastolik 90 mmHg sejak pemeriksaan awal menandakan adanya potensi komplikasi hipertensi dalam kehamilan. (Nita Pebriyani, 2026)

3. Ukur Lingkar Lengan Atas (LILA) Ibu

Deteksi kondisi gizi ibu hamil menjadi aspek esensial guna meredam ancaman kelahiran bayi dengan berat badan kurang. Prosedur skrining tersebut dapat dijalankan lewat pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA). Suatu temuan ukur senilai 23,5 cm mengindikasikan bahwa subjek rentan mengalami Kurang Energi Kronis (KEK) serta menuntut tindakan korektif segera. Oleh sebab itu, ukuran LiLA <23,5 cm diposisikan sebagai parameter valid untuk mendeteksi kerentanan tersebut.

4. Pengukuran Tinggi Puncak Rahim

Pengukuran TFU dilaksanakan guna mengestimasi usia kehamilan serta memantau pertumbuhan janin.

- a. Pada masa kehamilan di bawah 24 minggu, penentuan posisi fundus cukup dinilai secara manual menggunakan patokan jari tangan pemeriksa.
- b. Pada usia kehamilan di atas 24 minggu, evaluasi TFU mengadopsi teknik McDonald dengan cara membentangkan pita metrik dari tepi atas simfisis pubis sampai area tertinggi fundus uteri untuk disesuaikan dengan rumus usia gestasi.

5. Penentuan letak janin dalam rahim dan Auskultasi (DJJ)

Pemeriksaan ini bertujuan agar mengetahui posisi janin dalam rahim (presentasi), dan mendeteksi adanya kelainan letak janin atau masalah lainnya, termasuk memastikan denyut jantung janin (DJJ) dalam batas normal.

Tabel 2.2 Skrining status Imunisasi Tetanus Toxoid

Tingkat TT	Jarak atau interval	Perlindungannya
TT I		Tahap inisiasi dalam pembentukan respons imun spesifik guna mengantisipasi infeksi tetanus
TT II	Satu bln setelah TT pertama	Tiga tahun
TT III	Enam Bln Setelah TT Ke-dua	Lima Tahun
TT 4	Dua belas Bln Setelah TT tiga	Sepuluh Tahun
TT 5	Dua belas Bln Setelah TT empat	Lebih daridua puluh lima tahun

(Padlilah, 2023).

1. Tes/ Pemeriksaan Laboratorium dan Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan darah tambahan dilaksanakan sesuai dengan indikasi medis, yang disertai dengan analisis protein urine. Selain itu, evaluasi kondisi kehamilan serta pemantauan tumbuh kembang janin dilakukan menggunakan instrumen ultrasonografi (USG).

2. Pemeriksaan kadar hemoglobin

Setiap Tablet Tambah Darah (TTD) sekurang-kurangnya mengandung 60 mg besi elemental dan 400 microgram asam folat. Selama masa

kehamilan, ibu diwajibkan mengonsumsi sedikitnya 90 tablet untuk mencegah terjadinya anemia.

3. Tatalaksana Penanganan Kasus

Apabila terdeteksi adanya indikasi masalah atau komplikasi, tindakan penanganan medis harus segera dilakukan secara komprehensif.

4. Temu Wicara dan Konseling (KIE)

Dilaksanakan bersamaan dengan pelaksanaan kunjungan atau pemeriksaan kesehatan maternal.

2.1.4 Deteksi Dini Indikator bahaya masa gestasi

Manifestasi klinis yang menandakan timbulnya penyulit berat selama masa kehamilan. Ketidakmampuan dalam mendeteksi dan menanggulangi tanda bahaya tersebut secara dini berisiko tinggi meningkatkan angka kematian ibu (AKI). Berbagai tanda bahaya dalam kehamilan meliputi hipertermia (demam tinggi), edema pada ekstremitas dan wajah, cephalgia hebat yang disertai kejang, serta penurunan frekuensi gerakan janin dari kondisi normal. Selain itu, perdarahan pervaginam—baik pada usia gestasi muda maupun tua serta Ketuban Pecah Dini (KPD) juga merupakan indikator kegawatdaruratan obstetri. Edukasi kesehatan melalui pemanfaatan Buku KIA merupakan salah satu upaya strategis guna mendongkrak tingkat pemahaman serta kesadaran masyarakat, khususnya ibu hamil, terkait berbagai indikator bahaya masa gestasi. (Dewie, 2021).

Tabel 2.3 Beberapa indikator serta tanda bahaya dalam masa kehamilan mencakup kondisi-kondisi berikut:

No	Tanda bahaya masa gestasi	Rasionalisasi	Pemeriksaan Penunjang
1	Sakit kepala yang berat	- ketegangan otot kepala dan leher - nyeri berdenyut di sisi kepala disertai mual muntah	Test Hb
2	Penglihatan yang kabur	- kesulitan melihat yang jauh dan dekat - kondisi terjadi penggunaan komputer	Test darah
3	Pembengkakan wajah,tangan dan kaki	- perubahan hormonal seperti progesterone menyebabkan tubuh menahan cairan dan garam, sehingga terjadi penumpukan cairan di jaringan tubuh - Rahim yang semakin besar dan janin yang tumbuh dapat menekan pembuluh darah, terutama di tungkai bawah, sehingga memperlambat aliran darah kembali ke jantung.	USG, Test urine, Test darah
4	Demam tinggi	- pengukuran suhu lebih dari 39°C - melihat gejala seperti batuk dan flu	Test Hb,Test urine
5	Perdarahan	- keluar darah pervaginam banyak keluar seperti menstulasi - nyeri perut dan pusing	USG,Hb
6	Tidak terasa pergerakan janin	- gerakan janin tidak terasa seperti biasanya -tidak ada pergerakan selama 12 jam	USG

(Dewie, 2021).

2.1.5 Kehamilan dengan Resiko Tinggi

Deteksi dini kehamilan berisiko merupakan suatu upaya untuk mengidentifikasi ibu hamil yang memiliki faktor risiko serta kemungkinan terjadinya komplikasi kebidanan. Skrining dan pengenalan faktor risiko kehamilan, baik oleh tenaga kesehatan profesional maupun oleh masyarakat, merupakan strategi krusial dalam menekan Angka Kesakitan Ibu (AKI) dan Angka Kematian Ibu (AKI) serta meningkatkan derajat kesehatan maternal. (Khadijah, 2023).

Ibu hamil perlu memiliki pemahaman yang memadai mengenai perawatan kehamilan, upaya pencegahan, serta kemungkinan terjadinya komplikasi atau masalah yang dapat muncul, termasuk kehamilan dengan risiko tinggi. Kehamilan risiko tinggi merupakan kondisi kehamilan yang berpotensi menimbulkan dampak buruk bagi ibu maupun janin, seperti terjadinya gangguan kesehatan hingga kematian sebelum proses persalinan berlangsung. (Nasriyah & Wulandari, 2022).

Kehamilan dengan risiko tinggi adalah kondisi graviditas yang memiliki morbiditas serta mortalitas lebih tinggi dibandingkan kehamilan fisiologis, yang berpotensi membahayakan keselamatan ibu dan janinnya, sehingga dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya penyakit, kecacatan, bahkan kematian sebelum maupun setelah persalinan. Kehamilan dikategorikan sebagai berisiko tinggi apabila terjadi pada ibu yang berusia di bawah 20 tahun atau di atas 35 tahun. Selain faktor usia, risiko juga meningkat pada kehamilan dengan jarak antarkehamilan kurang dari dua tahun serta pada ibu yang memiliki tinggi badan kurang dari 145 cm., ukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA) di bawah batas ambang 23,5 cm, kadar hemoglobin di bawah 11 g/dl, jumlah kehamilan lebih dari empat kali, serta adanya riwayat keluarga dengan penyakit seperti diabetes melitus, hipertensi, dan cacat kongenital. Kelainan pada struktur tubuh ibu, seperti gangguan pada tulang belakang atau panggul, juga dapat menjadi faktor risiko dalam kehamilan. (Pontoh, 2022).

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) merupakan instrumen skrining kehamilan yang melibatkan peran keluarga dan dirancang agar mudah digunakan. Alat ini berfungsi untuk mengidentifikasi berbagai faktor risiko pada ibu hamil. Selain itu, KSPR digunakan untuk menentukan klasifikasi tingkat risiko kehamilan

serta sebagai sarana pencatatan dan pendokumentasian kondisi kesehatan ibu selama masa kehamilan (Zainiyah et al., 2020).

Gambar 2.5 Kartu skor Poedji Rochjati Skrining

**KARTU SKOR POEDJI ROCHJATI
SKRINING/DETEKSI DINI IBU BERESIKO TINGGI
OLEH PKK DAN PETUGAS KESEHATAN**

Nama : Umur Ibu: Th
 Hamil ke..... Haid Terakhir tgl: Perkiraan Persalinan tgl: bln
 Pendidikan : Ibu..... Suami:
 Pekerjaan : Suami:

I KEL. FR	II NO	III Masalah / Faktor Resiko	SKOR	IV Tribulan			
				I	II	III.1	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda, hamil 1 ≤ 16 th	4				
	2	a. Terlalu lambat hamil 1, kawin ≥ 4 th	4				
		b. Terlalu tua, hamil 1 > 35 th	4				
	3	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4				
	4	Terlalu lama hamil lagi (> 10 th)	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur > 35 tahun	4				
	7	Terlalu pendek ≤ 145 Cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan	4				
	a. Tarikan tang / vakum						
	b. Uri dirogo	4					
	c. Diberi infus / Transfusi	4					
	10	Pernah Operasi Sesar	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil :	4				
		a. Kurang darah b. Malaria					
		c. TBC Paru d. Payah Jantung	4				
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka/ tungkai dan tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	Hamil kembar air (Hydramnion)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak Sungsang	8				
	18	Letak lintang	8				
III	19	Perdarahan dalam kehamilan tua	8				
	20	Preklampsia Berat / Kejang 2	8				
JUMLAH SKOR							

PENYULUHAN KEHAMILAN / PERSALINAN AMAN – RUJUKAN TERENCANA

KEHAMILAN				PERSALINAN DENGAN RESIKO				
JML SKOR	KEL. REIKO	PERA. WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENGO. LONG	RUJUKAN		
						RDB	RDR	RTW
2	KKR	BIDAN	TIDAK DIRUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN			
6-10	KKT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKMAS	BIDAN DOKTER			
≥12	KKT	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER			

Keterangan:

Skor 2 : kehamilan risiko rendah

Skor 6-10 : kehamilan risiko tinggi

Skor ≥12 : kehamilan risiko sangat tinggi

1. Anemia Pada Kehamilan

A. Defenisi Anemia

Diagnosis anemia pada masa gestasi ditegakkan apabila parameter hemoglobin (Hb) menunjukkan nilai di bawah 11 g/dL untuk periode trimester pertama dan ketiga, atau di bawah 10,5 g/dL khusus pada trimester kedua. Berkurangnya populasi eritrosit di dalam pembuluh darah menjadi akar permasalahan kondisi ini, sehingga suplai oksigen esensial yang dialirkan menuju seluruh sel dan jaringan tubuh mengalami hambatan yang signifikan. (Sari, 2020).

Trimester ketiga merupakan fase krusial dalam masa gestasi yang ditandai dengan lonjakan kebutuhan nutrisi. Defisiensi zat besi pada periode ini memicu penurunan konsentrasi hemoglobin (Hb), yang berpotensi menghambat pertumbuhan serta perkembangan janin hingga memengaruhi berat badan lahir bayi. Selain esensial untuk menjaga keberlangsungan kehamilan, kecukupan zat besi juga mencegah komplikasi maternal dan fetal, seperti perdarahan pascapersalinan, infeksi, *Intrauterine Fetal Death* (IUFD), kelainan kongenital, dan abortus. (Sitompul & Simbolon, 2020)

Pemberian tablet zat besi (Fe sulfat 320mg dan asam folat 0,5mg) merupakan salah satu alternatif mencegah anemia pada kehamilan, dianjurkan dikonsumsi selama 90 hari. Penyerapan tablet zat besi (Fe) dapat dioptimalkan jika dikonsumsi bersamaan dengan asupan yang kaya vitamin C, seperti buah dan sayuran. Sebaliknya, konsumsi Fe bersama teh atau kopi perlu dihindari karena senyawa di dalamnya berpotensi menghambat penyerapan zat besi secara signifikan. (Simbolon & Pakpahan, 2020)

a. Dampak anemia

1) Dampak anemia pada ibu

- a) Anemia pada ibu hamil saat persalinan berdampak serius, terutama meningkatkan risiko perdarahan pascapersalinan (HPP) yang membahayakan jiwa karena rahim sulit berkontraksi.
- b) Kelelahan Ekstrem Ibu merasa sangat lelah dan pusing, mempersulit proses mengejan saat persalinan.

- c) Infeksi. Daya tahan tubuh menurun, membuat ibu lebih rentan terhadap infeksi saat dan setelah persalinan.

2) Dampak Anemia selama kehamilan pada janin

- a) Pertumbuhan Janin Terhambat (IUGR): Suplai makanan dan oksigen ke janin berkurang, menyebabkan janin tidak tumbuh sesuai usia kehamilan.
- b) Bayi dikategorikan mengalami Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) apabila berat badannya saat dilahirkan lebih rendah daripada standar normal.
- c) Kelahiran Prematur: Risiko melahirkan sebelum waktunya (usia kehamilan < 37 minggu) meningkat.
- d) Anemia pada Bayi: Bayi berpotensi lahir dengan cadangan zat besi rendah, menyebabkan mereka mengalami anemia di awal kehidupannya.
- e) Gangguan Kognitif: Kekurangan zat besi pada janin dapat memengaruhi perkembangan otak, yang berpotensi menurunkan IQ dan konsentrasi anak.
- f) Kematian Janin: Dalam kasus anemia berat yang tidak ditangani, risiko kematian janin dalam kandungan meningkat.

b. Patofisiologi anemia dan kaitannya dengan pendarahan pada persalinan

Ibu yang bersalin memerlukan kontraksi uterus yang adekuat agar proses kelahiran bayi dapat berlangsung dengan baik. Anemia selama masa kehamilan berpotensi menurunkan intensitas serta frekuensi kontraksi uterus akibat berkurangnya pasokan oksigen dan nutrisi ke miometrium. Defisiensi oksigen serta nutrisi tersebut memicu kelemahan otot rahim (hipotonia uteri), yang pada akhirnya meningkatkan risiko terjadinya inersia uteri serta perdarahan pascapersalinan. Penurunan kontraksi ini dapat meningkatkan risiko terjadinya perdarahan postpartum. Anemia juga menyebabkan penurunan kadar hemoglobin, sehingga jumlah oksigen yang diikat dalam darah menjadi berkurang. Akibatnya, distribusi dan cakupan oksigen ke jaringan tubuh, termasuk uterus, tidak optimal (Kaita Kamba Humba, 2023)

b. Upaya pencegahan anemia

Strategi pencegahan anemia maternal dapat ditempuh melalui pemenuhan kebutuhan Fe serta nutrisi esensial sejak awal masa gestasi lewat penerapan pola

konsumsi bergizi seimbang yang kaya akan zat besi, seperti daging merah, jeroan (hati), sayuran daun hijau, dan polong-polongan, dan Vitamin C yang berperan penting dalam mengoptimalkan penyerapan zat besi, melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur untuk memantau kadar hemoglobin, serta menghindari faktor risiko seperti jarak kehamilan yang terlalu dekat. Edukasi tentang pentingnya gizi selama kehamilan dan deteksi dini komplikasi seperti Preeklamsia juga menjadi bagian penting dalam mencegah dampak anemia agar kesehatan ibu dan janin tetap terjaga.

c. Tabel 2.4 Klasifikasi Anemia Kehamilan

Kategori	Kadar Hemoglobin
Normal	Diatas 11 g/dl
Anemia derajat ringan	10,0-10,9 g/dl
Anemia derajat sedang	7,0-9,9 g/dl
Anemia derajat berat	Dibawah 7,0g/dl

(Nuansa Sukma, 2024)

2. Kehamilan dengan riwayat abortus

Pada umumnya kehamilan berjalan dengan normal, namun setiap kehamilan bisa berkembang membawa resiko tinggi dengan skor awal kehamilan 2 menjadi 6 atau lebih, salah satunya adalah abortus. Di Indonesia tingkat kegagalan dalam kehamilan masih ada dikarenakan kegagalan perkembangan janin atau kematian janin di dalam kandungan sehingga ibu mengalami abortus, riwayat abortus merupakan wanita yang pernah mengeluarkan hasil konsepsi sebelum kemampuan janin untuk bertahan hidup di ekstrauterin pada usia gestasi di bawah 22 minggu atau dengan bobot janin belum mencapai 500 gram. Penyebab utama terjadinya abortus antara lain dari faktor janin, ibu, faktor genetik, adanya kelainan kongenital, jumlah paritas, usia kehamilan, usia, sistem endokrin, sistem imunologi, faktor infeksi, penyakit kronis, faktor nutrisi, pemakaian obat, faktor psikologis, faktor lingkungan seperti kebiasaan mengkonsumsi alkohol, tembakau maupun kafein. Untuk mencegah terjadinya abortus dan resiko akibat riwayat abortus pada kehamilan selanjutnya perlu dilakukan pemantauan secara berkesinambungan continue of care dengan melakukan pemeriksaan antenatal care secara rutin,

mengikuti antenatal care terpadu, melakukan skrining secara dini. Pelayanan kebidanan yang menerapkan konsep *Continuity of Care* (CoC) diberikan secara komprehensif dan berkesinambungan pada setiap tahapan reproduksi, dimulai dari kehamilan, persalinan, masa nifas, perawatan bayi baru lahir, hingga KB. Pendekatan ini berfokus pada pemenuhan kebutuhan kesehatan perempuan secara holistik serta berorientasi pada kondisi personal setiap individu. (Suherni, 2025)

3. Ketidaknyamanan Pada trimester III nyeri abdomen bagian bawah

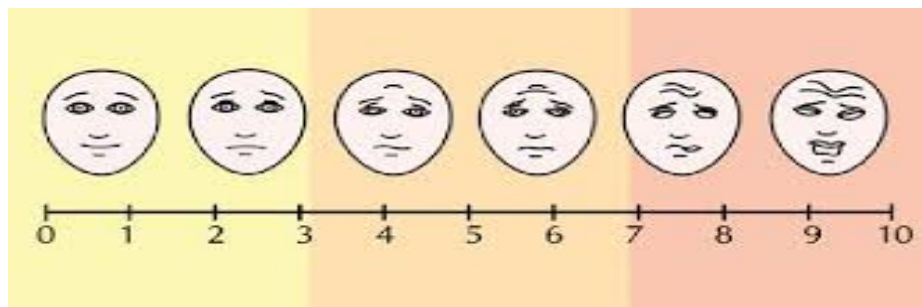
Memasuki periode gestasi trimester ketiga, cukup banyak wanita hamil yang mengeluhkan timbulnya *lower abdominal pain* atau rasa sakit di daerah abdomen bawah. Masa ini, rahim mengalami pembesaran maksimal untuk menampung pertumbuhan janin, sehingga menimbulkan tekanan pada ligamen, otot perut, dan panggul. Nyeri yang muncul biasanya berupa kram ringan atau rasa pegal di bagian bawah perut, punggung bawah, atau pinggul, dan sering meningkat saat ibu bergerak, batuk, atau berubah posisi. Selain penyebab fisiologis, nyeri perut bagian bawah pada trimester ketiga juga dapat menandakan kontraksi palsu. Namun, ibu hamil perlu mewaspadaai nyeri yang lebih tajam, teratur, disertai tekanan di panggul, perdarahan, atau keluarnya cairan dari vagina, karena bisa menjadi tanda awal persalinan atau komplikasi lain seperti solusio plasenta. (Artika Affifathul Naimah, 2024)

Penanganan nyeri perut bawah pada trimester ketiga tergantung pada penyebabnya. Nyeri ringan akibat peregangan ligamen atau kontraksi Braxton Hicks biasanya dapat dikurangi dengan beristirahat, mengubah posisi tidur, melakukan peregangan ringan, dan menjaga hidrasi. Jika nyeri disertai gejala yang mencurigakan, ibu hamil sebaiknya segera memeriksakan diri ke dokter atau bidan untuk memastikan kondisi ibu dan janin aman. Rutin kontrol kehamilan dan menjaga pola hidup sehat sangat penting untuk mencegah komplikasi dan memastikan persalinan berjalan dengan aman. (Artika Affifathul Naimah, 2024)

Untuk menilai intensitas nyeri perut bagian bawah secara objektif-subjektif, bidan dapat menggunakan Visual Analog Scale (VAS). Visual Analog Scale (VAS) merupakan instrumen pengukuran nyeri yang bersifat sederhana namun objektif, berupa garis lurus dengan rentang nilai 0–10. Skor 0 menunjukkan tidak ada nyeri

sama sekali, skor 1–3 menunjukkan nyeri ringan, skor 4–6 menunjukkan nyeri sedang, dan skor 7–10 menunjukkan nyeri berat. Ibu hamil diminta menandai titik pada garis yang sesuai dengan intensitas nyeri yang dirasakan, kemudian skor diukur dalam skala 0–10 sehingga memungkinkan kategorisasi: nyeri ringan (1-3), sedang (4-6), dan berat (7-10)

Gambar 2.6 Visual Analog Skala (VAS)



4. Ketidaknyamanan Pada trimester III sering buang air kecil

Pada trimester ketiga kehamilan, ibu hamil umumnya mengalami peningkatan intensitas berkemih sebagai akibat dari perubahan fisiologis yang terjadi selama masa gestasi, sehingga volume urine yang dihasilkan menjadi lebih banyak. Penekanan vesika urinaria akibat pembesaran uterus, janin, dan plasenta juga meminimalkan kapasitas tampung urin dan menyebabkan ibu hamil lebih sering mengalami dorongan miksi. Untuk itu ibu harus menjaga personal higiene, ibu hamil dianjurkan untuk mengganti pakaian dalam setiap selesai berkemih atau mengeringkan area vulva menggunakan handuk yang bersih dan kering. Upaya ini bertujuan untuk mencegah kondisi lembap yang berpotensi memicu timbulnya infeksi jamur (*candidiasis*), pruritus (rasa gatal), serta gangguan kesehatan reproduksi lainnya. (Natalia & Handayani, 2022)

2.2 PERSALINAN

2.2.1 Landasan teoretis Persalinan

a. Definisi persalinan

Pengeluaran hasil konsepsi yang terdiri atas janin dan plasenta yang telah viabel melalui jalan lahir atau saluran alternatif, baik secara spontan dengan tenaga ibu sendiri maupun melalui bantuan medis merupakan suatu proses fisiologis yang disebut persalinan.

a. Tahapan persalinan

1. Kala I Persalinan (Fase Dilatasi Serviks)

Kala I persalinan diawali oleh munculnya kontraksi uterus (*his*) yang teratur dan progresif, serta diakhiri dengan tercapainya dilatasi serviks lengkap (10 cm). Pada primigravida, durasi pembukaan serviks umumnya berlangsung lebih panjang dan dapat melebihi 24 jam. Proses pembukaan serviks yang dipicu oleh kontraksi rahim ini secara klinis diklasifikasikan ke dalam dua fase utama, yaitu:

a. Fase Awal Pembukaan Serviks

Fase laten merupakan rentang waktu dari mulainya kontraksi uterus hingga pembukaan serviks mencapai 3 cm. Gelombang kontraksi uterus menunjukkan perubahan bertahap dari sisi jarak, lama, serta intensitasnya selama fase ini berlangsung, yakni bergeser dari interval 10–2 menit dengan waktu 15–20 detik menuju frekuensi 5–7 menit berdurasi 30–40 detik. Rata-rata durasi fase laten ini memakan waktu sekitar 8 jam, dengan catatan khusus bagi nulipara berkisar 9 jam. Apabila prosesnya melewati batas kritis 20 jam untuk ibu primipara atau 16 jam pada multipara, maka kondisi tersebut didiagnosis sebagai fase laten memanjang. Sifatnya yang sangat responsif terhadap stimulasi luar menjadikan fase ini mudah diperpanjang melalui efek sedasi kuat ataupun diperpendek lewat tindakan pacuan. Responsivitas terhadap intervensi semacam ini memberikan keleluasaan bagi klinisi untuk mengoptimalkan durasi waktu persalinan. Keputusan klinis untuk memilih jalur sedasi atau stimulasi umumnya dipengaruhi oleh filosofi penanganan tenaga medis serta keinginan pasien itu sendiri. Kini, kedua teknik tersebut kerap dimanfaatkan guna mengatasi hambatan berupa fase laten yang berjalan terlalu lambat. (Dewi Mey Andriani, 2024)

b. Tahap Aktif (*Active Phase*)

Tahap persalinan yang dikenal sebagai fase aktif dimulai saat dilatasi serviks menyentuh ukuran 4 cm dan terus berkembang hingga pembukaan serviks sempurna pada 10 cm. Di samping itu, aktivitas kontraksi rahim pada fase ini kian intensif dan berulang, dengan kemunculan minimal tiga kali dalam rentang waktu 10 menit serta durasi kontraksi tiap sesinya mencapai 40 detik atau lebih. Mengacu pada progresivitas pembukaan dinding serviks tersebut, fase aktif

kemudian diklasifikasikan ke dalam tiga sub-tahapan spesifik. Tahap pertama adalah fase akselerasi, yang ditandai dengan peningkatan pembukaan serviks secara bertahap dari 3 cm menjadi 4 cm. Tahap berikutnya merupakan fase dilatasi maksimal, yaitu periode ketika pembukaan serviks berlangsung paling cepat, dimulai dari 4 cm hingga mencapai 9 cm. Selanjutnya adalah fase deselerasi, yang merupakan tahap akhir pembukaan serviks, berlangsung dari 9 cm sampai tercapai pembukaan lengkap sebesar 10 cm.

2. Tahap Pengeluaran (Kala II)

Kala II persalinan didefinisikan sebagai fase lahirnya janin. Selama tahapan ini, his atau kontraksi uterus mengalami intensifikasi, terjadi makin sering dengan interval sekitar 2 sampai 3 menit. Masuknya kepala janin ke dalam rongga panggul memicu timbulnya tekanan akibat kontraksi pada jaringan otot di dasar. Adanya tekanan tersebut secara refleks menimbulkan dorongan untuk meneran, yang kerap disertai sensasi penuh pada rektum serta timbulnya dorongan untuk buang air besar. Seiring berjalannya proses ini, perineum tampak menonjol dan meregang, diikuti oleh pembukaan anus serta perenggangan labia hingga kepala janin mulai terlihat di vulva saat terjadi his. (Dewi Mey Andriani, 2024)

3. Tahap III (Pelepasan Uri)

Kala III persalinan, atau fase pelepasan uri, dimulai segera setelah janin lahir dan berakhir saat plasenta beserta selaput ketuban berhasil dikeluarkan secara utuh. Aktivitas miometrium umumnya mereda sekitar 5 hingga 10 menit pascalahir. Mekanisme pelepasan ini didorong oleh kontraksi uterus yang sekaligus mengubah morfologi rahim. Beberapa manifestasi yang mengindikasikan plasenta telah terpisah dari dinding uterus meliputi perubahan bentuk rahim, naiknya fundus uteri, dan memanjangnya tali pusat.

4. Kala IV (Pemantauan)

Tahapan ini berawal tepat setelah proses pengeluaran plasenta selesai dan berlanjut hingga rentang waktu dua jam berikutnya. Di tahap ini ada risiko perdarahan pascapersalinan, yang dapat disebabkan oleh berbagai faktor. Pada jam pertama pascapersalinan, proses pemantauan dijalankan secara berkala setiap

15 menit, kemudian dilanjutkan dengan interval 20 hingga 30 menit sekali pada jam kedua.

Pelaksanaan asuhan bertujuan menjamin tercapainya kesehatan dan keselamatan ibu maupun bayi melalui pelayanan yang menyeluruh dan terintegrasi. Dalam penerapannya, intervensi dilakukan seminimal mungkin tanpa mengurangi kualitas pelayanan maupun aspek keselamatan.

Tujuan lain dari asuhan persalinan adalah:

1. Untuk memastikan bahwa proses persalinan berjalan normal atau alamiah dengan intervensi minimal sehingga ibu dan bayi selamat dan sehat.
2. Memelihara mempertahankan dan meningkatkan kesehatan fisik, mental, sosial dan spiritual ibu
3. Memastikan tidak ada penyulit komplikasi dalam persalinan.
4. Memfasilitasi ibu agar mendapatkan pengalaman melahirkan yang menyenangkan sehingga dapat memberikan dampak positif terhadap kelancaran masa nifasnya
5. Memfasilitasi jalinan kasih sayang antara ibu bayi dan keluarga Mempersiapkan ibu dan keluarga dalam menghadapi perubahan peran terhadap kelahiran bayinya (Noftalina et al., 2021)

1.2.2 Berbagai Faktor yang Memengaruhi Jalannya Persalinan

Ada 5 faktor yang memengaruhi persalinaan, yaitu 5 P, terdiri dari 3 faktor utama dan 2 faktor lainnya yaitu :

1. PassageWay

Dalam proses persalinan, *passageway* mengacu pada jalan lahir yang berperan dalam mendukung keluarnya janin. Keadaan ini dipengaruhi oleh fungsi segmen atas dan segmen bawah uterus. Segmen atas rahim mengalami kontraksi secara aktif dan dindingnya menjadi semakin tebal seiring dengan kemajuan persalinan, sehingga membantu proses pengeluaran janin. Di sisi lain, segmen bawah rahim berkarakter pasif dan mengalami penipisan akibat proses peregangan. Adapun saluran jalan lahir mencakup panggul (pelvis) serta jaringan lunak, yang meliputi serviks, dasar panggul, vagina, dan introitus (muara luar vagina).

2.Passenger

Passenger merujuk pada janin dan unsur-unsur lain yang harus melewati jalan lahir selama proses persalinan.

a. Fetus atau janin

Pergerakan fetus melintasi jalan lahir dipengaruhi oleh interaksi beberapa faktor penting, seperti dimensi kepala, presentasi, letak, sikap, hingga posisinya. Di samping fetus itu sendiri, plasenta serta cairan amnion juga dikategorikan ke dalam komponen *passenger* (penumpang) dalam proses persalinan. Namun, pada kehamilan normal, plasenta dan air ketuban jarang menjadi hambatan dalam persalinan. Bagian terbesar dan terkeras dari janin adalah kepala, yang posisi dan ukurannya dapat memengaruhi kelancaran proses persalinan

b. Plasenta

Memasuki minggu ketiga pascakonsepsi, sel trofoblas pada vili korialis terus melakukan invasi ke dalam desidua basalis. Seiring terbentuknya pembuluh kapiler uterus, arteri endometrium membentuk konfigurasi spiral dan mengisi ruang intervulus dengan darah maternal. Vili korialis kemudian berkembang dalam rongga tersebut dengan melapisi dua struktur seluler: sinsiotrofoblas di bagian luar dan sitotrofoblas di bagian dalam. Selanjutnya, lapisan ketiga terbentuk di dalam septa yang membagi desidua menjadi beberapa kompartemen terpisah yang dikenal sebagai kotiledon. Pada setiap 15-20 kotiledon, villi chorionik bercabang keluar dengan sistem pembuluh darah fetal yang begitu dengan kompleks. Setiap cotyledon merupakan satu unit fungsional. Plasenta memegang peranan krusial bagi fetus sebagai organ perantara dalam proses pertukaran nutrisi, oksigen, dan zat sisa metabolik antara maternal (ibu) dan fetus (janin). (Ningsih, 2024)

c. Air Ketuban

Pada usia kehamilan a term (cukup bulan), volume cairan amnion berkisar antara 1000-1500 ml. Cairan ini memiliki ciri fisik berwarna putih agak keruh, beraroma khas (amis), serta mempunyai rasa manis dengan pH netral atau sedikit basa (alkalis) dan berat jenis 1,008. Kandungan terbesarnya berupa air (90%), sedangkan sisanya terdiri dari komponen organik dan anorganik seperti albumin,

urea, asam urat, kreatinin, sel epitel, lanugo, verniks kaseosa, serta garam-garam mineral. Kadar protein di dalamnya mencapai sekitar 2,6 gl yang mendominasi adalah albumin. Secara fisiologis, rongga amnion terisi oleh cairan hasil difusi sirkulasi darah maternal. Fetus akan menelan cairan ini serta memompa alirannya masuk-keluar saluran pernapasan. Selain itu, ekskresi urin fetus turut menambah volume cairan amnion. Ketersediaan cairan amnion yang kurang dari 300 ml (oligohidramnion) kerap berkorelasi dengan kelainan sistem perkemihan janin, sementara volume yang melebihi 2.000 ml (hidramnion/polihidramnion) umumnya berasosiasi dengan malformasi gastrointestinal atau anomali kongenital lainnya. (Ningsih, 2024)

3. Power

a. Kontraksi Uterus (His)

. Fenomena ini melibatkan sinergi dari sejumlah komponen, seperti aktivitas kontraksi pada otot dinding abdomen, diafragma pelvis (kekuatan meneran), hingga ligamentum rotundum.

b. Tenaga Meneran (Power)

Proses pengeluaran bayi melalui jalan lahir sewaktu persalinan didorong oleh kekuatan yang dikenal sebagai *power*.

4. Position

. Perubahan anatomi dan fisiologi yang terjadi selama persalinan dipengaruhi oleh posisi yang dipilih ibu. Posisi tegak, seperti berdiri, berjalan, duduk, atau berjongkok, memberikan berbagai manfaat, antara lain meningkatkan kenyamanan, mengurangi rasa lelah, dan memperbaiki sirkulasi darah. Selain itu, gaya gravitasi pada posisi tersebut membantu mempercepat penurunan bagian terbawah janin menuju jalan lahir. Kontraksi uterus juga cenderung menjadi lebih efektif sehingga proses penipisan dan pembukaan serviks berlangsung lebih optimal. Dengan demikian, lama persalinan dapat dipersingkat, sekaligus menurunkan kemungkinan terjadinya penekanan pada tali pusat. (Sasabone Restichia, 2023)

5. Psychology

Psychology merujuk pada respons psikologis ibu sepanjang proses persalinan. Ranah psikososial ini mencakup kesiapan fisik dan mental, nilai serta kepercayaan sosial-budaya, riwayat persalinan terdahulu, ekspektasi terhadap proses melahirkan, tingkat pendidikan, keberadaan dukungan sosial dari orang terdekat, hingga kondisi emosional ibu. Kepercayaan beragama dan dan spiritual dapat memengaruhi kepercayaan ibu tentang penyebab nyeri, penyembuhan dan pemilihan penyedia asuhan layanan kesehatan. (nasution & S ST, 2024).

2.2.3 Mekanisme Persalinan

Ada 7 mekanisme persalinan yaitu

1. Engagement

Peristiwa terfiksasinya diameter biparietal janin melintasi pintu atas panggul dinamakan *engagement*, yang disertai fleksi ringan dan posisi sutura sagitalis yang miring atau melintang. Keadaan sinklitismus terjadi sewaktu tulang parietal kanan dan kiri sejajar tinggi dengan sutura sagitalis melintang. Adapun penyimpangan posisi sutura sagitalis mendekati simfisis atau promontorium dikategorikan sebagai asinklitismus:

- a. Asinklitismus Posterior: Terjadi akibat tertahannya tulang parietal depan pada simfisis pubis, sementara parietal belakang lebih mudah turun memanfaatkan luasnya lengkung sakrum sehingga sutura sagitalis mendekati simfisis.
- b. Asinklitismus anterior merupakan keadaan ketika sutura sagitalis bergeser ke arah promontorium.

c. 2. Pergerakan kepala janin ke bawah (*descent*)

Penurunan kepala janin (*descent*) berlangsung secara berkesinambungan sepanjang proses persalinan. Pada kala II, proses ini dipengaruhi oleh dorongan kontraksi rahim, gaya gravitasi, serta tenaga meneran dari ibu. Meskipun pergerakannya diawali sejak sebelum masa inpartu, *descent* terjadi secara simultan bersamaan dengan mekanisme pendukung lainnya, seperti:

1. Tekanan dari cairan ketuban (*amnion*)
2. Dorongan langsung dari fundus uteri pada bagian bokong janin
3. Kontraksi aktif pada otot-otot perut ibu

4. Ekstensi serta pelurusan tulang belakang/tubuh janin

3. *Flexion*

Mekanisme fleksi terjadi ketika kepala janin yang terus terdorong ke depan mengalami hambatan dari struktur serviks, dinding panggul, maupun dasar panggul pasca-tahap *engagement*. Hambatan tersebut memaksa kepala bayi menunduk (dagu merapat ke toraks), memicu perubahan diameter presentasi dari *oksipitofrontalis* (12 cm) menjadi *suboksipitobregmatika* (9 cm). Perubahan posisi ini memfasilitasi jalan lahir dan dapat dikonfirmasi saat pemeriksaan dalam melalui indikator ubun-ubun kecil yang teraba lebih menonjol daripada ubun-ubun besar. (Hidayati, 2025)

a. Rotasi Internal

putaran paksi dalam (rotasi internal) adalah proses berputarnya kepala bayi agar sesuai dengan bentuk panggul ibu saat persalinan. Melalui gerakan ini, garis tengah kepala bayi menjadi sejajar dengan garis tengah panggul ibu. Biasanya, bagian belakang kepala bayi (oksiput) akan berputar ke arah depan panggul hingga berada tepat di bawah tulang kemaluan (simfisis pubis). Kepala bayi dapat memutar hingga 45 derajat untuk mengikuti alur jalan lahir, yang merupakan langkah krusial bagi keberhasilan persalinan normal.

4. Putar paksi dalam

Selama proses persalinan, bagian terendah janin akan mengalami putaran paksi dalam, yaitu pergerakan rotasi dari posisi semula ke arah depan sampai mencapai posisi tepat di bawah simfisis pubis. UUK akan berputar ke depan menuju bawah simfisis. Gerakan ini merupakan bentuk adaptasi kepala janin terhadap kontur jalan lahir, khususnya pada bidang tengah dan pintu bawah panggul. Rotasi ini umumnya terjadi setelah kepala melewati bidang Hodge III (setinggi spina ischiadica) atau saat mencapai dasar panggul, yang ditunjukkan oleh posisi UUK mengarah ke angka 12 pada pemeriksaan dalam.

5. Ekstensi

Ekstensi adalah gerakan mendongak atau menengadahkan kepala bayi agar bisa keluar mengikuti alur jalan lahir. Gerakan ini dibutuhkan karena letak kepala bayi di rongga panggul berada lebih rendah daripada lubang keluar vagina. Karena sumbu pintu bawah panggul mengarah ke depan dan ke atas, kepala bayi menengadah dengan menempelkan bagian belakang kepala (oksiput) ke batas bawah tulang kemaluan (simfisis). Proses ini membuat perineum dan muara vagina semakin teregang. Berpatokan pada titik putar (*hypomochlion*), bagian-bagian kepala bayi akan keluar secara berurutan ubun-ubun kecil, kemudian ubun-ubun besar, diikuti dahi, mata, hidung, mulut, hingga akhirnya dagu lahir. Setelah seluruh bagian kepala keluar, posisi dagu bayi akan berada tepat di atas anus ibu.

6. Putar paksi luar

Tahap pemutaran paksi luar terjadi ketika kepala janin berputar 45 derajat mengikuti orientasi punggungnya. Melalui gerakan ini, Ubun-Ubun Kecil (UUK) berbalik menuju area punggung, menyebabkan area oksiput berhadapan dengan *tuber ischiadicum* (kiri atau kanan) dan posisi muka mengarah ke paha ibu. Arah rotasi ini memuat sifat simetris—UUK berputar ke kiri jika posisi awalnya di kiri, begitu pula sebaliknya. Tujuan utama dinamika ini adalah menyelaraskan lebar bahu (*diameter biakromial*) dengan garis tengah anteroposterior pada pintu bawah panggul. Alhasil, bahu depan bertumpu di balik simfisis, bahu belakang berada di area perineum, serta sutura sagitalis kembali pada posisi melintang. (Rauf, 2024).

7. Ekspulsi

Tahap ekspulsi diawali oleh rotasi kepala janin sebesar 45 derajat ke arah kiri atau kanan, menyesuaikan posisi punggung saat kepala meluncur keluar. Pasca-putaran paksi luar, bahu bagian depan bertindak sebagai titik tumpu (*hypomochlion*) yang memfasilitasi kelahiran bahu belakang terlebih dahulu. Setelah kedua bahu berhasil melewati jalan lahir, bagian *trochanter* depan dan belakang mengekor keluar hingga seluruh tubuh janin lahir sempurna. Rangkaian ini mencakup proses kelahiran bahu anterior, bahu posterior, serta seluruh batang tubuh janin. (Nasution & S ST, 2024)

2.2.4 Asuhan Kebidanan pada Persalinan Normal

Sebagai pedoman dalam memberikan pertolongan persalinan, bidan menerapkan Asuhan Persalinan Normal (APN) yang mencakup 60 langkah pelayanan. Uraian mengenai langkah-langkah tersebut disajikan sebagai berikut..

1. Mengidentifikasi kemunculan tanda persalinan Kala II, yang meliputi.
 - a. Adanya refleks mengejan yang terjadi tanpa disadari sebagai bagian dari mekanisme fisiologis persalinan..
 - b. Terjadi peningkatan tekanan pada area rektum serta vagina seiring dengan kemajuan proses persalinan
 - c. Melebarnya pembukaan vulva dan sfingter ani
2. Pastikan seluruh peralatan, instrumen, serta obat-obatan esensial telah tersedia, lengkap, dan siap digunakan. Siapkan ampul oksitosin 10 IU dengan mematahkannya secara aseptik, kemudian masukkan spuit steril sekali pakai berukuran 2,5 mL ke dalam *partus set*
3. Kenakan alat pelindung diri (APD) berupa celemek plastik yang bersih sebelum memberikan asuhan persalinan.
4. Lepaskan seluruh perhiasan yang dikenakan pada bagian tangan hingga di bawah siku. Selanjutnya, lakukan cuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir, kemudian keringkan tangan dengan handuk pribadi yang bersih dan dalam keadaan kering.
5. Dengan tangan yang telah menggunakan sarung tangan, ambil spuit steril, aspirasi oksitosin sebanyak 10 IU ke dalam spuit, kemudian letakkan kembali spuit tersebut di dalam *partus set* hingga siap digunakan.
6. Mengambil spuit menggunakan tangan bersarung tangan, mengisinya dengan cairan oksitosin 10 IU, kemudian meletakkannya kembali ke dalam wadah *partus set*.
7. Lakukan pembersihan pada daerah vulva menggunakan teknik aseptik sesuai prosedur untuk meminimalkan risiko kontaminasi sebelum tindakan selanjutnya dilakukan.
8. Melakukan pemeriksaan dalam (*vaginal touche*) untuk memastikan pembukaan serviks telah lengkap (10 cm) dan selaput ketuban sudah pecah.

9. Sarung tangan bekas pakai yang telah terkontaminasi harus dimasukkan ke dalam larutan klorin 0,5%, dilepas dengan teknik membalik bagian dalam ke luar, kemudian dibiarkan terendam selama 10 menit untuk proses dekontaminasi.
10. Pemantauan DJJ dilakukan segera setelah kontraksi mereda sebagai upaya memastikan kondisi janin tetap baik, yang ditunjukkan dengan frekuensi denyut jantung berkisar antara 110 sampai 160 kali per menit.
11. Menyampaikan hasil pemeriksaan kepada ibu terkait tercapainya pembukaan jalan lahir secara sempurna dan kondisi vital janin yang stabil. Langkah berikutnya berfokus pada pemberian bimbingan bagi klien untuk melakukan proses dorongan persalinan (meneran) secara efektif seiring dengan timbulnya kontraksi uterus.
12. Meminta bantuan keluarga untuk membantu mengatur posisi meneran ibu (memposisikan ibu dalam keadaan setengah duduk yang nyaman saat timbul his).
13. Memimpin proses meneran ketika ibu merasakan dorongan kuat untuk mengejan.
14. Apabila refleks meneran belum muncul dalam waktu sekitar 60 menit, ibu dianjurkan melakukan mobilisasi ringan, misalnya berjalan atau berjongkok, serta memilih posisi yang paling nyaman untuk membantu kemajuan persalinan.
15. Handuk bersih dipersiapkan dengan meletakkannya di atas abdomen ibu ketika kepala janin telah membuka vulva sekitar 5–6 cm, sehingga dapat segera digunakan untuk mengeringkan bayi setelah lahir.
16. Menempatkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
17. Membuka penutup *partus set* dan melakukan verifikasi akhir terhadap kelengkapan alat serta bahan.
18. Menggunakan sarung tangan Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) pada kedua tangan sebelum melakukan tindakan.
19. Saat kepala janin mencapai pembukaan vulva sekitar 5–6 cm, bidan melakukan proteksi pada perineum sesuai prosedur untuk membantu mencegah terjadinya

robekan jaringan, sementara tangan lainnya menahan puncak kepala janin secara lembut tanpa menghambat rotasi agar kepala keluar secara bertahap. Anjurkan ibu bernapas cepat atau meneran perlahan saat kepala meluncur keluar.

20. Gunakan kain atau kasa bersih untuk membersihkan bagian wajah, mulut, dan hidung bayi dengan gerakan yang lembut.
21. Mengidentifikasi potensi komplikasi berupa lilitan tali pusar di area leher bayi dan mengeksekusi penanganan klinis yang tepat:
 - a. Apabila lilitan terpantau renggang, kendurkan dan lewatkan lilitan tersebut melalui puncak kepala neonatus.
 - b. Jika lilitan erat, jepit tali pusat menggunakan dua klem lalu potong di antara kedua klem tersebut.
22. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara alami (spontan).
23. Setelah putaran paksi luar selesai, tempatkan kedua telapak tangan secara biparietal pada sisi kanan dan kiri kepala bayi. Minta ibu meneran pada kontraksi berikutnya, lalu tarik kepala secara lembut ke arah bawah-luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis, dilanjutkan dengan tarikan ke arah atas-luar untuk melahirkan bahu posterior.
24. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah (posterior) untuk menyangga kepala, leher, dan bahu bagian bawah, sementara tangan atas (anterior) menyusuri dada, siku, serta lengan anterior bayi.
25. Lanjutkan penelusuran tangan atas mengarah ke punggung, bokong, hingga kedua kaki bayi. Pegang kedua mata kaki secara hati-hati untuk membantu proses kelahiran badan secara keseluruhan
26. Melakukan penilaian sepiantas pada bayi baru lahir:
 - a. Apakah bayi menangis kuat atau bernapas tanpa kesulitan?
 - b. Apakah tonus otot bayi bergerak aktif?

27. Mengeringkan tubuh bayi mulai dari wajah, kepala, hingga seluruh tubuh (tanpa membersihkan *vernix caseosa*). Ganti kain wet/basah dengan kain kering dan biarkan bayi tetap berada di atas perut ibu.
28. Memeriksa area abdomen/uterus untuk memastikan tidak ada janin kedua (kehamilan tunggal).
29. Memberitahukan kepada ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar rahim berkontraksi dengan baik.
30. Dalam waktu 1 menit pascapersalinan, suntikkan oksitosin 10 IU secara Intramuskular (IM) pada 1/3 paha atas bagian luar (distal lateral) setelah melakukan aspirasi terlebih dahulu.
31. Penjepitan tali pusat dilakukan dua menit setelah bayi dilahirkan dengan menempatkan klem pertama sekitar 3 cm dari umbilikus. Setelah tali pusat diurut ke arah ibu, pasang klem berikutnya pada jarak kurang lebih 2 cm dari klem awal.
32. Pemotongan tali pusat dilakukan di sela-sela kedua klem setelah tali pusat dipegang dengan baik, sementara telapak tangan digunakan untuk melindungi bagian perut bayi selama prosedur berlangsung.
33. . Tali pusat diikat menggunakan benang DTT atau benang steril dengan teknik ikatan pada satu sisi, diikuti pelilitan ulang dan penguncian menggunakan simpul mati pada sisi lainnya. Sebagai upaya mempertahankan suhu tubuh, ibu dan bayi kemudian diselimuti dengan kain hangat, sementara kepala bayi ditutup menggunakan topi.
34. Melakukan pemeriksaan pada area vesika urinaria
35. Setelah penjepitan dilakukan, pindahkan posisi klem pada tali pusat hingga berjarak sekitar 5–10 cm dari introitus vulva.
36. Sambil memegang tali pusat yang telah dipasang klem dengan satu tangan, letakkan telapak tangan lainnya di atas kain pada daerah tepat di atas simfisis pubis untuk mengevaluasi kontraksi uterus.
37. Saat uterus berkontraksi, lakukan Penegangan Tali Pusat Terkendali (PTT) ke arah bawah secara lembut. Bersamaan dengan itu, lakukan tekanan *dorso-kranial* (ke arah atas dan belakang) pada bagian uterus menggunakan tangan

yang berada di atas simfisis untuk mencegah *inversio uteri*. Jika plasenta belum lahir dalam 30–40 detik, hentikan PTT dan tunggu kontraksi berikutnya.

38. Apabila kontraksi berikutnya terjadi, lakukan kembali penegangan tali pusat terkendali disertai dorongan dorso-kranial. Bimbing ibu untuk meneran secara perlahan sambil menarik tali pusat ke arah sejajar lantai, kemudian arahkan tarikan mengikuti lengkung jalan lahir ke arah atas.
39. Begitu plasenta menampakkan diri pada muara vagina, lakukan proses pengeluaran memakai dua tangan melalui teknik putaran perlahan searah jarum jam agar membran ketuban memilin dengan baik sehingga plasenta dapat dilahirkan secara utuh dan sempurna.
40. Begitu plasenta berhasil dilahirkan, tindakan langsung yang harus diambil adalah pemijatan uterus dengan meletakkan telapak tangan pada area fundus. Lakukan teknik usapan melingkar yang lembut sampai organ rahim berkontraksi secara optimal, yang terindikasi dari perubahan tekstur fundus menjadi keras.
41. Periksa secara cermat kedua permukaan plasenta (sisi maternal/ibu dan sisi fetal/janin) beserta kelengkapan selaput ketuban untuk memastikan seluruh bagian telah lahir utuh dan tidak ada sisa yang tertinggal. Selanjutnya, tempatkan plasenta ke dalam wadah khusus atau kantong plastik yang steril.
42. Lakukan pemeriksaan pada area vagina dan perineum guna mendeteksi keberadaan robekan (laserasi). Apabila dijumpai perlukaan yang menunjukkan perdarahan aktif, segera lakukan tindakan penjahitan *perineorafi*.
43. Lakukan evaluasi kembali pada rahim untuk memastikan tonus dan kontraksi uterus tetap berada dalam kondisi kuat dan memadai.
44. Sebagai bagian dari prosedur pencegahan infeksi, kedua tangan yang masih mengenakan sarung tangan dicelupkan terlebih dahulu ke dalam larutan klorin untuk dekontaminasi awal. Selanjutnya, lakukan pembilasan sarung tangan menggunakan air Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT).
45. Pertahankan posisi bayi untuk tetap melakukan kontak kulit ke kulit (*skin-to-skin contact*) di atas dada ibu sekurang-kurangnya selama 1 jam.

46. Pasca-1 jam pelaksanaan IMD, lakukan penimbangan berat badan dan pengukuran panjang badan bayi, berikan salep/tetes mata antibiotik profilaksis, serta suntikkan vitamin K1 dosis 1 mg secara intramuskular (IM) pada paha kiri bagian anterolateral.
47. Sebagai bagian dari pelayanan neonatal esensial, imunisasi Hepatitis B (HB-0) diberikan setelah jeda sekitar satu jam sejak pemberian vitamin K1. secara intramuskular pada paha kanan bagian anterolateral.
48. Lanjutkan pengawasan terhadap tonus kontraksi uterus serta lakukan langkah-langkah pencegahan terhadap risiko perdarahan pervaginam.
49. Beri petunjuk dan bimbingan kepada ibu beserta keluarga mengenai teknik melakukan masase fundus uteri secara mandiri dan cara mengenali kontraksi rahim yang baik.
50. Lakukan evaluasi serta perkiraan total volume darah yang keluar selama proses persalinan.
51. Lakukan pemeriksaan tekanan darah, frekuensi nadi, serta kondisi kepenuhan kandung kemih secara berkala: Setelah pemberian vitamin K1, bayi selanjutnya diberikan imunisasi Hepatitis B dosis pertama (HB-0) dengan interval waktu sekitar satu jam sebagai bagian dari asuhan.
52. Periksa kembali keadaan umum bayi untuk memastikan frekuensi dan pola napas tetap berlangsung dengan normal.
53. Lakukan proses dekontaminasi pada seluruh perangkat instrumen medis pasca-penggunaan dengan cara merendamnya ke dalam cairan klorin selama kurun waktu 10 menit, yang kemudian dilanjutkan dengan tahap pencucian serta pembilasan sampai higienis.
54. Lakukan pembuangan terhadap semua limbah medis serta bahan sekali pakai yang terkontaminasi ke dalam wadah khusus pembuangan sampah klinis yang tepat.
55. Lakukan prosedur cuci tangan, lalu kenakan kembali sarung tangan steril/DTT yang baru untuk tindakan pembersihan.
56. Bersihkan tubuh ibu dari sisa darah dan cairan ketuban menggunakan air DTT. Bantu ibu mengenakan pakaian bersih dan kering.

57. Pastikan kondisi ibu dalam keadaan aman dan nyaman, serta instruksikan keluarga untuk membantu memberikan asupan cairan/minum kepada ibu.
58. Sterilkan tempat tidur dan lingkungan area persalinan menggunakan larutan klorin lalu usap kembali menggunakan air bersih.
59. Bilas kedua sarung tangan yang masih terpasang di dalam larutan klorin lepaskan secara terbalik (*inside-out*), lalu rendam ke dalam larutan klorin selama 10 menit.
60. Sebagai tindakan akhir dalam prosedur, lakukan pencucian tangan dengan sabun dan air mengalir hingga bersih, lalu dokumentasikan hasil asuhan persalinan secara lengkap pada lembar partograf.

2.2.5 Jenis-jenis persalinan

Pengkategorian persalinan ditentukan oleh dua tolok ukur utama: cara terjadinya persalinan serta usia kehamilan yang disertai berat lahir bayi. Berdasarkan cara terjadinya, persalinan terbagi atas empat jenis:

1. Persalinan Spontan: Pelahiran lewat jalan lahir (vagina) yang berlangsung murni tanpa bantuan instrumen medis maupun induksi obat-obatan.
2. Persalinan Normal (*Eutosia*): Pelahiran bayi pada usia kandungan cukup bulan (37–40 minggu) dengan letak memanjang dan presentasi belakang kepala, yang berlanjut hingga lahirnya plasenta dalam kurun waktu <24 jam tanpa hambatan atau komplikasi.
3. Persalinan Anjuran (Induksi): Persalinan yang baru dapat dimulai setelah diberikan pemicu medis, seperti pemberian suntikan/infus oksitosin atau pemecahan ketuban secara sengaja.
4. Persalinan Buatan / Tindakan: Jenis persalinan yang membutuhkan intervensi alat bantu akibat adanya komplikasi yang menghambat proses kelahiran secara alami.

3.3 Nifas

2.3.1 Konsep Dasar Masa Nifas

a. Defenisi Masa Nifas

Masa nifas adalah fase setelah persalinan yang berlangsung sebagai proses adaptasi dan pemulihan fisiologis, sehingga organ reproduksi wanita secara bertahap mengalami involusi menuju keadaan semula seperti sebelum kehamilan. Periode pemulihan ini umumnya membutuhkan waktu berkisar antara 6 hingga 8 minggu, atau setara dengan 42 hari pascabersalin. Secara etimologi, istilah *puerperium* berasal dari gabungan kata *puer* (bayi) dan *parous* (melahirkan), yang menggambarkan periode pascapersalinan hingga organ reproduksi kembali ke kondisi sebelum hamil (involusi). Mengingat sekitar separuh angka kematian ibu terjadi dalam 24 jam pertama pascapersalinan, penyelenggaraan pelayanan kesehatan pascapersalinan yang berkualitas tinggi pada periode krusial tersebut sangat esensial guna memenuhi kebutuhan kesehatan ibu maupun bayi. (Susilo Rini, 2021).

2.3.2 Klasifikasi Tahapan Masa Nifas

Proses pemulihan kesehatan serta fungsi organ ibu pascabersalin dikelompokkan ke dalam tiga fase utama:

1. Puerperium Dini (Immediate Puerperium):

Fase stabilisasi awal yang menandai mulainya kemampuan fisik ibu untuk beraktivitas ringan, seperti berdiri dan berjalan. Pada persalinan pervaginam yang berjalan lancar tanpa penyulit, ibu disarankan untuk langsung melakukan mobilisasi bertahap dalam rentang 6 jam pertama pasca-Kala IV.

2. Puerperium Intermedial (Early Puerperium):

Fase pemulihan anatomi dan fungsi alat-alat kandungan hingga mendekati kondisi sebelum masa kehamilan. Tahapan involusi organ reproduksi ini umumnya memerlukan durasi sekitar 42 hari atau 6 minggu.

3. Remote Puerperium:

Fase pemulihan jangka panjang yang ditujukan untuk mengembalikan kebugaran tubuh secara menyeluruh, khususnya bagi ibu yang memiliki riwayat penyulit selama kehamilan atau proses melahirkan. Durasi fase ini bervariasi pada tiap individu, bergantung pada derajat keparahan komplikasi yang pernah dialami.

2.3.3 Tujuan Asuhan Nifas

1. Memelihara Kesejahteraan Fisik dan Mental: Menjamin serta mengoptimalkan status kesehatan tubuh maupun kondisi psikologis ibu beserta bayi baru lahir.
2. Deteksi Dini dan Penanganan Komplikasi: Melaksanakan penapisan (*skrining*) awal guna mengidentifikasi potensi gangguan kesehatan serta melakukan rujukan tepat waktu apabila dijumpai penyulit pada ibu atau bayi.
3. Edukasi Kesehatan Komprehensif: Menyampaikan promosi kesehatan yang mencakup higiene personal, pemenuhan gizi seimbang, perencanaan kehamilan (KB), manajemen ASI eksklusif, hingga pemberian cakupan imunisasi dasar bagi bayi.

2.3.4 Perubahan Fisiologis pada Masa Nifas

Proses pemulihan pada masa nifas menyebabkan terjadinya adaptasi fisiologis pada beberapa sistem tubuh ibu. Adapun perubahan yang terjadi selama periode ini meliputi:

a. Rahim

Rahim didefinisikan sebagai organ genital dalam yang kaya akan jaringan otot dan memiliki rongga. Dengan posisi fisiologis *anteversiofleksio*, uterus dibagi menjadi tiga area anatomis: fundus, korpus, dan serviks. Bentuk organ ini menyerupai buah alpukat agak pipih yang besarnya kira-kira setara telur ayam. Dalam periode postpartum, uterus secara berangsur-angsur mengecil melalui proses involusi hingga strukturnya pulih ke kondisi pra-konsepsi.

Tabel 2.5 Perubahan Involusi Uterus Pascapersalinan

Involusi	TFU	Beşrat Uterus
Bayi Lahir	Setinggi Pusat, 2 jari di bawah pusat	1.000 gram
1 Minggu	Pertengahan pusat- simfisis pubis	750 gram
2 Minggu	Tidak teraba di atas simfisis pubis	500 gram
6 Minggu	Normal	50 gram

8 Minggu	Normal	30 gram
----------	--------	---------

Pengkajian kondisi uterus pada ibu nifas berfokus pada pemantauan letak, TFU, serta kontraksi miometrium yang mencakup indikator-indikator sebagai berikut:

1. Penilaian Lokasi Uterus: Dilakukan dengan mengidentifikasi letak fundus uteri terhadap umbilikus (apakah berada di atas atau di bawahnya) serta mengamati posisinya pada *linea mediana* abdomen (apakah sejajar di tengah atau terdorong ke salah satu sisi).
2. Evaluasi Ukuran Uterus: Diukur melalui teknik palpasi abdominal untuk mengestimasi Tinggi Fundus Uteri (TFU) berdasarkan jarak puncak fundus dari umbilikus, yang dinyatakan dalam satuan lebar jari.
3. Penilaian Konsistensi Uterus: Menilai tingkat kekerasan miometrium yang terbagi menjadi dua kondisi utama, yakni uterus berkontraksi baik (teraba keras dan padat) serta uterus hipotoni/atoni (teraba lunak).

b. Serviks atau leher rahim

Sebagai leher rahim atau bagian bawah uterus yang menyempit, serviks bertindak sebagai saluran penghubung antara rahim dan vagina sekaligus jalan lahir janin. Segera setelah janin dilahirkan, struktur serviks melonggar dan membuka lebar seperti corong. Fenomena ini terjadi karena korpus uteri mengalami kontraksi miometrium, sedangkan serviks tidak. Secara makroskopis, serviks tampak berwarna merah pekat kehitaman karena kaya akan pembuluh darah serta memiliki tekstur yang lunak. Pembukaan serviks yang awalnya masih dapat dimasuki satu jari pascalahir akan mengecil dan menutup kembali secara bertahap dalam kurun waktu enam minggu postpartum.

c. Vagina

Vagina merupakan saluran muskulomembranosa yang menghubungkan *cavum uteri* dengan lingkungan luar tubuh. Dalam keadaan normal, dinding anterior dan posterior vagina saling berdekatan dengan panjang masing-masing sekitar 6,5 cm dan 9 cm. Selama proses persalinan, vagina mengalami distensi dan penekanan yang signifikan akibat perlintasan janin. Pada beberapa hari awal pascapersalinan,

kondisi vagina cenderung edematosa dan kendur. Namun, memasuki minggu ketiga *postpartum*, tonus otot vagina berangsur memulih mendekati kondisi pra-kehamilan accompanied oleh pembentukan kembali lipatan rugae.

d. Vulva

Selama proses ekspulsi janin, area vulva mengalami penekanan dan peregangan jaringan yang sangat hebat. Pada masa awal pascapersalinan, struktur vulva masih tampak kendur dan edematosa. Memasuki minggu ketiga *postpartum*, kondisi vulva berangsur-angsur pulih mendekati keadaan pra-kehamilan, ditandai dengan kembali kencangnya tonus jaringan serta bentuk labia yang tampak lebih menonjol.

e. Payudara (mammas)

Terlepasnya plasenta memicu penurunan kadar estrogen dan progesteron secara drastis, sehingga merangsang pelepasan hormon prolaktin untuk memulai sintesis Air Susu Ibu (ASI). Peningkatan vaskularisasi dan suplai darah ke jaringan mammas pada fase ini kerap menimbulkan engorgement (pembengkakan pembuluh darah) sementara. Pada awal periode *postpartum*, ASI yang pertama kali disekresikan adalah kolostrum, yakni cairan berwarna kekuningan yang kaya akan nutrisi dan antibodi.

ASI adalah sumber nutrisi terbaik memenuhi kebutuhan nutrisi bayi untuk enam bulan pada tahun pertama kehidupan. ASI memiliki imunologi dan anti-inflamasi yang luar biasa yang melindungi ibu dan anak terhadap berbagai infeksi dan penyakit. Pemberian ASI eksklusif adalah intervensi terpenting untuk mengurangi kematian, Upaya pencegahan dan penanganan masalah status gizi bayi. (Pakpahan & Panggabean, 2024)

Perubahan fisiologis pada payudara pascapersalinan mencakup beberapa mekanisme berikut:

1. Terjadinya penurunan kadar hormon progesteron secara drastis yang beriringan dengan melonjaknya sekresi hormon prolaktin, yang berfungsi merangsang produksi ASI.

2. Ketersediaan cairan kolostrum yang sudah terbentuk sejak masa persalinan, disusul oleh fase transisi produksi ASI (*Air Susu Ibu*) yang umumnya mulai mengalir pada hari kedua hingga ketiga pascapersalinan.
3. Peningkatan volume dan ketegangan pada jaringan payudara (teraba lebih besar dan keras), yang menandakan fase aktif dimulainya proses laktasi.

2.3.5 Perubahan Psikologis Masa Nifas

Menurut Maritalia (2012), adaptasi psikologis yang dialami ibu selama periode pascapersalinan meliputi:

a. Adaptasi psikologis

Pada ibu yang memasuki periode nifas, khususnya primipara, proses menjadi seorang ibu merupakan pengalaman baru yang membutuhkan penyesuaian. Perubahan status dari seorang wanita menjadi seorang ibu dapat menimbulkan tekanan psikologis apabila tidak memperoleh dukungan dan penanganan yang tepat. Ibu perlu melalui proses adaptasi agar mampu menjalankan peran barunya dalam merawat dan memenuhi kebutuhan bayinya dengan baik. Selain faktor psikologis, perubahan kadar hormon yang terjadi secara cepat setelah persalinan juga dapat memengaruhi kondisi emosional serta kemampuan ibu dalam beradaptasi selama masa nifas. Adapun beberapa tahapan atau fase yang dapat dialami ibu selama masa nifas meliputi:

1. Tahapan *Taking In* (Ketergantungan Awal): (1-2 hari setelah melahirkan)

Tahap *taking in* merupakan rentang waktu ketergantungan psikologis yang dialami ibu pada 24 hingga 48 jam pertama pascapersalinan. Pada periode ini, perhatian ibu masih berpusat pada kondisi dirinya sendiri, sehingga interaksi dan kepedulian terhadap lingkungan sekitar cenderung pasif. Rasa lelah, gangguan tidur, kram perut (*afterpains*), serta nyeri pada area perineum merupakan keluhan utama yang timbul akibat proses melahirkan. Oleh karena itu, pemenuhan kebutuhan dasar berupa istirahat yang cukup, asupan gizi yang adekuat, serta komunikasi yang empati menjadi prioritas utama pada fase ini.

2. Tahapan *Taking Hold* (Fase Ketergantungan Mandiri) (3-10 hari setelah melahirkan)

Berlangsung pada hari ketiga hingga hari kesepuluh Pada periode ini, perhatian ibu mulai beralih dari pemulihan fisik diri sendiri ke arah perawatan bayi baru lahir. Ibu secara bertahap menunjukkan inisiatif untuk belajar dan terlibat langsung dalam mengasuh bayinya seperti memandikan, menyusui, dan mengganti popok meskipun masih membutuhkan dorongan, petunjuk, serta dukungan positif dari keluarga maupun tenaga kesehatan.

3. Fase letting go (>10 hari)

Pada fase ini, ibu mulai memahami serta menjalankan tanggung jawabnya sebagai seorang ibu. Tahapan tersebut terjadi selama kurang lebih 10 hari pascapersalinan, ketika ibu secara bertahap menyesuaikan diri dengan kondisi bayi yang masih membutuhkan bantuan penuh dan mulai membangun kesiapan untuk menjaga serta melindungi bayinya. Dan diperlukan dukungan dari suami atau keluarga supaya ibu semakin meningkat.

b. Baby blues

Postpartum blues merupakan bentuk gangguan suasana hati ringan berupa perasaan sedih atau emosional yang dialami seorang ibu pascapersalinan dalam merespons kehadiran bayinya. Kondisi ini umumnya manifestasi pada hari ke-2 hingga kurun waktu 2 minggu pertama setelah melahirkan. Fluktuasi emosional ini dipicu oleh perubahan psikologis serta hormonal yang telah berlangsung sejak masa kehamilan, sehingga memicu hambatan adaptasi dalam menerima peran baru. Gejala yang kerap dijumpai meliputi dinamika emosi yang tidak stabil, kecenderungan mudah menangis, cemas, perasaan terisolasi, kecemasan berlebih terhadap kondisi bayi, penurunan libido, serta timbulnya krisis kepercayaan diri atas kemampuannya mengasuh anak.

c. Depresi postpartum

Ibu yang baru pertama kali melahirkan (primipara) memiliki kerentanan lebih tinggi terhadap gangguan suasana hati pascamelahirkan akibat minimnya pengalaman dalam merawat dan menyusui bayi. Meskipun kemurungan pada awal masa nifas ini tergolong lazim dan dapat mereda spontan dalam dua minggu seiring proses adaptasi maternal, pembatasan otonomi, kemandirian, serta keterbatasan interaksi sosial berpotensi memicu depresi postpartum. Ibu yang mengalami kondisi ini

membutuhkan dukungan emosional serta intervensi yang tepat agar proses adaptasi peran baru berjalan optimal.

Tabel 2.6 Pemantauan masa puerperium

Pemantauan	Waktu	Asuhan
I	6–8 jam pascapersalinan	a) Mencegah terjadinya perdarahan setelah persalinan yang disebabkan oleh kegagalan kontraksi uterus (atonia uteri). dan mengobservasi kondisi umum ibu melalui pemeriksaan TTV. b) Memberikan edukasi mengenai pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama tanpa makanan pendamping, yang kemudian dilanjutkan hingga usia 2 tahun dengan disertai Makanan Pendamping ASI (MPASI), serta mendeteksi secara dini potensi tanda bahaya pada ibu.
II	3 sampai 7 hari setelah persalinan	a) Pemeriksaan proses involusi uteri secara berkala untuk memverifikasi kontraksi rahim yang optimal, posisi fundus berada di bawah umbilikus, serta tidak ditemukan indikasi perdarahan patologis. b) Identifikasi dan evaluasi dini terhadap manifestasi klinis berupa demam, infeksi, maupun perdarahan abnormal. c) Evaluasi pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur yang adekuat bagi ibu. d) Pemantauan kecukupan asupan nutrisi dan gizi seimbang harian ibu nifas. e) Pengawasan efektivitas proses menyusui serta mendeteksi ada atau tidaknya komplikasi pada payudara maupun penyulit lainnya.

III	8-28 hari setelah persalinan	a) Mengevaluasi serta menggali informasi dari ibu terkait berbagai keluhan maupun komplikasi yang dialami selama masa nifas. b) Memberikan edukasi dan konseling mengenai perencanaan Keluarga Berencana (KB) pascapersalinan, imunisasi bayi, pelaksanaan senam nifas, serta pengenalan tanda bahaya maternal dan neonatal.
IV	29-42 setelah persalinan	Mengevaluasi serta menggali informasi dari ibu mengenai berbagai keluhan maupun komplikasi yang dirasakan selama masa nifas.

(Lahir, n.d.).

2.4 BBL

2.4.1 Pengertian BBL

Neonatus merupakan bayi pada rentang usia 0 hingga 28 hari pascapersalinan. Pada masa ini, bayi baru lahir harus melewati fase transisi fisiologis krusial yang meliputi perkembangan fungsi organ secara optimal, penyesuaian diri dari rahim ibu ke dunia luar, serta ketahanan fisik organ agar dapat bertahan hidup secara maksimal. Secara umum, meonatus didefinisikan sebagai bayi yang lahir dari kehamilan cukup bulan (*term*) pada usia gestasi 37 hingga 42 minggu, baik melalui presentasi kepala maupun sungsang yang keluar via vagina tanpa bantuan instrumen medis (Lahir, n.d.).

Ada 3 kali Kunjungan pada Neonatus yaitu:•

- KN I: Dilaksanakan pada periode 6 jam hingga 2 hari (48jam) pascalahir.
- KN II: Dijadwalkan pada masa neonatal pertengahan, yaitu hari ke-3 hingga hari ke-7 setelah melahirkan.
- KN III: Dilakukan pada masa neonatal lanjut, yakni berkisar antara hari ke-8 sampai hari ke-28 pascapersalinan.

2.4.2 Karakteristik Fiosologis Bayi Baru Lahir Normal

Bayi baru lahir normal memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

- a. Indikator antropometri neonatus normal mencakup bobot tubuh berkisar di angka 2,5 kg sampai 4 kg dengan panjang tubuh sekitar 48 hingga 52 cm. Sementara itu, ukuran lingkar dada berkisar antara 30–38 cm dan lingkar kepala 33–35 cm. Di samping ukuran fisik tersebut, detak jantung bayi awalnya tercatat mencapai 180 kali per menit yang kemudian berangsur melambat menjadi 120–140 kali per menit.
- b. Respirasi pada beberapa menit pertama kurang lebih 80 x/menit dan akan mengalami penurunan seiring bertambahnya usia bayi sampai 40 x/menit
- c.. Integumen tampak kemerahan dan bertekstur halus seiring dengan mulai terfiksasinya jaringan adiposa subkutan, accompanied oleh ditemukannya rambut-rambut halus (*lanugo*) pada permukaan kulit.
- d. Kuku terlihat panjang dan lemas.
- e. Pada bayi perempuan, organ genitalia ditandai dengan *labia mayora* yang telah menutupi *labia minora* secara sempurna, sedangkan pada bayi laki-laki kedua testis telah mengalami penurunan (*descensus testiculorum*) ke dalam skrotum.
- f. Refleks oral yang meliputi *sucking reflex* (hisap) dan *swallowing reflex* (menelan) pada neonatus telah berkembang secara adekuat dan berfungsi dengan baik.
- g. Indikator refleks moro yang normal dapat diamati ketika bayi menunjukkan reaksi terkejut sebagai respons terhadap rangsangan mendadak.
- h. Dalam rentang kurun waktu 24 jam setelah persalinan, sistem pencernaan dan perkemihan bayi baru lahir dicirikan oleh dimulainya buang air kecil (miksi) dan pengeluaran mekonium.

2.4.3 Pemeriksaan Fisik Pada Bayi Baru Lahir

Pemeriksaan fisik dilakukan secara head to toe, yang meliputi pemeriksaan kondisi umum, tanda-tanda vital, antropometri, pemeriksaan kepala, wajah, leher, bahu, lengan, abdomen, genitourinary, anus, pinggunl, kaki, punggung, kulit dan pemeriksaan reflek

a. Penilaian APGAR

Penilaian klinis awal pada neonatus dilakukan melalui skoring APGAR yang bertujuan mengidentifikasi tingkat adaptasi fisik serta responsifnya terhadap resusitasi. Akronim APGAR merepresentasikan lima elemen evaluasi yang dinilai dalam pemeriksaan Apgar terdiri atas lima aspek, yaitu tampilan warna kulit

(**Appearance**), frekuensi denyut jantung (**Pulse**), respons refleks terhadap rangsangan (**Grimace**), aktivitas atau tonus otot (**Activity**), dan usaha pernapasan bayi (**Respiration**). Derajat kesehatan bayi kemudian dikelompokkan berdasarkan jumlah poin yang diperoleh, yaitu kategori normal (7–10), asfiksia sedang (4–6), dan asfiksia berat (0–3).

Tabel 2.7 Kriteria Penilaian Skor APGAR pada Neonatus

Tanda	Nilai		
	1	2	3
<i>Appearance</i> (Warna Kulit)	Pucat	Tubuh kemerahan, ekstremitas biru (<i>akrosianosis</i>)	Seluruh tubuh kemerahan
<i>Pulse</i> (Frekuensi Jantung)	absent	<100 x/ menit	>100 x/menit
<i>Grimace</i> (Respons Refleks))	Tidak ada respon	Ringis / gerakan wajah minimal	Menangis kuat
<i>Activity</i> (Tonus Otot)	Lemah	Fleksi ekstremitas lemah	Gerakan aktif
<i>Respiration</i> (Pernapasan)	Tidak bernapas (<i>apnea</i>)	Lemah, lambat, atau tidak teratur	Menangis

(Yulianti & Sam, 2022)

c. Refleks pada bayi

1. Refleks morro = refleks terkejut :Bayi melakukan gerakan mengepakkan atau merentangkan kedua tangan ke samping..
2. Refleks Tonick Neck = refeleks otot leher : anak akan mengangkat leher dan menoleh kekanan/kiri bila diletakkan diposisi tengkurap .

3. Rangsangan sentuhan pada wilayah sekitar mulut dan pipi akan mengaktifkan *rooting reflex*, yaitu reaksi alami neonatus yang memutar kepala seolah-olah sedang mencari puting ibu.
4. Refleks sucking (menghisap dan menelan):
Merupakan refleks alami bayi yang muncul ketika area pipi atau sekitar mulut mendapatkan rangsangan. Refleks ini menyebabkan bayi melakukan gerakan menghisap puting susu dan dilanjutkan dengan proses menelan ASI
5. Refleks grasping (menggenggam):
Merupakan refleks bayi berupa gerakan menutup telapak tangan ketika diberikan rangsangan berupa sentuhan atau penempatan jari pada telapak tangannya.
6. Refleks babinsky = refleks pada kaki : Stimulasi taktil pada permukaan telapak kaki memicu refleks plantar, yang ditandai dengan pergerakan ibu jari ke arah atas (dorsifleksi) disertai penekukan atau pemekaran jari-jari kaki lainnya. (ROPI'AH, 2025).

d. Pemberian Vaksinasi Awal pada Neonatus

Guna mengeliminasi risiko infeksi Hepatitis B pada neonatus, diberikan imunisasi HB-0 sebanyak 0,5 ml secara intramuskular di paha anterolateral kanan. Prosedur ini dilaksanakan selang satu jam setelah aplikasi vitamin K1 pascapersalinan.

Tabel 2.8 Jenis imuniasi Dasar

NO	USIA	JENIS IMUNISASI
1.	0 sampai 7 Hari	HB 0
2.	4 minggu	Imunisasi BCG serta Polio 1
3.	8 minggu	DPT-HB-Hib 1 serta Polio 2 Rota Virus 1, PCV 1
4.	12 minggu	DPT 2 – Hb-Hib 2, polio 3, Rota Virus 2, PCV 2
5.	16 minggu	DPT-HB-Hib 3 dan OPV-4Rota Virus3, IPV 1
6.	36 minggu	Measles-Rubella (MR), IPV 2

(Yulianti & Sam, 2022)

2.5 Program Keluarga Berencana (KB)

2.5.1 Konsep dan Definisi Keluarga Berencana

Ditinjau dari segi etimologi, kata kontrasepsi tersusun dari dua istilah, yaitu **kontra** yang bermakna menghambat atau melawan dan **konsepsi** yang mengacu pada proses fertilisasi antara ovum matang dan spermatozoa yang menjadi awal terjadinya kehamilan. Dengan demikian, kontrasepsi diartikan sebagai upaya pencegahan kehamilan yang ditujukan bagi pasangan usia subur yang aktif secara seksual tetapi ingin menunda atau membatasi kehamilan. Metode pencegahan ini dapat bersifat sementara maupun permanen. (Ujung, 2024)

a. Tujuan Keluarga Berencana

Pengendalian pertumbuhan penduduk dan pengaturan jarak kelahiran melalui program KB bermaksud untuk meningkatkan kesejahteraan ibu, anak, dan unit keluarga secara menyeluruh. Keberhasilan program ini diharapkan mampu melahirkan generasi serta sumber daya manusia yang unggul.

Sasaran operasional KB dikelompokkan ke dalam dua tingkatan:

1. Sasaran Utama (Langsung): Ditujukan kepada Pasangan Usia Subur (PUS) dengan mendorong konsistensi penggunaan alat kontrasepsi demi mengontrol jumlah kelahiran.
2. Sasaran Penunjang (Tidak Langsung): Mengakomodasi para pengambil kebijakan, pengelola, serta praktisi lapangan KB untuk menekan angka fertilitas melalui pendekatan strategi kependudukan yang holistik.

2.5.2. Metode kontrasepsi jangka panjang

Menjelaskan pada ibu untuk penggunaan alat kontrasepsi jangka panjang Metode ini ideal untuk menjarangkan kehamilan atau menghentikan kesuburan (pasangan yang tidak ingin tambah anak lagi)

Berikut adalah jenis-jenis KB jangka panjang yang umum digunakan:

- 1) *Intrauterine Device* (IUD) / Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR): Merupakan metode kontrasepsi jangka panjang berupa kontrasepsi berbentuk huruf "T" yang disisipkan ke dalam *cavum uteri* (rongga rahim).
 - a. IUD Tembaga (Non-Hormonal): Dapat bertahan hingga 10 tahun.
 - b. IUD Hormonal (IUS): Bertahan sekitar 3–7 tahun, dapat membuat haid lebih sedikit atau berhenti.

- 2) Implan (Susuk KB): Aman untuk ibu menyusui dan efektif selama 3 tahun.
- a. Kontrasepsi Mantap (Sterilisasi): Kontrasepsi mantap (permanen) ditujukan bagi pasangan usia subur yang telah menyelesaikan rencana reproduksi dan tidak menghendaki penambahan anak.
 - b. Tubektomi (MOW): Pengikatan atau pemotongan saluran telur pada wanita.
 - c. Vasektomi (MOP): Pengikatan atau pemotongan saluran sperma pada pria.