

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Kehamilan

2.1.1 Konsep dasar kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah peristiwa biologis alami yang bermula dari fertilisasi antara ovum dan spermatozoa, lalu berproses menjadi janin di dalam cavum uteri selama kurang lebih empat puluh pekan. Fase gestasi ini diklasifikasikan ke dalam tiga periode trimester, meliputi trimester pertama (0–12 minggu), trimester kedua (13–28 minggu), serta trimester ketiga (29–40 minggu). Sepanjang tahapan tersebut, perempuan yang mengandung akan mendapati bermacam-macam adaptasi, baik secara fisiologis maupun psikologis (Rahmah et al., 2022).

Definisi kehamilan menurut *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO) adalah proses penyatuan antara spermatozoa dan sel telur (fertilisasi) yang berlanjut dengan tahap implantasi. Durasi gestasi fisiologis umumnya berlangsung antara 37 hingga 40 pekan atau kira-kira sembilan bulan, yang terbagi atas tiga fase trimester: trimester pertama (0–12 minggu), trimester kedua (13–27 minggu), serta trimester ketiga (28–40 minggu). Sepanjang periode ini, ibu sering kali menghadapi berbagai hambatan kesehatan yang berdampak pada keselamatan maternal maupun janin, sehingga turut memicu peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan kematian (mortalitas) (Sitawati & Keb, 2023).

2. Fisiologi Pada Kehamilan

Seluruh penyesuaian fungsional yang terjadi secara alami pada tubuh ibu selama masa mengandung bertujuan untuk mendukung perkembangan janin di dalam uterus sebagai akibat dari proses pembuahan antara sel telur dan sperma. Segera setelah proses fertilisasi terjadi perubahan-perubahan dan terus berlanjut selama berakhirnya masa kehamilan, proses melahirkan, serta periode menyusui menandai kembalinya seluruh penyesuaian fisiologis tubuh seperti sedia kala sebelum hamil. Berbagai adaptasi biologis, yang mencakup aspek fisik serta aspek psikologis. Perubahan tersebut terjadi sepanjang proses kehamilan biasanya

menyebabkan ketidaknyamanan serta keluhan yang dirasakan ibu, seperti mual muntah, pegal-pegal pada kaki, sakit punggung, penambahan berat badan, dan sebagainya. Misalnya, berat badan ibu yang bertambah secara signifikan selama kehamilan mengakibatkan ibu merasakan cepat lelah, susah tidur, tangan dan kaki bengkak (Thaariq & Keb, 2023).

1. Sistem reproduksi

a. Uterus

Uterus atau rahim mempunyai bentuk menyerupai buah alpukat atau buah pir dengan kisaran bobot sekitar 30 gram. Organ ini berada di dalam rongga panggul kecil, tepatnya di antara kandung kemih di sisi anterior serta rektum di sisi posterior. Bagian dasarnya ditopang oleh sistem ligamen yang kokoh, memberikan fleksibilitas bagi rahim untuk membesar dan beradaptasi seiring pertumbuhan janin. Sementara itu, rongga di dalam rahim memiliki geometri segitiga dengan bagian basis yang lebih lebar menghadap ke atas. Terdapat ligament dari bagian atas rahim (fundus) menuju lipatan, paha (kanalis inguinalis), sehingga kedudukan rahim menjadi ke arah depan.

Lapisan otot rahim terdiri dari tiga lapis, yang mempunyai kemampuan untuk tumbuh-kembang sehingga dapat memelihara dan mempertahankan kehamilan selama sembilan bulan. Rahim juga merupakan jalan lahir yang penting dan mempunyai kemampuan untuk mendorong janin lahir. Rahim atau uterus juga berperan dalam pengeluaran darah haid yang ditandai dengan adanya perubahan pelepasan endometrium. Segera setelah persalinan otot rahim dapat menutup pembuluh darah untuk menghindari perdarahan. Setelah persalinan, dalam waktu 42 hari rahim dapat mengecil seperti semula. Ukuran uterus berbeda-beda tergantung pada usia dan pengalaman melahirkan. Ukuran uterus pada anak-anak 2-3 cm, nuli para 6-8 cm dan multi para 8-9 cm. Uterus terdiri dari dua bagian utama, yaitu serviks dan korpus uteri.

b. Vagina

Vagina merupakan saluran muskulo-membranasea (otot-selaput) yang menghubungkan rahim dengan dunia luar. Bagian ototnya berasal dari otot levator ani dan otot sfingter ani (otot dubur) sehingga dapat dikendalikan dan dilatih.

Dinding depan vagina berukuran 6.5 cm dan dinding belakangnya 9 cm. Vagina bagian dalam berlipat-lipat disebut rugae, di tengahnya ada bagian yang lebih keras disebut kolumna rugeum. Lipatan ini memungkinkan vagina untuk melebar.

Vagina tidak mempunyai kelenjar yang bersekresi, bagian bawah vagina mengandung banyak pembuluh darah. Pembuluh darah ini akan hipervaskularisasi pada waktu kehamilan dan akan berwarna kebiru-biruan yang disebut dengan tanda livide. Dinding vagina terdiri atas tiga lapisan yaitu: lapisan mukosa yang merupakan kulit, lapisan otot dan lapisan jaringan ikat.

c. Servik

Serviks uteri menempati posisi sebagai bagian inferior atau segmen terbawah dari rahim, yang terbagi atas dua wilayah utama yaitu *pars vaginalis* dan *pars supravaginalis*. Struktur jaringan pada organ ini didominasi oleh unsur otot polos, rangkaian matriks jaringan ikat yang terdiri dari serat kolagen serta glikosamin, dan juga serat Di dalam area rongga vagina, komponen jaringan elastis bagian luar mencakup *portio cervicis uteri*. Struktur ini memiliki muara luar atau *ostium uteri externum*—yang dilapisi oleh mukosa serviks berjenis epitel skuamokolumnar—serta dilengkapi dengan bukaan bagian dalam yang disebut *ostium uteri internum*.

d. Ovarium

Tidak dijumpai adanya proses oogenesis atau pembentukan folikel matur yang baru, melainkan hanya teramati adanya progresivitas serta pembesaran dari korpus luteum.

e. Payudara

Kadar estrogen dan progesteron yang tinggi dari plasenta memicu terjadinya perubahan pada mammae, ditandai dengan rasa tegang serta pembesaran organ. Di samping itu, kehadiran *Human Placental Lactogen* (HPL) atau *chorionic somatotropin* yang memiliki aktivitas laktogenik berperan aktif menstimulasi proliferasi kelenjar mammae beserta serangkaian adaptasi metabolik yang menyertainya

1. Sistem pencernaan

- A. Lonjakan kadar estrogen dan progesteron memicu eskalasi aliran darah menuju rongga mulut serta menyebabkan hipervaskularisasi pada pembuluh kapiler gingiva, sehingga berisiko menimbulkan manifestasi edema pada gusi
- B. Lonjakan kadar hormon estrogen serta HCG memicu keluhan mual dan muntah sebagai efek samping utama. Selain itu, penurunan mobilitas saluran pencernaan mengakibatkan timbulnya rasa kembung, sembelit, peningkatan asam lambung, serta dorongan untuk makan yang lebih sering (mengidam).
- C. Penurunan tonus otot pada traktus gastrointestinal—meliputi usus halus dan usus besar—menyebabkan perlambatan motilitas, sehingga durasi transit makanan di dalam saluran cerna menjadi lebih panjang. Meskipun efisiensi penyerapan nutrisi tetap berjalan optimal, kondisi ini memicu timbulnya konstipasi atau obstipasi.
- D. Pengaruh hormon estrogen dan progesteron memicu dilatasi ureter serta penurunan tonus otot pada saluran ekskresi. Kondisi ini mengakibatkan frekuensi miksi meningkat seiring dengan naiknya laju filtrasi glomerulus. Di sisi lain, pembesaran uterus dapat memberikan tekanan mekanis pada dinding saluran kemih, berpotensi memicu hidroureter serta hidronefrosis transien. Meskipun parameter darah seperti kreatinin, urea, dan asam urat menunjukkan penurunan, variasi tersebut tetap dikategorikan dalam batas fisiologis normal.

2. Sistem kardiovaskuler

Peningkatan beban kerja hemodinamik memicu terjadinya hipertrofi pada miokardium, khususnya di bagian ventrikel kiri yang mendominasi pembesaran ukuran jantung. Di samping itu, kecepatan sirkulasi serta volume sekuncup darah per denyutan mengalami eskalasi sebagai respons atas naiknya curah jantung (*cardiac output*). Adaptasi fisiologis ini berfungsi mendongkrak suplai volume darah dan oksigen secara sistemik ke seluruh organ serta jaringan ibu demi mendukung tumbuh kembang janin secara maksimal.

3. Sistem integumen

Aktivitas *Melanocyte-Stimulating Hormone* (MSH) dari kelenjar hipofisis anterior serta respons kelenjar suprarenalis memicu pergeseran deposit

pigmen yang berujung pada hiperpigmentasi kulit. Manifestasi klinis ini umumnya tampak pada *striae gravidarum* (baik *livide* maupun *alba*), areola dan papila mammae, *linea nigra*, serta *chloasma gravidarum*. Kendati demikian, berbagai bercak hiperpigmentasi tersebut lazimnya akan berangsur-angsur memudar secara spontan pascapersalinan.

4. sistem pernapasan

Sepanjang masa gestasi, sistem pernapasan mengalami adaptasi guna mencukupi kebutuhan oksigen yang meningkat. Pada usia kehamilan 32 minggu, pembesaran uterus memberikan tekanan mekanis ke atas yang mendesak posisi diafragma. Sebagai mekanisme kompensasi terhadap keterbatasan ruang rongga dada serta eskalasi kebutuhan metabolik tersebut, ibu hamil secara naluriah akan bernapas dengan amplitudo yang lebih dalam—sekitar 20% hingga 25% melebihi kapasitas pernapasan normal dalam kondisi tidak hamil..

5. Metabolisme Metabolisme

Metabolisme basal mengalami peningkatan sebesar 15% hingga 20% dari kondisi normal, yang umumnya terlihat jelas pada trimester ketiga gestasi. Selain itu, keseimbangan elektrolit mengalami pergeseran dari 155 mEq/L menjadi 145 mEq/L akibat fenomena hemodilusi serta tingginya serapan mineral oleh janin. Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan, eskalasi kebutuhan protein menjadi krusial guna mendukung perkembangan janin, maturasi organ reproduksi, serta persiapan laktasi, dengan rekomendasi tambahan sekitar 0,5 gram per kilogram berat badan atau setara dengan sebutir telur ayam setiap harinya. Kebutuhan energi harian sendiri dipenuhi melalui asupan karbohidrat, lemak, dan protein, yang diiringi pula dengan pemenuhan zat mineral esensial serta manifestasi berupa penambahan berat badan ibu.

6. Perubahan system muskuloskeletal

Transformasi bentuk fisik maternal berlangsung secara progresif seiring dengan penambahan massa tubuh serta pertumbuhan janin, yang secara langsung memengaruhi postur dan pola gaya berjalan. Kondisi hiperlordosis kerap diperparah oleh penggunaan alas kaki berhak tinggi, sehingga ibu disarankan memakai alas kaki bersol datar dan tidak licin guna menjamin

keamanan serta mencegah risiko terjatuh. Sementara itu, lonjakan sirkulasi hormon steroid seks memicu perlunakan jaringan ikat dan kolagen, mengakibatkan mobilitas serta relaksasi sendi panggul meningkat. Proses adaptasi ini mencakup mengangunya simpisis pubis sekitar 4 mm, melunaknya struktur tulang pubis, serta mengendurnya artikulasi sakrokoksigeus yang memungkinkan os koksigis bergeser ke posterior demi memfasilitasi jalan lahir. Di sisi lain, peregangan dinding abdomen menurunkan tonus otot, di mana pada trimester ketiga sering dijumpai diastasis rekti—yakni pemisahan otot *rektus abdominus* yang membuat area umbilikus mendatar atau menonjol. Kendati tonus otot umumnya berangsur pulih pascapersalinan, celah pemisahan otot rekti tersebut lazimnya tetap bertahan.

7. Perubahan darah dan pembekuan darah

Ekspansi volume darah maternal tercatat bertambah sekitar 1.500 ml, yang terbagi atas 1.000 ml plasma dan kurang lebih 450 ml eritrosit, dengan lonjakan volume yang mulai berlangsung pada pekan ke-10 hingga ke-12 gestasi. Peningkatan ini memegang peran krusial dalam mengantisipasi pembesaran vaskuler akibat ekspansi uterus, mencukupi kebutuhan hidrasi jaringan ibu maupun janin saat beraktivitas atau berbaring, serta menyediakan cadangan cairan guna mengompensasi perdarahan pascapersalinan dan nifas. Di samping itu, terjadinya vasodilatasi perifer membantu menjaga kestabilan tekanan darah agar tetap dalam rentang normal kendati volume sirkulasi darah sedang meningkat. Meskipun eritropoiesis atau produksi sel darah merah ikut terstimulasi—bergantung pada ketersediaan cadangan besi—kadar hemoglobin (Hb) dan hematokrit justru mengalami penurunan akibat fenomena hemodilusi, yang dikenal sebagai anemia fisiologis. Penurunan konsentrasi Hb ini umumnya berlangsung masif pada trimester kedua seiring cepatnya ekspansi volume plasma, mencapai titik terendahnya pada usia kehamilan 20 minggu sebelum akhirnya merangkak naik menjelang *term*. Secara klinis, Seorang perempuan hamil dikategorikan menderita anemia apabila konsentrasi hemoglobin (Hb) tercatat kurang dari 11 g/dL pada fase

trimester pertama serta trimester ketiga, atau menunjukkan angka di bawah 10,5 g/dL ketika memasuki trimester kedua.

8. Perubahan system persarafan

Mekanisme adaptasi sistem saraf selama masa kehamilan masih menyisakan banyak hal yang belum terpetakan sepenuhnya. Meskipun demikian, berbagai manifestasi klinis yang melibatkan fungsi saraf dan otot kerap muncul dengan karakteristik sebagai berikut:

2. Gangguan sensasi pada ekstremitas inferior kerap dipicu oleh adanya tekanan pada saraf panggul serta perlambatan aliran darah balik (*statis vaskular*) akibat volume rahim yang semakin membesar.
3. Pembesaran uterus mengubah postur tubuh ibu menjadi lordosis, yang berisiko menimbulkan regangan atau jepitan pada akar saraf sehingga memicu sensasi nyeri.
4. Akumulasi cairan tubuh atau edema dapat menjepit saraf perifer, termasuk kompresi pada saraf median di area terowongan karpal (*carpal tunnel*). Kondisi ini memunculkan sensasi terbakar, kesemutan, hingga nyeri pada tangan yang menjalar sampai ke siku, dan umumnya lebih dominan dirasakan pada sisi tangan yang sering digunakan.
5. Kebiasaan postur tubuh tertentu yang membungkuk memicu tarikan berlebih pada area pleksus brakhialis, sehingga mengakibatkan timbulnya keluhan akroestesia berupa mati rasa atau sensasi geli pada tangan.
6. Spasme atau kram otot yang sering dikeluhkan ibu hamil kerap berkaitan dengan kondisi penurunan kadar kalsium dalam darah (*hipokalsemia*).
7. Keluhan pusing atau sakit kepala selama masa kehamilan umumnya dipicu oleh ketidakstabilan sistem vasomotor, tekanan darah rendah saat mengubah posisi tubuh (*hipotensi postural*), ataupun penurunan kadar gula darah (*hipoglikemia*).

2.1.2 Faktor-Faktor yang mempengaruhi Kehamilan

a. Faktor Usia

Faktor usia menunjukkan hasil usia menentukan terjadinya resiko komplikasi kehamilan pada Wanita usia subur. Di antara 14938 wanita yang di survei dalam penelitian ini, rata rata Wanita berusia <35 tahun menderita komplikasi kehamilan selaras sebagaimana penelitian yang dilakukan mengenai proporsi gangguan komplikasi kehamilan dominan terjadi pada usia WUS (Wanita usia subur) dengan usia kelompok 20-34 tahun. Namun penelitian yang dilakukan oleh kejadian komplikasi kehamilan disebabkan karena ada beberapa faktor risiko diantaranya adalah gravida kategori umur < 35 tahun resiko tinggi terhadap terjadinya komplikasi kehamilan.

b. Faktor Domisili

Faktor Domisili atau tempat tinggal menunjukkan hasil dalam penelitian ini yaitu Wanita yang tinggal di pedesaan lebih rentang mengalami kejadian komplikasi kehamilan di bandingkan dengan yang di perkotaan sejalan dengan penelitian menjelaskan bahwa masalah akses ke fasilitas Kesehatan yang tidak merata dan juga beberapa kelompok social ekonomi disarankan selain dokter. Namun penelitian yang dilakukan oleh masyarakat pedesaan yang masih kurang terpaparnya informasi mengenai tanda gejala bahaya kehamilan karena pengetahuan masyarakat mengenai tanda bahaya resiko komplikasi kehamilan dapat mengetahui cara penanggulangannya dan pencegahanya.

c. Faktor Pendidikan

Faktor Pendidikan menunjukkan hasil dalam penelitian yaitu Wanita dengan Pendidikan yang tinggi lebih rentang mengalami kejadian komplikasi kehamilan dibandingkan dengan Wanita dengan Pendidikan yang rendah sejalan dengan penelitian Ini kemungkinan terjadi karena pukesmas memberikan informasi yang paling akurat tentang kejadian komplikasi kehamilan kepada ibu hamil yang tidak berpendidikan rendah. Selain itu, tidak dapat dipungkiri bahwa orang berpendidikan tinggi tidak selalu menerapkan hal ini setelah mengetahui akan resiko komplikasi kehamilan. Namun penelitian yang dilakukan oleh menjelaskan tentang eskalasi pengetahuannya tidak mutlak didapatkan di Pendidikan formal tetapi akan tetapi juga di peroleh dengan Pendidikan non formal jadi ibu dengan tingkat

pendidikan lebih tinggi tidak lebih baik dibandingkan dengan ibu dengan berpendidikan rendah tentang pendidikan nonformal.

d. Faktor Status Ekonomi

Faktor indeks kekayaan menunjukkan hasil dalam penelitian yaitu Wanita dengan indeks kekayaan lebih tinggi lebih rentang merasakan komplikasi kehamilan selaras sebagaimana penelitian yang dilaksanakan ibu dengan pendapatan cukup atau indeks kekayaan tinggi tapi masih mengalami komplikasi kehamilan hal ini diakibatkan karena pendapatan yang didapatkan tidak secara penuh dipakai guna memenuhi kebutuhan saat hamil tetapi lebih membeli barang perlengkapan rumah tangga disamping itu ibu dengan indeks kekayaan tinggi akan sering membeli makan tanpa menentukan jenis makanan apa yang akan di beli.

e. Faktor Kunjungan Antenatal Care Faktor

Faktor kunjungan rumah sakit menunjukkan hasil dalam penelitian yaitu Wanita saat hamil tidak melakukan kunjungan rumah akan lebih besar merasakan komplikasinya kehamilan selaras sebagaimana penelitian yang dilaksanakan Asuhan antenatal ini bertujuan untuk memastikan kondisi yang sehat untuk ibu dan bayinya melalui membangun kepercayaan bersama ibu, melakukan deteksi komplikasi yang bisa membahayakan jiwa, mempr persalinan, dan memberikan pendidikan tentang kehamilan. Ibu yang tidak pernah atau kurang dari 4 kali memeriksa kehamilan selama kehamilannya memiliki resiko komplikasi kehamilan 3,5 kali lebih tinggi dibandingkan dengan ibu yang memeriksa kehamilannya lebih dari sekali. Namun penelitian dari antenatal care adalah menurunkan dan mencegah kesakitan dan perinatal karena untuk mengawasi ibu hamil selama kehamilan sampai masa persalinan ibu yang tidak memeriksakan kehamilan beresiko lebih besar mengalami komplikasi kehamilan.

f. Faktor Anak Hidup

Faktor jumlah anak hidup atau juga disebut dengan paritas menunjukkan hasil dalam penelitian yaitu Wanita dengan jumlah anak ≤ 2 lebih sering mengalami komplikasi kehamilan sejalan dengan penelitian yang

dilakukan bila ibu melahirkan lebih dari normal. Penurunan kekuatan rahim memicu peningkatan risiko komplikasi persalinan, khususnya perdarahan. Kondisi tersebut diperparah oleh berbagai gangguan kesehatan maternal seperti anemia, malnutrisi, serta melemahnya otot dinding perut maka akan beresiko mengalami komplikasi kehamilan. Namun penelitian dari karena kondisi terlalu sering hamil akan menyebabkan komplikasi kehamilan lebih tinggi akibatnya karena hamil dapat menguras cadangan gizi pada tubuh ibu.

2.1.3 Ketidak Nyamanan Umum Pada Ibu Hamil Trimester III

Masa gestasi atau kehamilan memicu serangkaian adaptasi biologis dan emosional yang menyeluruh pada tubuh seorang perempuan. Transformasi yang dialami oleh ibu hamil tersebut dapat menimbulkan ketidaknyamanan yang dirasakan ibu tiap trimester kehamilan nya. Ketidaknyamanan kehamilan pada Trimester III biasanya muncul akibat proses penyesuaian dari perubahan yang dialami oleh ibu hamil.

a. Peningkatan Frekuensi Berkemih

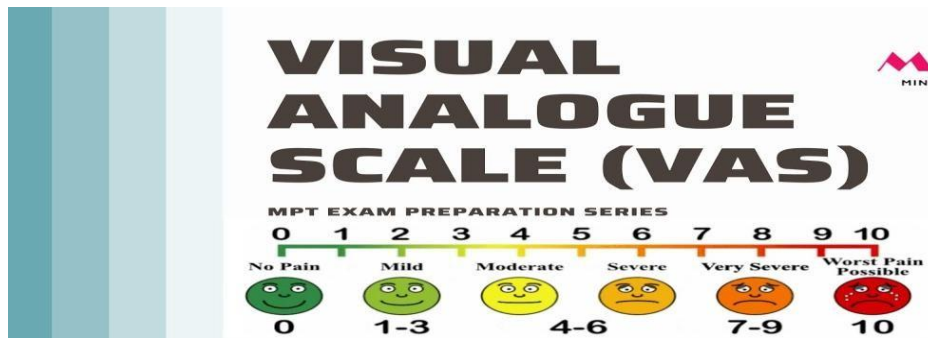
Lonjakan frekuensi miksi kerap dikeluhkan ibu hamil sebagai bentuk ketidaknyamanan fisiologis nonpatologis yang umumnya muncul pada dua fase antenatal yang berbeda. Selama trimester ketiga, keluhan ini paling dominan dirasakan oleh ibu primigravida akibat terjadinya *lightening*—yakni turunnya bagian terbawah janin memasuki pintu atas panggul yang memicu tekanan mekanis langsung ke vesika urinaria. Selain itu, ekspansi uterus beserta bagian presentasi janin menyita ruang di dalam cavum pelvis, sehingga kapasitas tampung kandung kemih dalam mengalami distensi menjadi berkurang sebelum akhirnya memicu stimulus berkemih. Untuk mengantisipasi dan mengatasi ketidaknyamanan tersebut, ibu hamil dapat menerapkan beberapa langkah berikut: Hindari mengonsumsi Konsumsi minuman yang mengandung kafein—seperti kopi, teh, maupun air berkarbonasi—sebaiknya dibatasi karena sifat diuretiknya dapat memicu frekuensi berkemih yang lebih sering pada ibu hamil.

- a. Pemenuhan hidrasi harian harus dijaga dengan mengonsumsi air mineral minimal delapan gelas sehari, dengan catatan untuk mengurangi asupan cairan menjelang waktu istirahat malam.
- b. Kebiasaan menunda buang air kecil harus dihindari sepenuhnya, sebab tindakan tersebut justru berpotensi memperparah frekuensi dorongan ke kamar kecil.
- c. Nyeri Punggung Rasa tidak nyaman atau sakit pada area punggung merupakan salah satu keluhan muskuloskeletal yang sangat lazim dirasakan oleh perempuan selama masa kehamilan

Dorsalgia atau nyeri punggung merupakan keluhan muskuloskeletal pada area kolumna vertebralis yang insidensinya cenderung meningkat seiring bertambahnya usia gestasi. Kondisi ini dipicu oleh pergeseran titik berat tubuh (*center of gravity*) serta penyesuaian postur maternal, sehingga kerap dikeluhkan oleh ibu hamil sepanjang periode kehamilan tanpa terbatas pada trimester tertentu.

Pemicu utama timbulnya nyeri punggung meliputi ekspansi uterus yang berjalan paralel dengan maturasi janin, perubahan postur tubuh, serta eskalasi massa total badan. Untuk mengukur tingkat keparahan keluhan ini, instrumen *Visual Analog Scale* (VAS) sering digunakan melalui tiga kriteria derajat nyeri:

1. **Derajat Ringan (Skala 1–3):** Nyeri bersifat ringan yang tidak sampai mengganggu fungsionalitas harian ibu.
2. **Derajat Sedang (Skala 4–7):** Nyeri tingkat menengah yang mulai mengganggu aktivitas sehari-hari, kendati ibu masih sanggup beraktivitas secara normal.
3. **Derajat Berat (Skala 8–10):** Nyeri intensitas tinggi yang membuat ibu kehilangan kemampuan beraktivitas dan mengharuskannya menjalani tirah baring (*bed rest*).



Gambar 2.1 Visual Analog Scale VAS

Sumber: minedacademy, 2023

Cara Menghitung Skala Nyeri Punggung dengan VAS:

1. Persiapan:

Siapkan kertas dengan garis horizontal sepanjang 10 cm. Di salah satu ujungnya tulis "tidak nyeri", dan di ujung lainnya tulis "nyeri terburuk yang bisa dibayangkan".

2. Penilaian:

Pasien diminta untuk menandai titik pada garis yang mewakili intensitas nyeri punggung yang dirasakannya saat ini.

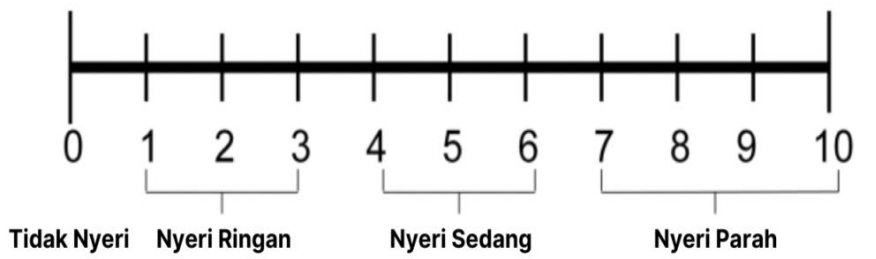
3. Pengukuran:

Setelah pasien menandai, gunakan penggaris untuk mengukur jarak antara titik yang ditandai dengan ujung "tidak nyeri".

4. Skor:

Jarak yang diukur (dalam milimeter) inilah yang menjadi skor nyeri punggung pasien dalam skala VAS.

Numerical Rating Scale (NRS)



Gambar 2.2 Skala Pengukuran Nyeri Dengan Numeric Rating Scale (NRS)

Ket:

- a) Skor 0 (Tidak Nyeri): Pasien tidak merasakan keluhan nyeri sama sekali.
- b) 1–3 (Nyeri Ringan): Secara objektif, pasien mampu berkomunikasi secara kooperatif dan menunjukkan gejala yang cenderung tidak kasat mata.
- c) 4–6 (Nyeri Sedang): Secara objektif, pasien mampu mengidentifikasi serta menunjukkan titik lokasi nyeri, menjelaskan karakteristik rasa sakitnya, serta dapat mengikuti instruksi dengan baik.
- d) 7–9 (Nyeri Berat): Secara objektif, pasien terkadang mengalami kesulitan dalam mengikuti instruksi namun masih memberikan respons terhadap tindakan medis, mampu menunjuk letak nyeri, tidak mampu merinci deskripsi rasa sakitnya, serta keluhan nyeri tidak mereda meskipun telah dilakukan perubahan posisi maupun teknik pernapasan panjang dan distraksi.
- e) 10 : Nyeri hebat : pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi.

Cara Menggunakan NRS:

Presentasikan Skala: Berikan skala numerik dari 0 hingga 10 kepada pasien.

Penjelasan Skala: Jelaskan bahwa 0 mewakili tidak ada nyeri dan 10 mewakili nyeri terburuk yang mungkin.

Pilih Angka : Mintalah pasien untuk memilih angka yang paling tergambar intensitas nyeri punggung yang mereka rasakan saat ini.

Catatan : Catat angka yang dipilih pasien sebagai skor NRS mereka

Untuk mengatasi hal tersebut ibu hamil dapat melakukan hal berikut:

- a) Lakukan senam hamil, peregangan otot ekstremitas bawah secara berkala, atau latihan senam Kegel guna memperkuat otot panggul.
- b) Topang bagian punggung dan abdomen menggunakan bantal ketika berbaring, serta selipkan bantal di antara kedua tungkai apabila tidur dengan posisi miring.
- c) Pertahankan posisi duduk tegak serta gunakan kursi ergonomis yang mampu memberikan sokongan optimal pada kolumna vertebralis.
- d) Kenakan alas kaki yang nyaman bersol datar atau berhak rendah demi menjaga kestabilan topangan pada punggung.
- e) Berikan kompres dingin menggunakan air es pada area yang terasa tidak nyaman.
- f) Batasi aktivitas berat seperti membungkuk secara berlebihan, mengangkat beban, serta berjalan dalam durasi yang terlalu lama.
- g) Waspadaai pula munculnya keluhan penyerta lain seperti sesak napas akibat desakan diafragma yang turut menyertai perubahan postur dan ekspansi rongga dada

Kesulitan bernapas atau dispnea seringkali menjadi keluhan fisik yang paling mengganggu selama trimester akhir kehamilan. Kondisi ini dipicu oleh ekspansi uterus yang semakin masif sehingga mendesak otot diafragma ke arah atas. Akibatnya, ibu hamil kerap merasakan sensasi hambatan atau kesulitan saat mengambil napas. Langkah-langkah penanganan mandiri yang dapat diterapkan untuk meredakan keluhan sesak napas meliputi:

- a. Mengatur posisi tidur dengan menyangga area kepala dan bahu menggunakan bantal tambahan guna melonggarkan rongga dada.
- b. Melakukan aktivitas fisik atau senam khusus ibu hamil secara teratur guna memperbaiki postur tubuh sekaligus memberikan ruang yang optimal bagi paru-paru untuk mengembang secara maksimal.

c. Rasa Lelah

Peningkatan massa tubuh serta pertumbuhan janin seringkali memicu rasa lelah yang lebih cepat pada ibu hamil. Guna mengatasi kondisi tersebut, beberapa langkah penanganan yang bisa diterapkan meliputi:

1. Menambah durasi istirahat serta membiasakan diri tidur lebih awal pada malam hari.
2. Mengonsumsi asupan bergizi secara rutin untuk mendongkrak energi sekaligus memenuhi kebutuhan nutrisi harian.
3. Rutin olahraga, seperti berjalan kaki, yoga.
4. Minum yang cukup untuk menghindari dehidrasi.
5. Dada terasa panas

Rasa panas didada disebabkan oleh perubahan hormon yang menyebabkan otot lambung menjadi rileks dan tertekannya lambung oleh rahim yang semakin membesar. Hal ini memicu isi dan asam lambung terdorong naik kekerongkongan sehingga menimbulkan keluhan berupa rasa panas atau terbakar di dada. Untuk menghindarinya ada beberapa langkah yang dapat dilakukan ibu hamil diantaranya:

- a. Teliti dalam memilih makanan, hindari makanan yang asam, pedas, berminyak, atau berlemak, dan batasi minuman berkafein.
- b. Makan dengan frekuensi lebih sering dengan porsi yang sedikit, jangan makan sambil berbaring atau mendekati waktu tidur.

2.1.4 Teknik Perawatan payudara

1. Kompres puting susu sampai bagian are-ola mammae dengan kapas yang telah dibasahi minyak selama 2-3 menit. Tahap ini bertujuan untuk memperlunak kotoran/kerak yang menempel pada puting susu sehingga mudah untuk dibersihkan.
2. Olesi ibu jari dan jari telunjuk dengan minyak
3. Jika puting susu normal, letakkan ibu jari dan jari telunjuk di sekitar puting susu. Lakukan gerakan memutar ke arah dalam sebanyak 30 kali putaran untuk meningkatkan elastisitas otot puting susu.

4. Jika puting susu datar atau masuk ke dalam, letakkan kedua jari telunjuk di sebelah kiri dan kanan puting susu. Secara perlahan, tekan dan hentakkan ke arah luar menjauhi puting susu sebanyak 20 kali.

2.1.5 Asuhan Pada Kehamilan

1. Pengertian Asuhan Kehamilan

Pelayanan asuhan kehamilan atau yang lazim dikenal sebagai *antenatal care* (ANC) diselenggarakan secara komprehensif guna mengoptimalkan status kesehatan fisik maupun psikologis ibu hamil. Tujuannya adalah mempersiapkan ibu agar siap menghadapi proses persalinan dan masa nifas, mampu memberikan air susu ibu (ASI) secara eksklusif, serta memastikan pemulihan fungsi organ reproduksi kembali normal secara optimal. (Kasmiati et al., 2023).

2. Tujuan Asuhan Kehamilan

- a. Memantau kondisi kesehatan ibu dan janin selama kehamilan nya.
- b. Mendeteksi secara dini komplikasi kehamilan, seperti anemia, preeklamsia.
- c. Meningkatkan kesehatan fisik dan mental ibu hamil.
- d. Memberikan pendidikan kesehatan (edukasi) kepada ibu.
- e. Mempersiapkan ibu menghadapi persalinan dan pemberian ASI Eksklusif dapat berjalan dengan baik.
- f. Meningkatkan peran serta keluarga dalam mendukung kehamilan
- g. Mencegah terjadinya komplikasi selama kehamilan, persalinan, dan nifas
- h. Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu serta bayi.
- i. Mempersiapkan ibu, suami, dan keluarga untuk berperan aktif dalam mendukung perkembangan dan pertumbuhan bayi secara maksimal (Suryani et al., 2023).

1. Jadwal Pemeriksaan Kehamilan

Salah satu hal yang mendorong pasien untuk mengikuti pemeriksaan kehamilan rutin sesuai rencana adalah tidak hanya sekedar menginformasikan status kesehatannya saja, namun bidan harus mendengarkan keluhan pasien, berempati dan memberikan pelayanan yang ramah dan baik. Komunikasi efektif yang baik akan menciptakan rasa nyaman, puas pada pasien, dimana pada akhirnya bisa berpengaruh terhadap kepatuhan pasien terhadap jadwal pemeriksaan kehamilan. Pemeriksaan kehamilan dilaksanakan minimal 6 kali yaitu 2 kali periksa ke dokter dan 4 kali periksa ke bidan, dengan rincian periksa ke dokter pada trimester 1 dan trimester 3, kemudian 4 kali pemeriksaan kebidan 1 kali di trimester 1, 2 kali di trimester 2, dan 1 kali di trimester 3 (Trisanti & Puspitasari, 2021).

2. Pelayanan Asuhan Standart Minimal “10T”

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Pemantauan massa tubuh dilakukan secara rutin pada setiap kunjungan antenatal guna mengidentifikasi potensi gangguan pada tumbuh kembang janin. Pada kondisi fisiologis, akumulasi penambahan berat badan ibu sejak trimester pertama hingga ketiga umumnya berkisar antara 9 hingga 13,9 kilogram, dengan laju kenaikan normal sekitar 0,4 hingga 0,5 kilogram per pekan terhitung mulai trimester kedua, atau di bawah 1 kilogram setiap bulannya yang disesuaikan dengan Indeks Massa Tubuh (IMT) awal maternal. Sementara itu, pengukuran tinggi badan ibu diagendakan pada kunjungan perdana, di mana postur tubuh dengan tinggi kurang dari 145 sentimeter dikategorikan sebagai faktor risiko tinggi obstetrik.

2. Ukur tekanan darah.

Pemeriksaan tensi darah yang wajib dilaksanakan pada tiap kunjungan antenatal menunjukkan rentang fisiologis normal antara 110/80 hingga 140/90 mmHg. Apabila hasil pengukuran melampaui ambang batas 140/90 mmHg, kondisi tersebut harus dicurigai sebagai indikasi awal terjadinya hipertensi dalam kehamilan, seperti preeklampsia atau hipertensi gestasional, yang memerlukan

evaluasi klinis lanjutan secara cermat, yang dilanjutkan dengan pemeriksaan protein urine untuk menegakkan diagnosa.

3. Ukur lingkar lengan atas/nilai status gizi

Deteksi dini Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil dilakukan melalui pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA) yang dijadwalkan pada kunjungan antenatal pertama. Seorang ibu hamil dikategorikan berisiko mengalami KEK apabila hasil pengukuran LiLA menunjukkan angka di bawah 23,5 cm, yang menandakan perlunya intervensi nutrisi komprehensif guna mencegah komplikasi pada ibu dan janin yang dapat beresiko bayi baru lahir rendah (BBLR). Pengukuran lingkar lengan kiri atas dilakukan dengan pita tidak elastis dengan tangan ditekuk lalu tentukan titik tengah antara pangkal bahu dan siku, dengan catatan pengukuran dilakukan pada lengan yang jarang melakukan aktivitas.

4. Ukur Tinggi Fundus Uteri

Pengukuran Tinggi fundus uteri (TFU) harus dilaksanakan setiap kali kunjungan, yang bertujuan untuk menghitung usia kehamilan. Pengukuran tinggi fundus uteri dapat dilakukan jika usia kehamilan kurang lebih dari 20 minggu, kemudian dilanjutkan secara berkala untuk mendeteksi apakah ada masalah pertumbuhan pada janin. Hasil pengukuran TFU dapat dikatakan normal jika usia kehamilan dalam minggu kurang lebih 2 cm sama dengan usia kehamilan.



Gambar 2.3 Tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan

5. Pemberian Imunisasi TT

Imunisasi Tetanus Toxoid dilakukan untuk memberikan kekebalan terhadap ibu maupun bayi (Tetanus Neonatorum), yang dapat terjadi jika proses persalinan tidak menerapkan persalinan yang bersih. sedangkan pada buku acuan midwifery update pada kunjungan pertama ANC skrining imunisasi TT pada ibu hamil dilakukan jika diperlukan.

Status Imunisasi	Interval Minimal Pemberian	Masa Perlindungan
T1	-	-
T2	4 minggu setelah T1	3 tahun
T3	6 bulan setelah T2	5 tahun
T4	1 tahun setelah T3	10 tahun
T5	1 tahun setelah T4	Lebih dari 25 tahun

Tabel 2.1 status imunisasi Tetanus Toxoid

Sumber: (IDAI, 2024)

6. Pemberian Tablet Fe selama kehamilan

Suplementasi pencegahan anemia pada ibu hamil diformulasikan melalui pemberian tablet tambah darah yang masing-masing mengandung 60 mg zat besi elemental serta 400 mcg asam folat. Regimen standar mewajibkan distribusi minimal 90 tablet sepanjang masa gestasi dengan takaran 1 tablet per hari. Khusus bagi ibu hamil yang teridentifikasi menderita anemia, dosis terapi dinaikkan menjadi 2 tablet per hari hingga konsentrasi hemoglobin kembali mencapai ambang normal, sebelum akhirnya diturunkan kembali ke dosis pemeliharaan preventif.

7. Periksa tes laboratorium

Pemeriksaan laboratorium antenatal dijalankan secara rutin maupun berdasarkan indikasi medis tertentu untuk memantau kesehatan maternal dan janin. Prosedur penapisan ini mencakup pemeriksaan kadar hemoglobin pada trimester pertama dan ketiga guna mendeteksi risiko anemia, serta penentuan golongan darah untuk mempersiapkan calon pendonor yang kompatibel guna mengantisipasi kondisi darurat. Selain itu, rangkaian pemeriksaan penunjang lainnya meliputi pemeriksaan protein urin untuk mendeteksi indikasi

preeklampsia, pemeriksaan gula darah untuk menyaring diabetes gestasional, serta tes penapisan infeksi seperti HIV, tuberkulosis (BTA), dan sifilis demi mencegah penularan dari ibu ke janin.

8. Pelaksanaan temu wicara

Pada setiap sesi pemeriksaan kehamilan (ANC), bidan berkewajiban menyelenggarakan kegiatan komunikasi dan konseling yang disesuaikan secara spesifik dengan hasil diagnosis serta kendala yang dihadapi pasien.

9. Tatalaksana kasus

Penetapan diagnosis dilakukan setelah pengkajian dan pemeriksaan lengkap, setiap permasalahan yang dilakukan ditata laksanakan sesuai dengan standar kebidanan.

10. Teknik Pemeriksaan Palpasi

Pemeriksaan palpasi abdomen merupakan metode diagnostik raba yang esensial untuk mengidentifikasi letak, posisi, serta presentasi janin di dalam rongga rahim, sekaligus memperkirakan usia kehamilan melalui pengukuran tinggi fundus uteri. Prosedur klinis ini secara sistematis terbagi menjadi empat tahapan utama. Manuver Leopold I bertujuan untuk menilai tinggi fundus uteri serta mengenali bagian janin yang berada di bagian atas rahim, baik kepala maupun bokong. Selanjutnya, pemeriksaan Leopold II dilakukan untuk menentukan batas samping guna memastikan letak punggung janin berada di sisi kanan atau kiri perut ibu. Tahap ketiga atau Leopold III berfungsi untuk mengidentifikasi bagian terbawah janin yang berada di segmen bawah rahim serta menilai apakah bagian tersebut sudah memasuki pintu atas panggul. Terakhir, pemeriksaan Leopold IV digunakan untuk mengonfirmasi seberapa jauh bagian terbawah janin telah masuk ke dalam rongga panggul.

a. Leopold I

Pemeriksaan menghadap kearah wajah ibu hamil, menentukan tinggi fundus uteri ibu dan menentukan bagian apa yang terdapat pada fundus (biasanya normal yang teraba di fundus adalah bokong).



Gambar 2.4 Pemeriksaan leopold I

Sumber: (Susanty, 2025)

b. Leopold II

Menentukan bagian apa yang terdapat pada sisi kiri dan kanan abdomen ibu, biasanya teraba adalah bagian punggung dan bagian kiri partikel kecil janin (ekstremitas).(Hamil, 2024)

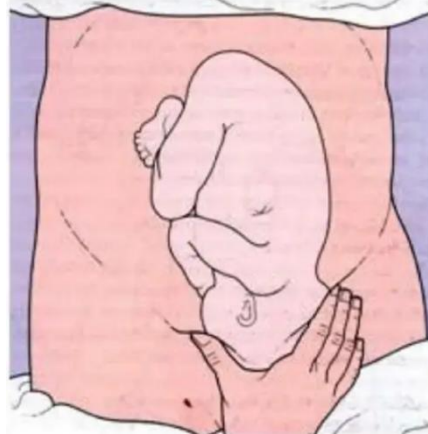


Gambar 2.5 Pemeriksaan leopold II

Sumber: (Susanty, 2025)

c. Leopold III

Menentukan bagian terbawah janin, apakah sudah masuk PAP (divergen) atau jika masih bisa digerakkan/ belum masuk PAP (konvergen).(Hamil, 2024)



Gambar 2.6 Pemeriksaan leopold III

Sumber: (Susanty, 2025)

d. Leopold IV

Pemeriksa menghadap ke kaki ibu hamil, dan seberapa jauh janin sudah masuk PAP.



Gambar 2.7 pemeriksaan leopold IV

Sumber: (Susanty, 2025)

3. Tanda bahaya pada kehamilan

a. Perdarahan Pervaginam

Pada akhir kehamilan perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang tidak disertai dengan rasa nyeri. Perdarahan seperti ini berarti plasenta previa. Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat yang tidak seharusnya/abnormal yaitu segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri interna.

b. sakit kepala yang berat

Sakit kepala pada kehamilan adalah kondisi dimana ibu hamil merasakan nyeri atau rasa tidak nyaman di bagian kepala, yang muncul akibat perubahan yang terjadi di dalam tubuh selama masa kehamilan, baik secara fisik, hormonal, maupun emosional. sakit kepala pada kehamilan tidak boleh dianggap sepele. Jika nyeri yang dirasakan sangat berat, terus-menerus, atau disertai gejala lain seperti pandangan kabur, bengkak pada wajah dan tangan, mual hebat, atau tekanan darah tinggi, maka kondisi ini bisa menjadi tanda bahaya, seperti preeklamsia. Dalam keadaan seperti ini, ibu hamil harus segera memeriksakan diri ke tenaga kesehatan.

c. Penglihatan Kabur

Penglihatan kabur yang parah dapat memicu edema serta peningkatan resistensi serebral yang berdampak langsung pada sistem saraf pusat, sehingga berpotensi memicu manifestasi serebral berupa nyeri kepala berat, kejang, hingga gangguan visual yang nyata. Lebih lanjut, perubahan atau penurunan ketajaman penglihatan ini patut diwaspadai sebagai salah satu tanda klinis penting dari preeklampsia.

d. Bengkak di muka atau di wajah

Edema fisiologis pada ekstremitas bawah dialami oleh hampir separuh ibu hamil, umumnya timbul pada sore hari dan dapat mereda setelah beristirahat atau memposisikan kaki lebih tinggi. Kendati demikian, pembengkakan patut

diwaspadai sebagai indikasi preeklampsia apabila edema menyebar ke area wajah dan tangan, menetap meskipun sudah beristirahat, serta disertai dengan keluhan klinis penyerta lainnya.

e. Kurang Bergerak Seperti Biasa Gerakan

Penurunan frekuensi atau ketiadaan gerakan janin—yakni kurang dari tiga kali dalam rentang waktu satu jam—merupakan kondisi kegawatdaruratan obstetrik yang harus segera diwaspadai. Sensasi gerakan janin sendiri biasanya mulai dirasakan oleh ibu pada bulan kelima atau keenam kehamilan. Apabila janin tidak menunjukkan pergerakan sebagaimana mestinya atau kehilangan tanda-tanda kehidupan di dalam uterus, kondisi tersebut dikenal sebagai *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD).

f. Pengeluaran Cairan Pervaginam (Ketuban Pecah Dini)

Rupturnya membran amnion atau pecahnya ketuban pada kehamilan cukup bulan (*at term*) yang dibarengi dengan munculnya inpartu atau tanda-tanda persalinan merupakan suatu proses yang fisiologis. Sebaliknya, apabila selaput ketuban pecah mendahului timbulnya tanda-tanda persalinan dan dibiarkan selama satu jam tanpa adanya permulaan kontraksi atau tanda persalinan aktif, kondisi klinis tersebut diklasifikasikan sebagai Ketuban Pecah Dini (KPD). (D. Anggraini et al., 2022).

4. Perubahan Berat badan dan IMT (Indeks Masa Tubuh)

Perubahan berat badan merupakan suatu keniscayaan selama masa kehamilan yang berjalan secara progresif seiring dengan perkembangan usia gestasi. Akumulasi penambahan massa tubuh maternal ini bersumber dari pertumbuhan uterus, janin, plasenta, cairan amnion, kelenjar mammae, peningkatan volume darah, serta ekspansi cairan ekstraseluler, di mana secara keseluruhan berat badan diperkirakan bertambah sekitar 12,5 kilogram. Adapun kisaran ideal peningkatan berat badan tersebut perlu disesuaikan dengan Indeks Massa Tubuh (IMT) awal sebelum hamil, yang dibagi menjadi beberapa kategori: bagi ibu dengan berat badan kurang ($IMT < 18,5 \text{ kg/m}^2$) disarankan mengalami kenaikan 12,5 hingga 18 kg; untuk kategori berat badan normal ($IMT 18,5 - 24,9 \text{ kg/m}^2$) dianjurkan naik 11,5 hingga 16 kg;

ibu dengan kategori berat badan berlebih (IMT 25 - 29,9 kg/m²) disarankan menambah 7 hingga 11,5 kg; sedangkan bagi ibu dengan kategori obesitas (IMT $\geq$ 30 kg/m²) direkomendasikan batasan kenaikan berat badan total yang lebih rendah, yakni sekitar 5 hingga 9 kg (Nurliawati & Hersoni, 2024).

Tabel 2.2 Rekomendasi peningkatan berat badan ibu hamil

IMT sebelum hamil	Total penambahan berat badan (kg)
Berat badan kurang(<18,5 kg/m ²)	12,5-18
Normal (18,5-24,9 kg/m ²)	11,5-16
Berat badan berlebih (25-29,9 kg/m ²)	7-11,5
Obesitas ($\geq$ 30 kg/m ²)	5-9

1.2 Persalinan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Proses persalinan diklasifikasikan sebagai serangkaian mekanisme alamiah pengeluaran hasil konsepsi—yang mencakup janin, plasenta, serta selaput ketuban—dari dalam rongga rahim saat kehamilan telah mencapai usia cukup bulan, tanpa diiringi oleh adanya komplikasi atau penyulit klinis atau komplikasi. Keberhasilan serta kelancaran proses ini sangat bergantung pada kompetensi, kesiapan mental, serta keterampilan teknis dari tenaga penolong persalinan dalam memberikan rasa aman dan nyaman bagi ibu. (Khoiriyah, 2021).

Persalinan didefinisikan sebagai prosedur pengeluaran produk konsepsi yang terdiri atas janin dan plasenta, di mana usia kehamilan telah mencapai cukup bulan atau telah mampu bertahan hidup di luar uterus, baik melalui jalur lahir alami maupun metode operatif lain, dengan ataupun tanpa intervensi penolong. Rangkaian fisiologis ini diawali oleh awitan kontraksi uterus yang sesungguhnya—yang ditunjukkan lewat modifikasi serviks secara progresif—dan tuntas sepenuhnya setelah seluruh proses pelepasan serta lahirnya plasenta selesai. (Bahar, 2024).

Persalinan normal merupakan suatu proses alamiah yang terjadi pada seorang perempuan. Pada proses persalinan sangat rentan Timbulnya berbagai hambatan atau penyulit patologis saat proses melahirkan mengancam keselamatan ibu dan bayi secara nyata, sekaligus memegang peranan besar sebagai pemicu utama tingginya angka kematian ibu (*maternal mortality*). (Mutmainnah et al., 2021).

2. Tanda – Tanda Persalinan

1. Kontraksi / HIS

Karakteristik kontraksi uterus yang menandai persalinan sejati meliputi nyeri melingkar yang berawal dari bagian punggung dan memancar ke area abdomen depan dengan sensasi rasa sakit yang konsisten menjalar ke depan. Sifat kontraksi ini teratur, di mana interval waktunya semakin lama semakin singkat sementara intensitas kekuatannya terus meningkat. Aktivitas fisik yang dilakukan ibu juga turut memperkuat kontraksi yang terjadi. Frekuensi minimal kontraksi adalah dua kali dalam sepuluh menit, yang terbukti memicu perubahan anatomis berupa pendataran, penipisan, serta pembukaan serviks, dan biasanya disertai dengan keluarnya *show* berupa lendir bercampur darah sebagai tanda awal dimulainya proses persalinan

2. Penipisan dan pembukaan servix

Proses penipisan serta pembukaan serviks umumnya diawali dengan keluarnya lendir yang bercampur darah sebagai indikator awal persalinan

3. Bloody Show (lendir disertai darah dari jalan lahir)

Proses penipisan dan pembukaan serviks memicu keluarnya lendir dari kanalis servikalis yang bercampur dengan sedikit darah. Kondisi perdarahan ringan tersebut timbul akibat terlepasnya membran ketuban di area inferior segmen bawah rahim, yang kemudian memutus sejumlah kapiler darah kecil. (Rosa, 2022).

4. Aktor-faktor yang memengaruhi persalinan.

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi persalinan Antara lain :

1. Passenger

Passenger memegang peranan krusial dalam proses persalinan, yang mencakup aspek sikap, letak, serta bagian terendah janin. Sikap janin merefleksikan korelasi antara berbagai bagian tubuh janin terhadap poros tubuhnya sendiri, seperti derajat fleksi pada bagian kepala, ekstremitas atas, dan bawah. Aspek letak janin meliputi posisi memanjang (seperti letak belakang kepala atau sungsang), letak melintang, maupun letak miring (oblik). Sementara itu, bagian terbawah merujuk pada identifikasi anatomi janin yang berada pada posisi paling inferior atau paling dekat dengan jalan lahir.

2. Passage

Faktor jalan lahir (*passage*) dalam persalinan berkaitan erat dengan kondisi fungsional segmen atas serta segmen bawah uterus. Segmen atas uterus berperan aktif melalui aktivitas kontraksi serta penebalan dinding yang progresif seiring kemajuan proses persalinan. Sebaliknya, segmen bawah rahim berfungsi secara pasif dan mengalami penipisan akibat proses peregangan yang terus berlanjut. Secara anatomis, jalan lahir tersusun atas struktur panggul (*pelvis*) serta komponen jaringan lunak yang meliputi serviks, otot dasar panggul, vagina, hingga bagian introitus. Meskipun otot-otot dasar panggul turut memfasilitasi jalannya kelahiran bayi, struktur tulang panggul ibu tetap memegang kontribusi yang paling dominan

3. Power

Kekuatan mengejan atau kontraksi rahim (*his*) merupakan salah satu tenaga utama ibu yang berfungsi memicu dilatasi serviks serta mengarahkan janin ke arah inferior. Ketika intensitas kontraksi telah memadai pada kasus presentasi kepala, bagian kepala janin akan terdorong turun dan memasuki rongga pelvis. Proses ini didukung oleh kombinasi aktivitas otot uterus yang bekerja secara involunter (tidak disadari) sekaligus volunteer (disadari) secara simultan

4. Penolong

Penolong persalinan baik bidan ataupun dokter dituntut untuk memiliki kompetensi yang baik dalam pertolongan persalinan. Kompetensi ini sangat bermanfaat dalam proses persalinan terutama Upaya pencegahan terhadap risiko kematian maternal dan neonatal sangat bergantung pada penguasaan wawasan yang mendalam serta keterampilan klinis yang mumpuni kecil kemungkinan akan terjadi kesalahan atau malpraktik dalam pemberian asuhan persalinan.

5. Psikologis

Proses persalinan adalah masa-masa yang paling dinantikan oleh ibu dan keluarga karena akan segera bertemu dengan bayinya yang telah dikandung selama kurang lebih 40 minggu. Meskipun demikian masa-masa ini juga merupakan masa yang menegangkan dan mencemaskan bagi Ibu dan juga keluarga karena kekhawatiran terhadap bagaimana kondisi bayi saat lahir apakah bayi lahir normal atau bayi malah memiliki kelainan, bagaimana kondisi Ibu saat melahirkan apakah ibu akan baik-baik saja saat proses persalinan atau bahkan Ibu akan mengalami komplikasi yang tidak terduga.

Mekanisme Persalinan

1. Engagement

Proses *engagement* (masuknya bagian terendah janin ke Masuknya bagian terbawah janin ke dalam rongga panggul—khususnya area pintu atas panggul—umumnya mulai berlangsung pada rentang bulan-bulan akhir masa kehamilan, terutama pada perempuan yang mengandung untuk pertama kalinya. primigravida, sedangkan pada multigravida baru berlangsung saat awal persalinan. Peristiwa ini merujuk pada kondisi ketika diameter biparetal melintasi Bagian terbawah janin masuk ke dalam pintu atas panggul dengan posisi sutura sagitalis yang sejajar secara melintang atau oblik terhadap jalan lahir, diiringi oleh adanya fleksi kepala yang ringan.

Hambatan masuknya kepala dapat timbul apabila posisi sutura sagitalis berada dalam arah anteroposterior. Apabila kepala melewati pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang dan ketinggian tulang parietal kanan serta kiri sejajar, kondisi ini dikenal sebagai sinklitismus.

Namun, jika letak sutura sagitalis lebih mendekati promontorium atau simfisis, keadaan tersebut disebut sebagai asinklitis.

Pergerakan ini umumnya dimulai sebelum fase *inpartu*, di mana Proses turunya bagian terendah janin berlangsung secara simultan bersamaan dengan mekanisme persalinan lainnya, yang digerakkan dan didukung oleh sejumlah tenaga penggerak utama, yaitu:

1. Tekanan hidrostatik cairan amnion yang mendistribusikan tenaga secara merata ke dalam rongga rahim.
2. Dorongan langsung dari fundus uterus yang menekan bagian bokong janin ke arah inferior.
3. Kontraksi otot-otot dinding perut ibu yang memperkuat daya dorong saat fase mengejan.
4. Proses ekstensi serta pelurusan sumbu tubuh atau tulang belakang janin yang turut membantu menekan tubuhnya bergerak turun.

2. Descent

Ataupun penurunan disini terjadi asinklitis anterior dimana sutura sagitalis mendekati promontorium, kemudian kepala akan semakin turun karena ada kontraksi, disini terjadi penurunan kepala mendekati simfisis yang disebut dengan asinklitis posterior, nah kemudian kepala semakin turun kebawah.

3. Fleksi

- a) Gerakan fleksi terstimulasi akibat dorongan maju pada tubuh janin yang tertahan oleh tahanan dari serviks, dinding panggul, maupun struktur dasar panggul.
- b) Melalui mekanisme fleksi ini, ukuran diameter kepala janin mengalami perubahan dari dimensi oksipito-frontalis sepanjang 12 cm menjadi suboksipito-bregmatika yang lebih kecil yaitu 9 cm.

- c) Posisi anatomi dagu mengalami pergeseran mendekati area dada janin.
- d) Berdasarkan pemeriksaan dalam (*vaginal toucher*), area ubun-ubun kecil menjadi jauh lebih mudah diidentifikasi dan teraba dibandingkan ubun-ubun besar.

4. Rotasi dalam (putaran paksi dalam)

Rotasi internal atau putar paksi dalam adalah mekanisme perputaran posisi bagian terendah janin menuju arah anterior sampai tiba di bawah simfisis pubis. Khususnya pada presentasi belakang kepala dengan ubun-ubun kecil sebagai titik penunjuk, struktur ini berputar ke depan hingga tepat berada di bawah simfisis. Penyesuaian posisional ini krusial agar konfigurasi kepala janin beradaptasi secara harmonis dengan kontur panggul, terutama di area bidang tengah dan pintu bawah panggul. Proses rotasi internal berlangsung secara simultan bersamaan dengan majunya kepala, yang biasanya dimulai setelah melewati bidang Hodge III (sejajar dengan spina iskiadika) atau ketika telah mencapai dasar panggul. Melalui pemeriksaan dalam (*vaginal toucher*), posisi ubun-ubun kecil tersebut akan terdeteksi mengarah ke posisi jam 12.

5. Ekstensi

Setelah putaran paksi internal selesai sepenuhnya dan kepala janin berada di dasar panggul, terjadilah gerakan ekstensi atau defleksi kepala. Proses ini didorong oleh arah sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul yang mengarah ke depan atas, sehingga kepala terpaksa mendongak ke atas saat melewati perineum wajib berekstensi agar dapat melewatinya. Pada fase tersebut, kepala janin mendapat dua gaya yang berlawanan: satu tenaga mendesaknya ke arah inferior, sementara gaya lainnya berasal dari tahanan dasar panggul yang menolaknya ke arah superior.

Begitu bagian suboksiput tertahan rapat pada tepi inferior simfisis, bagian di hadapannya akan terdorong maju oleh tenaga kontraksi tersebut.

Melalui manuver ekstensi ini, struktur anatomis kepala bayi tersembul keluar secara berurutan melewati batas superior perineum, dimulai dari area ubun-ubun besar, dahi, hidung, rongga mulut, hingga akhirnya dagu lahir sepenuhnya. Seluruh rangkaian proses pelepasan kepala tersebut berporos pada titik tumpu atau pusat rotasi yang dinamakan *hypomochlion* pada area suboksiput.

6. Rotasi luar (putaran paksi luar) Putar paksi luar atau rotasi eksternal merupakan gerakan memutar kembali ubun-ubun kecil ke arah punggung janin, sehingga bagian belakang kepala sejajar dengan tuber ischiadikum kanan atau kiri, sedangkan wajah janin mengarah ke salah satu paha ibu. Arah perputaran ini mengikuti posisi awal ubun-ubun kecil, baik ke sisi kiri maupun kanan. Gerakan penyesuaian ini bertujuan menyelaraskan diameter biakromial atau lebar bahu janin agar sejajar dengan diameter anteroposterior di pintu bawah panggul, yang menempatkan satu bahu di sisi anterior belakang simfisis dan bahu lainnya di sisi posterior belakang perineum.

7. Ekspulsi

Selepas proses putar paksi luar, bahu bagian anterior mengambil peran sebagai *hypomochlion* atau titik tumpu guna memfasilitasi keluarnya bahu posterior. Begitu kedua bahu berhasil dilahirkan, proses berlanjut dengan keluarnya trokanter depan serta belakang hingga seluruh tubuh janin keluar sepenuhnya. Rangkaian mekanisme keluarnya bahu anterior, bahu posterior, dan keseluruhan anggota tubuh ini menandai fase akhir dari proses persalinan pervaginam. (Astuti et al., 2024).

3.2.1 Kala Persalinan

1. Kala I (pembukaan jalan lahir)

Kala I persalinan diawali dengan kemunculan kontraksi uterus yang ritmis dan berakhir saat pembukaan serviks telah mencapai lengkap 10 cm. Durasi fase ini umumnya memakan waktu sekitar 13 jam pada ibu primipara, sementara pada

multipara berlangsung lebih singkat yaitu sekitar 7 jam. Secara garis besar, Kala I terbagi ke dalam dua tahapan utama:

- a. Fase laten merupakan periode awal persalinan yang ditandai dengan mulainya kontraksi progresif hingga pembukaan serviks mencapai 3 sampai 4 cm, dengan estimasi durasi sekitar 7 hingga 8 jam serta penurunan bagian terendah janin yang masih berlangsung lambat atau belum terlihat.
- b. Fase aktif pada primigravida terpecah menjadi tiga subfase, yakni fase akselerasi selama 2 jam dari pembukaan 3 ke 4 cm, fase dilatasi maksimal yang melaju cepat dalam 2 jam saat pembukaan melonjak dari 4 ke 9 cm, serta fase deselerasi yang melambat selama 2 jam hingga pembukaan lengkap; seluruh rangkaian tahapan ini umumnya berlangsung lebih singkat pada ibu multigravida.

2. Kala II (pengeluaran)

Kala II persalinan merupakan fase pengeluaran bayi di mana frekuensi dan intensitas kontraksi uterus semakin meningkat, menjadi setiap 2 hingga 3 menit sekali. Masuknya kepala janin ke dalam panggul secara refleks memicu dorongan kuat bagi ibu untuk mengejan, disertai sensasi tekanan pada area rektum yang menyerupai keinginan buang air besar, penonjolan pada perineum, serta terbukanya labia. Durasi dan batasan waktu pada tahap ini bervariasi tergantung pada status paritas ibu, di mana penggunaan anestesi blok epidural dapat memperpanjang durasi Kala II akibat hilangnya refleks mengejan alami. Pada ibu primigravida, tahapan ini umumnya memerlukan waktu sekitar 25 hingga 57 menit.

3. Kala III (kala uri)

Kala III persalinan mencakup rentang waktu sejak lahirnya bayi hingga pelepasan dan keluarnya plasenta. Sesaat setelah bayi lahir, rahim akan berkontraksi kuat sehingga teraba keras dengan posisi fundus uteri berada di atas tingkat umbilikus. Berselang beberapa menit kemudian, uterus kembali berkontraksi guna melepaskan plasenta dari dinding rahim. Proses pelepasan plasenta ini umumnya berlangsung dalam kurun waktu 6 hingga 15 menit setelah bayi lahir, yang kemudian dikeluarkan secara spontan maupun dibantu tekanan

pada fundus uteri. Pada tahap tersebut, manipulasi ringan berupa teknik *Credé* dapat diterapkan di atas puncak rahim guna mempermudah proses ekspulsi plasenta. Pemeriksaan fisik terhadap struktur plasenta juga harus dilakukan secara teliti guna mencegah gangguan kontraksi rahim lanjutan atau risiko perdarahan sekunder.

4. Kala IV (2 jam setelah melahirkan)

Kala IV persalinan mencakup rentang waktu dua jam pertama setelah plasenta dilahirkan, yang berfungsi sebagai masa pemulihan kritis bilamana proses homeostasis tercapai dengan optimal. Pada fase ini, peningkatan tonus otot uterus memicu penjepitan pembuluh darah guna menghentikan risiko perdarahan pascapersalinan. Pengawasan intensif terhadap tanda-tanda vital ibu, tingkat kekakuan kontraksi rahim, serta jumlah volume perdarahan wajib dilakukan secara berkala selama dua jam pertama tersebut, yang seringkali dibarengi dengan tindakan penjahitan luka *episiotomi* jika diperlukan. Apabila seluruh parameter klinis menunjukkan kondisi yang stabil setelah periode dua jam ini berakhir, ibu beserta bayinya dapat dipindahkan ke ruang perawatan pemulihan.

3.2.2 Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan utama dari persalinan normal adalah mengamankan kelangsungan hidup serta mengoptimalkan derajat kesehatan ibu dan bayi melalui pendekatan yang komprehensif dan terintegrasi. Hal ini dicapai lewat penerapan intervensi yang sesedikit mungkin demi mempertahankan standar keamanan serta mutu layanan pada tingkat yang ideal. Dengan mengandalkan prinsip dasar tersebut, setiap tindakan atau intervensi klinis yang diterapkan dalam Asuhan Persalinan Normal (APN) senantiasa berorientasi pada prinsip sayang ibu dan bayi, meminimalkan risiko komplikasi iatrogenik, serta menghormati proses fisiologis persalinan secara alamiah. (Mutmainnah et al., 2021).

3.2.3 Lima Benang Merah Dalam Asuhan Persalinan

1. Membuat Keputusan Klinik

Proses pengambilan keputusan klinis memegang peranan krusial dalam merumuskan solusi atas permasalahan medis sekaligus menetapkan bentuk asuhan yang paling tepat bagi pasien. Keputusan yang diambil dituntut agar akurat, komprehensif, serta menjamin aspek keamanan bagi pasien, keluarga, maupun tenaga kesehatan pemberi layanan. Secara esensial, pembuatan keputusan klinis merupakan serangkaian metode sistematis yang memadukan informasi dari proses berpikir kognitif dan intuitif, landasan kajian teoritis, serta intervensi berbasis bukti (*evidence-based*). Kombinasi ini dikembangkan melalui tahapan yang logis guna menyelesaikan masalah kesehatan secara efektif dengan senantiasa berfokus pada kebutuhan pasien. Keseluruhan rangkaian upaya tersebut bermuara pada kualitas kinerja serta perilaku profesional tenaga pemberi asuhan dalam mengimplementasikan ilmu dan kompetensinya kepada pasien. Penguasaan pengetahuan dan keterampilan teknis semata belum mampu menjamin tercapainya hasil pelayanan yang optimal, bermutu tinggi, dan sesuai dengan ekspektasi pasien tanpa diiringi oleh penerapan etika serta perilaku profesional yang luhur. Pengumpulan informasi primer yang akurat serta esensial guna merumuskan landasan pengambilan keputusan klinis. Seluruh pihak yang terlibat memegang peranan krusial dalam setiap tahapan pengambilan keputusan klinik, yang diawali dengan pengumpulan data subjektif melalui anamnesis mendalam serta data objektif dari rangkaian pemeriksaan fisik yang terfokus dan sistematis. Validitas dan keakuratan data ini sangat menentukan kualitas analisis tenaga pemberi asuhan guna merumuskan keputusan klinik yang presisi, di mana data subjektif sendiri mencakup informasi yang disampaikan secara langsung oleh ibu mengenai:

- a. Pengumpulan data subjektif mencakup segala keluhan, pengalaman, serta kondisi yang dirasakan dan dialami oleh pasien secara langsung, ditambah dengan informasi pendukung dari keluarga terdekat mengenai status kesehatan ibu guna menelusuri potensi penyebab masalah atau tanda kegawatan.
- b. Interpretasi data dan identifikasi masalah dilakukan secara kontinu melalui analisis yang berkesinambungan terhadap temuan subjektif dan objektif, yang

kemudian dirumuskan menjadi diagnosis spesifik kebidanan berdasarkan nomenklatur resmi dengan spektrum kondisi dari normal hingga patologis.

c. Penetapan diagnosis kerja serta perumusan masalah melibatkan proses penentuan pilihan definitif di antara berbagai diagnosis banding, di mana rumusan masalah tersebut dapat berkaitan langsung maupun tidak langsung dengan diagnosis kerja serta faktor-faktor penyerta lainnya.

d. Penilaian kebutuhan dan kesiapan intervensi menuntut kepekaan klinis serta pemahaman kultural bidan agar mampu mendeteksi secara dini situasi yang mengancam keselamatan jiwa ibu dan bayi serta sigap melakukan tindakan penyelamatan darurat.

e. Penyusunan rencana asuhan atau intervensi diarahkan pada kesiapan menghadapi persalinan dan antisipasi komplikasi (*birth preparedness and complication readiness*) guna memastikan deteksi dini terhadap segala potensi penyulit.

f. Pelaksanaan intervensi terpilih didasarkan pada kajian komprehensif data subjektif dan objektif, identifikasi kebutuhan, serta pengukuran sumber daya yang tersedia untuk melindungi keselamatan, kenyamanan, dan hasil pelayanan ibu serta bayi.

g. Evaluasi efektivitas asuhan dilakukan secara berkala terhadap seluruh rangkaian proses penatalaksanaan; apabila intervensi belum memberikan hasil yang diharapkan, maka wajib dilakukan pengkajian ulang serta penyusunan kembali rencana asuhan hingga tercapai dampak yang optimal.

2. Asuhan sayang Ibu Asuhan

Asuhan sayang ibu merupakan bentuk pelayanan yang menjunjung tinggi nilai budaya, keyakinan, serta preferensi personal ibu, dengan prinsip utama melibatkan keikutsertaan suami dan keluarga mendampingi seluruh proses

persalinan. Penerapan prinsip ini diwujudkan melalui serangkaian tindakan berikut:

- a. Menyapa ibu menggunakan nama panggilannya serta memperlakukannya secara terhormat sesuai martabat kemanusiaannya.
- b. Memberikan penjelasan transparan mengenai tahapan serta rencana asuhan medis yang akan diberikan.
- c. Mengedukasi ibu beserta keluarga terkait dinamika dan proses persalinan yang sedang dihadapi.
- d. Memotivasi ibu agar aktif bertanya serta mengungkapkan segala bentuk kecemasan atau ketakutan yang dirasakan.
- e. Menyimak dengan seksama dan merespons setiap ketakutan maupun kekhawatiran yang disampaikan oleh ibu.
- f. Menyalurkan dukungan moral, membesarkan hati, serta memberikan ketenangan bagi ibu dan anggota keluarganya.
- g. Menganjurkan agar ibu senantiasa didampingi oleh suami atau kerabat terdekat selama proses persalinan berlangsung.
- h. Mengedukasi suami dan anggota keluarga mengenai teknik-teknik pengurangan nyeri serta bentuk dukungan emosional yang efektif menjelang proses persalinan.
- i. Menerapkan praktik pencegahan infeksi secara konsisten dan ketat di setiap tindakan pelayanan.
- j. Menjaga dan menghormati privasi ibu secara penuh selama proses perawatan berlangsung.
- k. Menganjurkan ibu untuk mencoba berbagai variasi posisi persalinan yang nyaman dan fisiologis.
- l. Memotivasi ibu untuk tetap mengonsumsi makanan dan cairan guna menjaga tenaga selama proses persalinan.
- m. Menghormati dan memperbolehkan praktik tradisional yang aman serta tidak memberikan dampak merugikan bagi kesehatan pasien.

- n. Menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin setelah lahir guna membangun ikatan emosional.
- o. Mendampingi dan membantu ibu memulai proses pemberian ASI eksklusif dalam rentang waktu satu jam pertama pascapersalinan.
- p. Menyusun rencana rujukan secara antisipatif sebagai langkah kesiapsiagaan menghadapi kemungkinan kegawatdaruratan.
- q. Mempersiapkan segala aspek persalinan dan kelahiran bayi secara komprehensif, termasuk ketersediaan bahan serta alat yang dibutuhkan.

1. Praktek Pencegahan infeksi Tindakan

Penerapan prinsip pencegahan infeksi merupakan bagian yang terintegrasi penuh dalam seluruh komponen asuhan persalinan dan kelahiran bayi, yang wajib dipersiapkan secara komprehensif guna melindungi keselamatan ibu, bayi, keluarga, maupun tenaga kesehatan. Oleh karena itu, standar tata laksana asuhan persalinan yang optimal harus selalu berlandaskan pada prosedur pencegahan infeksi yang ketat. Prosedur pencegahan infeksi didefinisikan sebagai rangkaian tindakan sistematis dan terstandar—yang mencakup teknik aseptik, sterilisasi, desinfeksi tingkat tinggi, pengelolaan limbah medis, serta penggunaan alat pelindung diri secara tepat—yang dirancang khusus untuk meminimalkan atau menghilangkan risiko transmisi mikroorganisme patogen di lingkungan pelayanan kesehatan.

- a. Tindakan aseptik (asepsis) mencakup seluruh upaya pencegahan masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh yang berpotensi memicu infeksi, di mana teknik ini berfungsi meningkatkan keamanan bagi ibu, bayi baru lahir, serta tenaga kesehatan melalui penurunan jumlah atau eliminasi total mikroorganisme pada permukaan kulit dan jaringan hingga mencapai tingkat aman.
- b. Antisepsis merujuk pada metode pencegahan infeksi yang dilakukan dengan cara mematikan atau menekan laju pertumbuhan mikroorganisme pada jaringan kulit maupun area tubuh lainnya.

- c. Dekontaminasi merupakan langkah awal penanganan agar petugas kesehatan dapat mengelola berbagai benda yang terpapar darah atau cairan tubuh secara aman, di mana instrumen medis, peralatan, dan jaringan harus segera didekontaminasi begitu selesai terpapar.
- d. Proses pencucian dan pembilasan dikerjakan untuk membersihkan serta menyingkirkan seluruh sisa noda darah, cairan tubuh, maupun berbagai benda asing yang melekat pada permukaan objek.
- e. Desinfeksi adalah tindakan pembersihan yang ditujukan untuk membasmi hampir seluruh mikroorganisme patogen yang mencemari benda-benda mati atau peralatan instrumen.
- f. Desinfeksi tingkat tinggi (DTT) merupakan prosedur spesifik guna melenyapkan sebagian besar mikroorganisme patogen—terkecuali sebagian endospora bakteri—dari permukaan instrumen atau alat medis.
- g. Sterilisasi adalah tindakan pemrosesan secara total untuk menyingkirkan seluruh bentuk mikroorganisme hidup, termasuk spora bakteri yang paling resisten, dari permukaan benda mati.

3. Manfaat dan cara pencacatan medik

Pencatatan medis merupakan elemen krusial dalam siklus pengambilan keputusan klinik karena memberikan kesempatan bagi penolong persalinan untuk memantau perkembangan asuhan secara berkesinambungan. Evaluasi berkala terhadap catatan tersebut memfasilitasi analisis data yang lebih tajam, sehingga perumusan diagnosis serta penyusunan rencana intervensi dapat dilakukan secara jauh lebih akurat dan efektif.

4. Melakukan rujukan

Pelaksanaan rujukan yang optimal dan tepat waktu ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap diharapkan mampu menyelamatkan jiwa ibu serta bayi baru lahir.

Seluruh persiapan penting dalam proses rujukan tersebut dirangkum dalam akronim **BAKSOKUDA**:

- **B (Bidan):** Pastikan ibu dan bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang memiliki kompetensi dalam penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetri serta neonatus selama perjalanan menuju tempat rujukan.
- **A (Alat):** Bawa serta perlengkapan dan bahan medis esensial untuk asuhan persalinan, nifas, dan bayi baru lahir (seperti tabung suntik, selang infus, alat resusitasi, dan lainnya) karena sewaktu-waktu dapat diperlukan jika persalinan terjadi di tengah perjalanan.
- **K (Keluarga):** Berikan penjelasan transparan kepada ibu dan keluarga mengenai kondisi klinis terkini serta alasan mendasar perlunya rujukan. Pastikan suami atau anggota keluarga mendampingi ibu dan bayi hingga tiba di fasilitas tujuan.
- **S (Surat):** Sertakan surat rujukan resmi yang memuat identitas lengkap ibu dan bayi, alasan rujukan, uraian hasil pemeriksaan, riwayat asuhan, catatan pemberian obat, serta lampiran partograf yang digunakan dalam pengambilan keputusan klinis.
- **O (Obat):** Siapkan dan bawa obat-obatan esensial yang berpotensi dibutuhkan selama proses perpindahan atau di perjalanan menuju fasilitas kesehatan rujukan.
- **K (Kendaraan):** Sediakan sarana transportasi yang paling layak dan nyaman, serta pastikan kondisinya prima agar dapat mencapai lokasi tujuan secara tepat waktu.
- **U (Uang):** Ingatkan keluarga agar membawa dana yang memadai guna mengantisipasi kebutuhan pembelian obat atau bahan kesehatan penunjang selama berada di fasilitas rujukan.
- **DA (Darah):** Lakukan persiapan ketersediaan darah atau calon pendonor untuk mengantisipasi kebutuhan transfusi segera apabila terjadi komplikasi perdarahan (Asrina et al., 2024).

2.2.4 60 Langkah APN

Melihat Tanda Gejala Kala II

1. Pengamatan terhadap tanda dan gejala persalinan Kala II meliputi beberapa indikator klinis utama, yang ditandai dengan munculnya dorongan alamiah pada ibu untuk meneran secara aktif. Selain itu, ibu akan merasakan sensasi tekanan yang semakin intens pada area rektum dan/atau vagina akibat penurunan bagian terendah janin ke dasar panggul. Proses ini juga disertai dengan perubahan fisik secara lokal, di mana bagian perineum tampak menonjol, sementara struktur vulva, vagina, dan sfingter ani mulai membuka atau menganga sebagai tanda persiapan lahirnya kepala bayi.

Menyiapkan Pertolongan Persalinan

2. Persiapan alat dan obat esensial: Memastikan seluruh perlengkapan, bahan medis, serta obat-obatan yang dibutuhkan telah tersedia dan siap digunakan. Tindakan ini mencakup mematahkan ampul oksitosin 10 unit serta menempatkan tabung suntik steril sekali pakai ke dalam wadah partus set.
3. Penggunaan APD dasar: Mengenakan baju pelindung atau celemek plastik bersih guna menjaga sterilitas dan melindungi diri dari paparan cairan tubuh.
4. Kebersihan tangan: Melepaskan seluruh perhiasan yang melekat dari area bawah siku, mencuci kedua belah tangan menggunakan sabun di bawah air mengalir yang bersih, lalu mengeringkannya memakai handuk pribadi atau tisu sekali pakai yang bersih.
5. Pemasangan sarung tangan pemeriksaan: Mengenakan satu sarung tangan dengan desinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau steril secara khusus untuk keperluan pelaksanaan pemeriksaan dalam (*vaginal toucher*).
6. Penyiapan injeksi uterotonika: Mengisap cairan oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik menggunakan sarung tangan DTT atau steril, lalu meletakkannya kembali ke dalam partus set atau wadah steril dengan

tetap menjaga kesterilan dan menghindari kontaminasi pada jarum maupun tabung suntik.

Memastikan Pembukaan Lengkap dengan Janin Baik.

7. Pembersihan vulva dan perineum: Melakukan vulva hygiene dengan menyeka area vulva, perineum, hingga anus secara hati-hati dari arah depan ke belakang menggunakan kapas atau kasa yang telah dibasahi air DTT untuk menghilangkan kotoran, lalu membuang kapas terkontaminasi ke dalam wadah yang sesuai.
8. Pemeriksaan dalam dan amniotomi: Memastikan pembukaan serviks sudah lengkap melalui pemeriksaan dalam menggunakan teknik aseptik, serta melakukan tindakan amniotomi jika selaput ketuban masih utuh saat pembukaan serviks telah lengkap.
9. Dekontaminasi sarung tangan: Mencelupkan kedua tangan yang masih mengenakan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, melepaskannya secara terbalik, lalu merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit dilanjutkan dengan mencuci tangan kembali.
10. Pemantauan DJJ dan dokumentasi: Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) segera setelah kontraksi uterus mereda guna memastikan frekuensinya berada dalam batas normal (100–180 kali per menit) serta mendokumentasikan seluruh hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan penilaian klinis lainnya pada partograf.

Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk Membantu Proses Pimpinan Meneran

11. Penyampaian informasi dan persiapan posisi: Menginformasikan kepada ibu bahwa pembukaan serviks telah lengkap serta kondisi janin dalam keadaan baik, membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya, serta mengarahkan keluarga cara memberikan dukungan semangat saat ibu mulai meneran.
12. Pengaturan posisi meneran bersama keluarga: Meminta bantuan anggota keluarga untuk menyiapkan posisi ibu saat ada his—seperti posisi setengah duduk (*semi-Fowler*)—serta memastikan ibu merasa nyaman.

13. Bimbingan meneran dan pemantauan aktif: Membimbing ibu meneran saat timbul dorongan kuat, memberikan dukungan moril, menganjurkan asupan cairan per oral, serta memantau Denyut Jantung Janin (DJJ) setiap 5 menit. Segera lakukan rujukan jika bayi belum lahir setelah 120 menit pada primipara atau 60 menit pada multipara, atau apabila ibu belum ingin meneran dalam waktu 60 menit dan persalinan belum akan terjadi segera.

Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi.

14. Pemasangan handuk pengering: Menempatkan handuk bersih di atas perut ibu untuk persiapan mengeringkan bayi begitu kepala bayi tampak membuka vulva dengan diameter 5 hingga 6 cm.
15. Penyiapan alas bokong: Melipat kain bersih sepertiga bagian, lalu meletakkannya di bawah bokong ibu guna menopang area panggul selama proses kelahiran.
16. Pembukaan partus set: Membuka wadah partus set secara hati-hati dengan tetap menjaga kesterilan alat-alat di dalamnya.
17. Pemasangan sarung tangan steril: Mengenakan sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau steril pada kedua belah tangan untuk menghadapi proses kelahiran bayi.

Menolong Kelahiran Bayi Lahirnya Kepala

18. Proteksi perineum dan pengaturan defleksi kepala: Menahan perineum menggunakan satu tangan yang dilapisi kain bersih saat kepala bayi membuka vulva berdiameter 5–6 cm, sementara tangan yang lain menahan kepala bayi secara lembut tanpa menghambat lajunya agar kepala lahir perlahan, serta mengarahkan ibu untuk bernapas cepat atau meneran perlahan.
19. Pembersihan jalan napas awal: Menyeka wajah, rongga mulut, dan hidung bayi secara lembut menggunakan kain atau kasa bersih segera setelah kepala lahir.

20. Pemeriksaan dan penanganan lilitan tali pusat: Memeriksa ada tidaknya lilitan tali pusat pada leher bayi; jika lilitan longgar, lepaskan lewat kepala, dan jika lilitan erat, lakukan penjepitan di dua tempat lalu potong di antaranya sebelum melanjutkan proses persalinan.
21. Penantian putaran paksi luar: Membiarkan kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan ke arah lateral sebagai persiapan untuk melahirkan bahu.

Lahir Bahu

22. Melahirkan bahu anterior dan posterior: Menempatkan kedua tangan pada sisi lateral wajah bayi setelah putaran paksi luar terjadi, lalu mengarahkan ibu meneran pada kontraksi berikutnya. Tarik kepala bayi secara lembut ke arah bawah dan luar hingga bahu anterior lahir di bawah arkus pubis, kemudian arahkan ke atas dan luar untuk melahirkan bahu posterior.
23. Melahirkan badan, lengan, dan kaki: Menelusurkan tangan bawah dari kepala ke arah perineum untuk membiarkan bahu serta lengan posterior lahir, menyangga tubuh bayi menggunakan lengan bawah, serta mengendalikan kelahiran siku dan tangan anterior. Selanjutnya, telusurkan tangan atas dari punggung ke arah kaki untuk menyangganya saat seluruh tubuh lahir, lalu pegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati guna membantu kelancaran kelahiran kedua kakinya.

Penanganan Bayi Baru Lahir

24. Penilaian awal dan manajemen asfiksia: Melakukan penilaian kondisi bayi secara cepat dalam waktu 30 detik, menempatkannya di atas perut ibu dengan posisi kepala sedikit lebih rendah (atau pada tempat yang memungkinkan jika tali pusat pendek), serta segera melakukan resusitasi apabila bayi mengalami asfiksia.
25. Kontak kulit dan pencegahan kehilangan panas: Membungkus kepala serta badan bayi menggunakan handuk, membiarkan terjadinya kontak kulit antara ibu dan bayi, serta melakukan penyuntikan oksitosin.

26. Penjepitan dan pengurutan tali pusat: Menjepit tali pusat memakai klem berjarak sekitar 3 cm dari umbilikus bayi, melakukan pengurutan tali pusat dari arah klem pertama menuju ibu, lalu memasang klem kedua sejauh 2 cm dari klem pertama ke arah ibu.
27. Pemotongan tali pusat dan perawatan lanjutan: Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting, memotong tali pusat di antara kedua klem, lalu mengeringkan bayi, mengganti handuk basah dengan selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, serta membiarkan tali pusat tetap terbuka.
28. Inisiasi menyusui dini (IMD): Menyerahkan bayi kepada ibunya, menganjurkan ibu untuk mendekap serta memeluk bayinya, serta memfasilitasi dimulainya pemberian ASI jika ibu menghendakinya.

Oksitosin

29. Palpasi abdomen lanjutan: Menempatkan kain bersih dan kering di atas perut ibu, lalu melakukan palpasi abdomen secara saksama guna memastikan tidak ada lagi bayi kedua di dalam uterus.
30. Pemberian informasi tindakan: Memberikan penjelasan kepada ibu bahwa ia akan segera disuntik guna merangsang kontraksi rahim.
31. Penyuntikan oksitosin: Menyuntikkan 10 unit oksitosin secara intramuskular (IM) di sepertiga bagian atas paha kanan luar ibu dalam kurun waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, diawali dengan melakukan aspirasi terlebih dahulu untuk memastikan jarum tidak masuk ke pembuluh darah.

Penegangan Tali Pusat Terkendali

32. Relokasi klem tali pusat: Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak sekitar 5 hingga 10 cm di dekat vulva guna persiapan penegangan.
33. Stabilisasi uterus dan palpasi kontraksi: Menempatkan satu tangan di atas kain pada perut ibu tepat di atas simfisis pubis untuk mempalpasi

kontraksi rahim sekaligus menstabilkan uterus, sementara tangan yang lain memegang tali pusat beserta klem.

34. Penegangan tali pusat terkontrol dan pencegahan inversio uteri: Menunggu rahim berkontraksi, lalu melakukan penegangan tali pusat ke arah bawah dengan lembut sambil menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) secara hati-hati untuk mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta belum lahir dalam waktu 30–40 detik, hentikan tarikan dan tunggu kontraksi berikutnya, serta anjurkan stimulasi puting susu jika uterus tidak berkontraksi.

Mengeluarkan Plasenta

35. Melahirkan plasenta secara aktif: Meminta ibu meneran saat plasenta sudah terlepas sambil menarik tali pusat ke arah bawah lalu ke atas mengikuti kurva jalan lahir, dibarengi tekanan dorso kranial pada uterus. Jika tali pusat bertambah panjang, dekatkan klem hingga 5–10 cm dari vulva. Apabila plasenta belum lahir dalam 15 menit, ulangi suntik oksitosin 10 unit IM, cek kandung kemih (kateterisasi jika perlu), siapkan rujukan, lalu lanjutkan penegangan selama 15 menit berikutnya; rujuk segera jika plasenta tetap tidak lahir dalam 30 menit.
36. Penanganan plasenta di introitus dan pencegahan sisa ketuban: Menangkap plasenta menggunakan kedua tangan saat tampak di introitus vagina, lalu memutarnya perlahan hingga selaput ketuban terpilin dan lahir sempurna. Jika selaput robek, kenakan sarung tangan DTT/steril untuk memeriksa vagina dan serviks, serta gunakan jari tangan atau klem/forseps steril untuk mengeluarkan sisa selaput yang tertinggal.

Pemijatan Uterus

37. Masase fundus uteri: Melakukan masase pada fundus uterus segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir dengan cara menempatkan telapak tangan di atas fundus dan menggerakkannya secara melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi dengan baik dan teraba keras

Menilai Perdarahan

38. Inspeksi kelengkapan plasenta: Memeriksa kedua sisi plasenta (bagian maternal yang menempel pada ibu dan bagian fetal yang menghadap janin) serta selaput ketuban untuk memastikan kelengkapan dan keutuhannya, lalu menempatkan plasenta ke dalam kantung plastik atau wadah khusus. Lakukan tindakan yang sesuai apabila uterus tetap tidak berkontraksi setelah masase selama 15 detik.
39. Evaluasi dan penjahitan laserasi: Memeriksa area vagina dan perineum secara cermat untuk mendeteksi kemungkinan adanya robekan atau laserasi, serta segera melakukan penjahitan pada laserasi yang mengalami perdarahan aktif untuk menghentikannya.

Melakukan Prosedur Pascapersalinan

40. Evaluasi kontraksi dan pembersihan sarung tangan: Melakukan pemeriksaan ulang untuk memastikan uterus berkontraksi secara optimal, dilanjutkan dengan mencelupkan tangan bersarung tangan ke larutan klorin 0,5%, membilasnya dengan air DTT, serta mengeringkannya memakai kain bersih dan kering.
41. Pengikatan definitif tali pusat: Memasang klem steril atau mengikatkan benang DTT menggunakan simpul mati melingkar pada tali pusat berjarak sekitar 1 cm dari umbilikus.
42. Simpul pengunci tambahan: Membuat satu simpul mati tambahan pada sisi yang berseberangan dengan simpul pertama guna memastikan ikatan tali pusat benar-benar kuat.
43. Pelepasan klem bedah: Membuka klem bedah dan langsung merendamnya ke dalam wadah berisi larutan klorin 0,5%.
44. Penghangatan bayi lanjutan: Menyelimuti kembali tubuh dan kepala bayi menggunakan handuk atau kain bersih yang sepenuhnya kering.
45. Dukungan pemberian ASI: Mengarahkan serta memotivasi ibu untuk mulai menyusui bayinya secara dini.

46. Observasi ketat kontraksi dan perdarahan: Memantau kontraksi rahim serta volume perdarahan pervaginam secara intensif (2–3 kali dalam 15 menit pertama, tiap 15 menit pada jam pertama, dan tiap 20–30 menit pada jam kedua), serta melakukan penanganan khusus atau penjahitan beranestesi lokal jika ditemukan atonia uteri atau robekan jalan lahir.
47. Edukasi keluarga tentang masase: Memberikan pelatihan praktis kepada ibu dan anggota keluarga mengenai cara melakukan masase fundus uterus secara mandiri beserta teknik pengecekan kontraksinya.
48. Estimasi kehilangan darah: Menilai dan memperkirakan jumlah total darah yang keluar selama proses persalinan.
49. Pemantauan tanda vital dan suhu: Memeriksa tekanan darah, frekuensi nadi, status kandung kemih tiap 15 menit pada jam pertama serta tiap 30 menit pada jam kedua, dan mengukur suhu tubuh ibu satu kali setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan untuk mendeteksi dini kelainan klinis.

Kebersihan dan Keamanan

50. Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
51. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
52. Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
53. Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
54. Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.

55. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 %, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.

56. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

Dokumentasi

57. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang),

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama proses persalinan berlangsung. Partograf merupakan alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan (Meljani et al., n.d.).

Tujuan utama penggunaan partograf:

1. Mendokumentasikan temuan pengamatan serta mengevaluasi tahapan kemajuan persalinan.
2. Mengidentifikasi potensi penyimpangan sejak dini guna mengantisipasi risiko persalinan lama (*partus lama*). Penerapan partograf secara konsisten membantu tenaga kesehatan dalam merekam data persalinan, mengenali hambatan lebih awal, serta menentukan penanganan klinis yang akurat dan tepat waktu.

a) semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan sampai dengan kelahiran bayi, sebagai elemen penting dalam asuhan persalinan

b) semua tempat pelayanan persalinan (Rumah, Puskesmas, Klinik bidan swasta, Rumah sakit, dan lain-lain)

c) semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran

Tenaga kesehatan harus mencatat keadaan ibu dan janin sebagai (Meljani et al., n.d.)

DJJ (Denyut Jantung Janin)

Denyut jantung janin diperiksa setiap 30 menit dan di beri tanda ● (titik tebal), DJJ yang normal 120-160, dan apabila dibawah 120 dan diatas 160 penolong harus perlu waspada.

a) Air ketuban

Nilai air ketuban setiap dilakukan pemeriksaan vagina dan beri simbol:

1. U : selaput utuh
 2. J : selaput pecah, air ketuban pecah
 3. M : air ketuban pecah tetapi bercampur mekonium
 4. D : air ketuban bercampur darah
 5. K : air ketuban kering.
- b) Penyusupan (molase) kepala janin
1. 0 : sutura terbuka
 2. 1 : sutura bersentuhan
 3. 2 : sutura bersentuhan tetapi dapat dipisahkan
 4. 3 : sutura bersentuhan dan tidak dapat dipisahkan
- c) Pembukaan serviks
- Fase laten telah dihilangkan dan pencatatan pada partograf dimulai dari fase aktif ketika pembukaan serviks 4 cm dengan menggunakan metode yang dijelaskan di bagian pemeriksaan fisik, nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam, menggunakan tanda X.
- d) Penurunan bagian bawah janin
- Penurunan dinilai dengan pemeriksaan dalam (setiap 4 jam), atau lebih sering kali jika ada tanda-tanda penyulit, penurunan bagian bawah janin di bagi 5 bagian, penurunan disimbolkan dengan tanda (o).
- e) Waktu
- Untuk menentukan pembukaan, penurunan dimulai dari fase aktif.
- f) Frekuensi dan Durasi Kontraksi Rahim: Hitung frekuensi kontraksi dalam kurun waktu 10 menit beserta durasinya dalam satuan detik, dengan ketentuan: durasi <20 detik, antara 20–40 detik, atau >40 detik
- g) Pemberian Oksitosin: Apabila obat ini digunakan, dokumentasikan takaran oksitosin per volume cairan infus serta laju tetesan per menit.
- h) Pencatatan Farmakoterapi: Rekam seluruh jenis obat-obatan lain yang disosialisasikan atau diberikan kepada pasien.
- i) Denyut Nadi Maternal: Lakukan pemantauan dan pencatatan frekuensi nadi ibu setiap 30 menit sepanjang fase aktif, tandai menggunakan titik (●).

- j) Tekanan Darah: Evaluasi dan catat setiap 4 jam selama fase aktif berlangsung, beri tanda panah (↑) pada kolom yang disediakan.
- k) Suhu Tubuh: Lakukan pengukuran temperatur tubuh ibu secara berkala setiap 2 jam.
- l) Output Urin, Protein, dan Aseton: Rekam jumlah pengeluaran urin ibu minimal setiap 2 jam atau setiap kali pasien berkemih.

Gambar 2.8 Partograf bagian depan (Meljani et al., n.d.)

Gambar 2.9 Partograf Halaman Belakang

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

2.3 Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas

Asuhan kebidanan pasca persalinan merupakan rangkaian tindakan penting yang diberikan kepada ibu setelah melahirkan untuk memastikan kesehatan fisik dan psikologis ibu serta bayi tetap terjaga. Pada masa ini, pemantauan terhadap kondisi fisik ibu menjadi prioritas utama. Fokus pemeriksaan fisik meliputi penilaian kondisi uterus untuk memastikan bahwa rahim berkontraksi dengan baik, evaluasi lochia (cairan yang keluar dari rahim pasca melahirkan), dan pemeriksaan luka pada perineum atau episiotomi untuk mendeteksi adanya infeksi atau komplikasi lainnya. Asuhan ini bertujuan untuk mendeteksi dini komplikasi serius, seperti perdarahan pasca persalinan atau infeksi, serta memberikan intervensi yang tepat sebelum kondisi tersebut berkembang lebih lanjut (Putri et al., 2023).

1.Fisiologi Masa Pasca Persalinan dan Menyusui

Uterus

1. Proses penyusutan rahim, atau yang dikenal sebagai involusi uterus, merupakan mekanisme pemulihan organ reproduksi agar kembali ke ukuran dan kondisi seperti sebelum masa kehamilan. Selepas bayi dilahirkan, rahim yang sebelumnya aktif berkontraksi dan beretraksi akan mengeras guna menutup rapat pembuluh darah utama yang bermuara di area bekas pelekatan plasenta. Selanjutnya, jaringan ikat serta elemen otot rahim mengalami perombakan secara bertahap melalui proses proteolitik. Berkat mekanisme tersebut, ukuran rahim akan menyusut secara konsisten hingga pada akhir periode nifas beratnya kembali normal menjadi sekitar 30 gram. (Kurniati et al. 2015).
2. Lochea adalah cairan atau perdarahan pervaginam yang keluar dari uterus selama masa nifas (postpartum), yang jenis, warna, serta durasinya dapat bervariasi luas hingga 6 minggu pertama pascapersalinan berdasarkan temuan klinis.

- A. Lochea Rubra (Hari ke-1 hingga ke-3): Pengeluaran cairan berwarna merah kehitaman yang didominasi oleh sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium, serta sisa darah.
- B. Lochea Sanguilenta (Hari ke-3 hingga ke-7): Cairan nifas berwarna putih bercampur merah yang merupakan kombinasi antara sisa darah dan lendir serviks.
- C. Lochea Serosa (Hari ke-7 hingga ke-14): Cairan berwarna kekuningan atau kecoklatan dengan kandungan darah yang lebih sedikit, didominasi oleh serum, leukosit, serta sisa eksudat dari area laserasi plasenta.
- D. Lochea Alba (Lebih dari 14 hari): Pengeluaran cairan berwarna putih yang kaya akan kandungan leukosit, selaput lendir serviks, serta serabut jaringan tubuh yang telah mati.

a. Perineum, Vulva dan Vagina Segera

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari kelima, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan. Perubahan pada perineum post partum terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan maupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu.

Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada masa nifas dengan latihan atau senam nifas.

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari setelah proses tersebut, kedua ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah tiga minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol (Yulia, 2020).

1. Kebutuhan Ibu Masa Nifas

1) Kebutuhan nutrisi dan cairan

Nutrisi merupakan substansi esensial yang dimanfaatkan oleh tubuh guna mendukung seluruh rangkaian proses metabolisme. Selama periode nifas dan menyusui, kebutuhan zat gizi ini mengalami lonjakan hingga 25 persen guna menunjang pemulihan fisik pascapersalinan sekaligus mengoptimalkan produksi air susu ibu demi mencukupi kebutuhan tumbuh kembang bayi.

2) Kebijakan mobilisasi dini melibatkan tindakan membimbing pasien agar dapat meninggalkan tempat tidur serta berjalan sesegera mungkin. Bagi ibu yang baru melahirkan, aktivitas bangun dan berdiri secara mandiri umumnya sudah dianjurkan dalam kurun waktu 24 hingga 48 jam pascapersalinan. Ambulasi dini dilakukan secara perlahan namun meningkat secara berangsur-angsur, mulai dari jalan-jalan ringan dari jam ke jam sampai hitungan hari hingga pasien dapat melakukannya sendiri tanpa pendamping sehingga tujuan memandirikan pasien dapat terpenuhi.

3) Kebutuhan istirahat ibu nifas: Ibu masa nifas sangat memerlukan waktu istirahat yang memadai guna memulihkan kondisi fisik secara keseluruhan setelah proses persalinan.

Dampak buruk kurang istirahat

- a) Menurunkan volume dan jumlah produksi ASI.
- b) Menghambat proses involusi (pengecilan kembali) uterus serta meningkatkan risiko perdarahan.
- c) Memicu stres, depresi pascapersalinan, serta menurunkan kenyamanan ibu dalam merawat diri dan bayinya.

4) Praktik kebersihan diri (*personal hygiene*): Ibu nifas dianjurkan untuk membersihkan area vulva secara benar dari arah depan ke belakang setiap selesai buang air kecil maupun buang air besar. Penggantian pembalut dan pakaian: Mengganti pembalut minimal dua kali sehari (atau lebih sering saat penuh), mencuci tangan dengan bersih sebelum

dan sesudah membersihkan area kelamin, serta mengeringkan dan segera mengganti pakaian dalam apabila terasa lembab (Putri et al., 2023)

2.4 Asuhan pada Bayi Baru Lahir

1. Pengertian Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir merupakan serangkaian pelayanan komprehensif yang diberikan sejak proses persalinan hingga bayi lahir atau dalam satu jam pertama kehidupan, sehingga penanganan yang diberikan dapat berlangsung secara segera, cepat, tepat, aman, dan bersih. Mengingat kondisi bayi baru lahir yang masih sangat sensitif, ibu perlu memahami secara mendalam mengenai tata cara pemberian asuhan serta pemenuhan kebutuhan dasar sang buah hati. Secara umum, bayi baru lahir normal memiliki ciri-ciri fisik berupa berat badan sekitar 2.500 hingga 4.000 gram, panjang badan berkisar antara 48 hingga 52 cm, serta memiliki angka normal APGAR *score* pada rentang 7 sampai 10. Rangkaian pelaksanaan asuhan esensial bagi bayi baru lahir ini dimulai dari upaya menjaga kehangatan tubuh bayi, pemberian suntikan vitamin K, hingga pelaksanaan imunisasi Hepatitis B yang dijadwalkan tepat satu jam setelah pemberian vitamin K dan pemberian salep mata, serta melakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD). Peningkatan berat badan merupakan indikator penting dalam menilai pertumbuhan dan perkembangan bayi baru lahir. Berat badan yang optimal mencerminkan asupan nutrisi yang adekuat dan kondisi kesehatan yang baik. Selain nutrisi yang adekuat, stimulasi melalui pijat juga sangat bermanfaat untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan bayi, terutama selama masa awal kehidupan bayi (Chairunnisa & Juliarti, 2022).

Tujuan asuhan pada bayi baru lahir adalah memberikan asuhan komprehensif pada bayi baru lahir pada saat di ruang rawat serta mengajarkan kepada orangtua dan memberikan motivasi agar menjadi orangtua yang percaya diri.

A. Penatalaksanaan awal bayi segera setelah bayi lahir

1. Pencegahan hipotermia: Menjaga kehangatan bayi dengan menyelimutinya segera setelah lahir serta menunda proses memandikan selama 6 jam atau sampai kondisi bayi stabil.
2. Pembersihan jalan napas: Menghisap lendir dari mulut dan hidung seperlunya (jika bayi tidak langsung menangis secara spontan) bersamaan dengan penilaian APGAR skor menit pertama.
3. Pengeringan tubuh: Mengeringkan cairan ketuban menggunakan kain atau handuk kering, bersih, dan halus mulai dari bagian muka, kepala, hingga tubuh bayi secara lembut tanpa menghapus lapisan verniks.
4. Penatalaksanaan tali pusat: Melakukan pemotongan serta pengikatan tali pusat menggunakan teknik aseptik dan antiseptik, yang juga bertepatan dengan penilaian APGAR skor menit kelima.
5. Posisi tengkurap di dada ibu: Menempatkan bayi dalam posisi tengkurap langsung di atas dada ibu sebagai fondasi awal inisiasi menyusui dini.
6. Pelaksanaan IMD: Menjalankan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) sedini mungkin melalui kontak kulit ibu dan bayi minimal satu jam, membiarkan bayi mencari puting secara mandiri, serta melanjutkan ASI eksklusif hingga 6 bulan dan diteruskan sampai usia 2 tahun dengan MPASI.
7. Pemasangan identitas: Memberikan gelang pengenal sesudah IMD yang mencantumkan nama orang tua, tanggal dan jam lahir, serta jenis kelamin bayi.
8. Pemberian suntikan Vitamin K1: Menyuntikkan Vitamin K1 profilaksis guna mencegah risiko perdarahan akibat sistem pembekuan darah bayi yang belum matang sempurna.
9. Pemberian salep mata: Mengoleskan salep mata antibiotik pada kedua mata bayi sekitar 1 jam setelah lahir untuk mencegah risiko infeksi.
10. Pemberian imunisasi Hepatitis B (HB-O): Memberikan vaksin Hepatitis B secara intramuskular dalam rentang waktu 1 hingga 2 jam setelah penyuntikan vitamin K1 (atau dalam usia 0–7 hari) guna mencegah penularan infeksi dari ibu ke bayi.

11. Pemeriksaan fisik komprehensif: Melakukan pemeriksaan fisik secara menyeluruh pada bayi baru lahir untuk mendeteksi dini adanya kelainan bawaan atau masalah yang berkaitan dengan riwayat kehamilan dan persalinan (Chairunnisa & Juliarti, 2022).

B. Tanda	0 poin	1 poin	2 poin
Denyut jantung	Tidak ada	<100 denyut per menit	>100 denyut per menit
Usaha nafas	Tidak ada	Lambat	Baik, menangis kuat
Tonus otot	Lunak	sedikit fleksi	Gerakan aktif
Refleks Iritabilitas	Tidak bereaksi	Meringis	Menangis aktif
Warna	Biru Pucat	Badan merah ekstermitas biru	Merah muda seluruhnya

Tabel 2.3 Apgar score

Sumber: (slideshare,2024)

4 .Kategori Kunjungan Neonatal

- Kunjungan neonatal (KN 1) dilakukan pada waktu 6 jam sampai 48 jam hal yang perlu diperhatikan yaitu seperti,mempertahankan suhu bayi,melakukan pemeriksaan fisik pada bayi,membuat bayi ditempat yang bersih dan nyaman,memberikan imunisasi HB0,dan melakukan perawatan tali pusat.
- Kunjungan Neonatal ke II (KN 2) dilakukan pada hari ke 3 sampai hari ke 7

Hal-hal krusial yang harus diperhatikan dalam perawatan neonatus meliputi pelaksanaan teknik perawatan tali pusat secara steril, pemeliharaan kebersihan tubuh bayi secara berkala, serta deteksi dini tanda-tanda bahaya seperti indikasi infeksi bakteri, ikterus, berat badan lahir rendah, dan hambatan menyusui. Selain itu, tenaga kesehatan perlu memantau frekuensi pemberian ASI sesering mungkin untuk memastikan kecukupan nutrisi, menjaga suhu tubuh bayi agar tetap hangat guna mencegah terjadinya hipotermia melalui konseling terarah, serta mengedukasi ibu secara konsisten agar memberikan ASI secara eksklusif.

c. Kunjungan neonatus ketiga (KN III) dilaksanakan pada rentang hari kedelapan hingga hari ke-28 pascakelahiran, dengan fokus pemantauan meliputi pemeriksaan fisik komprehensif, pemeliharaan kebersihan bayi, serta edukasi kepada ibu mengenai pengenalan tanda-tanda bahaya pada neonatus. Selain itu, tenaga kesehatan perlu menganjurkan pemberian ASI secara on-demand atau sesering mungkin, memastikan aspek keamanan serta kehangatan tubuh bayi tetap terjaga, dan menginformasikan jadwal pemberian imunisasi BCG pada kunjungan berikutnya (Chairunnisa & Juliarti, 2022).

2.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

1. Pengertian Keluarga Berencana

Pelayanan Keluarga Berencana (KB) mencakup serangkaian tindakan serta kebijakan terencana yang ditujukan bagi pasangan suami istri guna mencegah kehamilan yang tidak direncanakan, mengatur jarak serta interval antarkelahiran secara ideal, mengontrol usia reproduksi saat melahirkan agar selaras dengan kondisi kesehatan pasangan, serta menentukan jumlah total anak dalam keluarga secara proporsional. secara ideal. Upaya yang tercakup dalam program ini meliputi tindakan pencegahan kehamilan melalui penggunaan berbagai metode atau alat

kontrasepsi serta perencanaan kehidupan keluarga secara menyeluruh (Mawarti, 2024).

2. Fisiologi Keluarga Berencana

Kecenderungan pilihan kontrasepsi di Indonesia: Preferensi masyarakat umumnya masih terpusat pada metode kontrasepsi hormonal (seperti suntik, pil, dan implan), sementara kebijakan program Keluarga Berencana (KB) nasional lebih menganjurkan penggunaan metode kontrasepsi non-hormonal (seperti IUD, tubektomi, dan vasektomi).

1. Faktor Sosial Budaya: Pertimbangan mengenai tren ukuran keluarga di tengah masyarakat, dampak jumlah anak terhadap ruang atau lingkungan tempat tinggal, serta signifikansi budaya terkait kehadiran anak laki-laki.
2. Faktor Pekerjaan dan Ekonomi: Kebutuhan alokasi sumber daya finansial untuk biaya pendidikan, perintisan karier atau usaha, serta kemampuan ekonomi dalam memenuhi kebutuhan sandang, pangan, papan, dan masa depan anak.
3. Faktor Keagamaan: Adanya landasan, prinsip pembenaran, serta konsep dasar terkait pembatasan keluarga dan program KB yang diakui oleh masing-masing ajaran agama.
4. Faktor Hukum: Penghapusan segala bentuk hambatan regulasi atau perundang-undangan negara yang berkaitan dengan pembatasan maupun pemanfaatan sarana pencegahan konsepsi.
5. Faktor Fisik: Batasan kondisi kesehatan individu, faktor usia, fase kehidupan, maupun penerapan gaya hidup yang kurang sehat sehingga menghambat peluang kehamilan.
6. Faktor Hubungan: Tingkat kestabilan relasi antar-pasangan, dinamika masa krisis, serta proses adaptasi psikologis yang panjang menyusul kehadiran seorang anak (Mawarti, 2024).

2.5.1 Metode Keluarga Berencana

Pelaksanaan KB lazimnya menggunakan salah satu alat kontrasepsi yang dikenal, sebagai hasil penemuan ilmu dan teknologi. Kontrasepsi ini memanfaatkan hasil penelitian ilmu kodokteran mengenai hormon-hormon yang mengatur kehidupan proses ovulasi dan menstruasi dalam tubuh wanita, tetapi kemudian mengaju proses tersebut dengan hormon buatan yang dimasukkan ke dalam tubuh wanita seperti pil, suntikan atau susuk, dengan akibat tidak terjadi ovulasi, tidak ada sel telur yang matang keluar dari induk telur, Tetapi ibu memilih untuk menggunakan KB Implan (susuk). Dengan demikian tidak ada sel telur maka tidak terjadi kehamilan.

Berikut jenis - jenis alat kontrasepsi:

- a. Pil KB berupa tablet yang berisi bahan progestin dan progesteren yang bekerja untuk mencegah terjadinya ovulasi dan melakukan perubahan pada endometrium.
- b. Suntikan, yaitu mengijeksikan cairan ke dalam tubuh wanita yang dikenal dengan cairan Devo Provera, Net Den dan Noristerat efektivitasnya mencapai 99%. Cara kerjanya yaitu menghalangi terjadinya ovulasi, menipiskan endomentrin sehingga nidasi tidak mungkin terjadi.
- c. Susuk KB, yaitu berupa levemorgestrel, terdiri dari enam kapsul yang diinsersikan di bawah kulit lengan bagian dalam kira-kira 6 sampai 10 cm dari lipatan siku.
- d. AKDR (alat kontrasepsi dalam rahim) terdiri atas lippessloop (spiral), multi load dan cooper-T terbuat dari plastik halus dililit dengan tembaga tipis. Mekanisme kerjanya berfokus pada penurunan kemampuan sperma dalam membuahi sel telur. Efek ini ditimbulkan oleh kombinasi desain struktur spiral serta reaksi logam tembaga yang membalut material plastiknya. Efektivitasnya mencapai 98% dan bertahan lama ekonomis dan reversible.

e. Sterilisasi (Vasektomi/Tubektomi), Prosedur vasektomi melibatkan tindakan bedah berupa pemotongan atau pengikatan pada saluran vas deferens, yakni jalur yang menghubungkan testis sebagai tempat produksi sperma menuju area kelenjar prostat. menjelang ejakulasi) bagi lakilaki atau tubektomi dengan operasi yang sama pada wanita sehingga ovarium tidak dapat amsuk ke dalam rongga rahim dan akibat dari sterilisasi ini akan menjadi mandul selamanya.

f. KB Implan adalah alat kontrasepsi jangka panjang berupa batang kecil seperti korek api yang dipasang di bawah kulit lengan atas. Implan mengandung hormon (biasanya progesteron) yang dilepaskan secara perlahan untuk mencegah kehamilan.

a. Fungsi Utama KB Implan

Fungsi utama KB implan adalah mencegah kehamilan dengan cara:

- 1) Menghambat ovulasi (pelepasan sel telur)
- 2) Mengentalkan lendir serviks, sehingga sperma sulit masuk
- 3) Menipiskan lapisan rahim, sehingga sulit terjadi kehamilan

b. Jangka Waktu Pemakaian

Efektif selama 3–5 tahun (tergantung jenis implan), Bisa dilepas kapan saja jika ingin hamil kembali Kesuburan biasanya kembali dengan cepat setelah dilepas (M. Anggraini et al., 2024).

2.5.2 Asuhan Keluarga Berencana

Penerapan konseling Keluarga Berencana (KB) bagi calon klien baru menggunakan model enam langkah dengan akronim **SATU TUJU** meliputi:

1. SA (Sapa dan salam): Menyambut klien secara terbuka dan sopan, memberikan perhatian penuh, serta memastikan percakapan berlangsung di tempat yang nyaman dan terjaga privasinya guna membangun rasa percaya diri klien.

2. T (Tanyakan): Menggali informasi mengenai diri klien, termasuk pengalaman seputar keluarga berencana dan kesehatan reproduksi, tujuan, harapan, serta kondisi kesehatan dan kehidupan keluarganya.
3. U (Uraikan): Menjelaskan berbagai alternatif pilihan reproduksi dan jenis alat kontrasepsi yang paling sesuai, serta membantu klien memahami karakteristik masing-masing kontrasepsi yang tersedia.
4. TU (Tentukan pilihan): Mendampingi dan membantu klien menentukan pilihan kontrasepsi yang paling tepat sesuai dengan situasi, kondisi, serta kebutuhan pribadinya.
5. J (Jelaskan): Menguraikan secara komprehensif cara penggunaan alat atau obat kontrasepsi yang telah dipilih oleh klien, termasuk memastikan klien memahami fungsi dan tata cara pakainya secara tepat.
6. U (Ulangi/Kunjungan ulang): Menjadwalkan dan membuat kesepakatan waktu kunjungan lanjutan bagi klien untuk melakukan pemeriksaan rutin, memperoleh suplai kontrasepsi berikutnya, atau segera kembali apabila timbul keluhan maupun masalah (Sugandini et al., 2023).

