

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Teori

2.1.1 Teori Dasar Kehamilan

2.1.1.1 Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah proses fisiologis yang dimulai sejak terjadinya pembuahan hingga kelahiran bayi, dengan lama waktu sekitar 280 hari. Selama periode tersebut, ibu mengalami perubahan fisik, hormonal, psikologis, dan sosial sebagai bentuk adaptasi terhadap kehamilan. Masa gestasi normal dihitung berdasarkan hari pertama haid terakhir (HPHT) dan berlangsung sekitar 40 minggu. Kehamilan dibagi menjadi tiga trimester, yaitu trimester pertama (minggu 1–12), trimester kedua (minggu 13–27), dan trimester ketiga (minggu 28 hingga persalinan), yang masing-masing memiliki karakteristik perkembangan janin dan perubahan fisiologis ibu (Wardani & Rosyidah, 2025).

2.1.1.2 Perubahan Fisiologi dan Psikologi pada Ibu Hamil

1. Perubahan fisiologis selama kehamilan merupakan proses adaptasi normal tubuh ibu terhadap keberadaan janin dan plasenta serta peningkatan kebutuhan metabolik. Adaptasi ini melibatkan berbagai sistem tubuh, meliputi sistem reproduksi, kardiovaskular, pernapasan, ginjal, pencernaan, dan endokrin, guna menunjang pertumbuhan janin serta persiapan persalinan dan laktasi. Perubahan tersebut terutama dipengaruhi oleh peningkatan hormon kehamilan seperti estrogen, progesteron, dan human chorionic gonadotropin (hCG).

- a. Sistem Reproduksi

Uterus mengalami pembesaran dan peningkatan berat akibat hipertrofi dan hiperplasia otot polos serta peningkatan aliran darah, yang berfungsi memenuhi kebutuhan janin dan mempersiapkan kontraksi persalinan. Payudara mengalami perkembangan jaringan kelenjar dan vaskularisasi sebagai persiapan menyusui, disertai perubahan pada areola dan produksi kolostrum. Vagina dan vulva

menunjukkan peningkatan vaskularisasi, elastisitas, serta perubahan warna dan sekresi sebagai respons hormonal dan persiapan persalinan. Perubahan pH vagina yang lebih asam berfungsi sebagai mekanisme perlindungan terhadap infeksi dan pada sebagian ibu hamil dapat terjadi varises vulva akibat kongesti vena.

Tabel 2.1 Nilai Normal TFU Sesuai Usia Kehamilan

Umur Kehamilan (minggu)	TFU dalam cm	TFU (jari)
12	-	1-2 jari di atas symphysis
16	-	Pertengahan symphysis-pusat
20	20 minggu \pm 2 cm	2-3 jari bawah pusat
22-27	UK dalam minggu \pm 2 cm	Setinggi pusat/umbilicus
28	28 \pm 2 cm	Pertengahan pusat-px
29-35	UK dalam minggu \pm 2 cm	3 jari bawah px
36-40	36 minggu \pm 2 cm	Pada px/pertengahan pusat-px

Sumber: (Ilmiah, 2022).

b. Sistem Kardiovaskular

Volume darah ibu meningkat, terutama plasma, sehingga dapat terjadi hemodilusi fisiologis. Curah jantung meningkat sejak awal kehamilan untuk menunjang perfusi uteroplasenta. Tekanan darah cenderung menurun pada awal kehamilan akibat vasodilatasi, kemudian kembali mendekati normal pada trimester ketiga. Pemantauan tekanan darah diperlukan untuk mendeteksi komplikasi kehamilan.

c. Sistem Pernapasan

Peningkatan kebutuhan oksigen selama kehamilan diimbangi oleh peningkatan volume tidal dan ventilasi alveolar akibat pengaruh progesteron. Meskipun kapasitas paru tertentu menurun karena elevasi diafragma, pertukaran gas tetap berlangsung efektif.

d. Sistem Ginjal

Aliran darah ginjal dan laju filtrasi glomerulus meningkat 40-50% untuk menunjang ekskresi zat sisa dan keseimbangan cairan. Relaksasi otot polos saluran kemih serta tekanan uterus dapat menyebabkan dilatasi ureter dan meningkatkan risiko infeksi saluran kemih.

e. Sistem Pencernaan

Hormon progesteron menurunkan motilitas saluran cerna sehingga meningkatkan penyerapan nutrisi, namun dapat menimbulkan keluhan seperti konstipasi dan refluks asam lambung akibat relaksasi sfingter esofagus bawah.

f. Sistem Endokrin

Aktivitas sistem endokrin meningkat selama kehamilan. Estrogen dan progesteron berperan mempertahankan kehamilan serta mempersiapkan persalinan dan laktasi, sedangkan hCG mendukung fungsi korpus luteum pada awal kehamilan. Perubahan metabolisme ibu terjadi untuk memenuhi kebutuhan energi janin (Wardani & Rosyidah, 2025).

2. Perubahan Psikologi

Perubahan psikologis selama kehamilan merupakan respons adaptif terhadap perubahan fisik, hormonal, dan peran sosial. Peningkatan hormon estrogen dan progesteron memengaruhi pusat emosi di sistem saraf pusat, sehingga ibu hamil rentan mengalami perubahan suasana hati dan kecemasan. Selain itu, perubahan citra tubuh, ketidaknyamanan fisik, serta tuntutan adaptasi psikososial dalam mempersiapkan peran sebagai ibu dapat menimbulkan stres ringan hingga sedang, tergantung pada kesiapan mental dan dukungan sosial.

a. Perubahan suasana hati pada kehamilan terjadi akibat fluktuasi hormon dan proses adaptasi fisik serta psikologis, baik pada awal maupun menjelang persalinan.

- b. Sensitivitas emosional meningkat selama kehamilan karena perubahan hormonal dan kekhawatiran terkait janin, hubungan sosial, serta perubahan fisik.
- c. Kecemasan umum dialami ibu hamil, terutama terkait kesehatan janin dan persalinan, dan cenderung meningkat pada trimester akhir.
- d. Kekhawatiran merupakan respon alami terhadap keselamatan ibu dan janin, namun dapat berdampak pada kesehatan mental bila tidak terkelola.
- e. Perasaan sedih dapat muncul akibat faktor hormonal dan psikososial, serta berisiko berkembang menjadi gangguan psikologis bila menetap.
- f. Depresi prenatal ditandai kesedihan berkepanjangan dan gangguan fungsi sehari-hari yang memerlukan deteksi serta penanganan dini.
- g. Perubahan citra diri akibat perubahan tubuh dapat menurunkan kepercayaan diri dan meningkatkan stres emosional.
- h. Adaptasi peran melibatkan penyesuaian emosional dan sosial yang didukung kesiapan mental serta dukungan lingkungan (Wardani & Rosyidah, 2025).

2.1.1.3 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

Kehamilan merupakan proses fisiologis yang disertai dengan berbagai perubahan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual pada ibu. Perubahan tersebut menuntut adanya pemenuhan kebutuhan dasar secara optimal agar kesehatan ibu dan janin tetap terjaga serta proses kehamilan berlangsung dengan aman dan sejahtera. Kebutuhan dasar ibu hamil bersifat dinamis, artinya dapat berubah sesuai dengan usia kehamilan, kondisi kesehatan ibu, serta lingkungan sosial dan budaya.

1. Kebutuhan Fisiologis Ibu Hamil Berdasarkan Trimester

Pada trimester pertama, kebutuhan fisiologis meliputi pemenuhan nutrisi, istirahat cukup, konsumsi vitamin prenatal, serta menghindari zat berbahaya. Trimester kedua difokuskan pada gizi seimbang, pemantauan kesehatan, dan aktivitas fisik ringan. Pada trimester ketiga, kebutuhan

meningkat meliputi kecukupan nutrisi, istirahat optimal, pemeriksaan antenatal rutin, serta persiapan fisik persalinan.

2. Kebutuhan Psikologis Ibu Hamil Berdasarkan Trimester

Trimester pertama ditandai perubahan emosi sehingga ibu memerlukan dukungan dan edukasi. Pada trimester kedua, kondisi psikologis lebih stabil dengan meningkatnya ikatan ibu dan janin serta kepercayaan diri. Trimester ketiga berfokus pada kesiapan mental menghadapi persalinan melalui konseling dan dukungan emosional.

3. Kebutuhan Sosial Ibu Hamil Berdasarkan Trimester

Pada trimester pertama, ibu membutuhkan dukungan sosial untuk adaptasi dan akses pelayanan kesehatan. Trimester kedua menekankan peran pasangan dan keluarga dalam perawatan kehamilan. Trimester ketiga difokuskan pada dukungan keluarga dalam persiapan persalinan.

4. Kebutuhan Spiritual Ibu Hamil Berdasarkan Trimester

Pada trimester pertama, ibu memerlukan penerimaan spiritual melalui ibadah dan doa. Trimester kedua ditandai penguatan keyakinan terhadap kehamilan. Pada trimester ketiga, kebutuhan spiritual diarahkan pada peningkatan doa dan penyerahan diri sebagai persiapan batin menjelang persalinan (Wardani & Rosyidah, 2025).

2.1.1.4 Ketidaknyamanan Selama Kehamilan dan Penanganannya

1. Ketidaknyamanan Trimester I

- a. Mual dan muntah berkaitan dengan peningkatan hormon hCG dan estrogen yang memengaruhi pusat mual serta meningkatkan sekresi asam lambung. Faktor psikologis seperti kecemasan dan stres turut memperberat keluhan. Upaya yang dapat dilakukan meliputi konsumsi minuman hangat (air jahe atau teh manis) pada pagi hari, makan porsi kecil tetapi sering, memilih makanan rendah lemak dan tinggi protein, serta menghindari makanan pedas, berminyak, dan asam. Asupan cairan dan asam folat harus dipenuhi.
- b. Konstipasi (Susah Buang Air Besar). Peningkatan progesteron menyebabkan relaksasi otot polos saluran cerna dan memperlambat

peristaltik usus. Penurunan hormon motilin serta rendahnya aktivitas fisik turut memperpanjang waktu transit feses. Disarankan meningkatkan konsumsi serat dan cairan, melakukan aktivitas fisik ringan, serta menghindari minuman diuretik.

- c. Rasa Panas di Dada (Heartburn). Peningkatan progesteron menurunkan tonus sfingter esofagus bawah sehingga memicu refluks asam lambung. Tekanan uterus yang membesar juga memperberat kondisi ini. Ibu dianjurkan makan dalam porsi kecil dan sering, menghindari makanan asam, pedas, dan berlemak, tidak berbaring setelah makan, serta mengatur posisi tidur setengah duduk.
- d. Keputihan. Peningkatan estrogen selama kehamilan menyebabkan produksi sekret vagina meningkat. Stres dan kelelahan dapat memperburuk kondisi ini. Menjaga kebersihan area genital, mengganti pakaian dalam yang lembap, dan menggunakan bahan katun dianjurkan. Pemeriksaan diperlukan bila disertai gatal, bau, nyeri, atau perubahan warna cairan.
- e. Pusing dapat disebabkan oleh vasodilatasi akibat progesteron, anemia fisiologis kehamilan, gangguan tekanan darah, hipoglikemia, atau gangguan sirkulasi. Pencegahan dilakukan dengan pemenuhan nutrisi seimbang, asupan zat besi, hidrasi adekuat, istirahat cukup, perubahan posisi secara perlahan, dan teknik relaksasi napas.
- f. Mudah Lelah. Perubahan hormonal, peningkatan volume darah, penurunan tekanan darah, serta adaptasi emosional selama kehamilan menyebabkan ibu mudah lelah, terutama pada awal kehamilan. Disarankan mengatur pola istirahat, memenuhi kebutuhan cairan dan nutrisi, melakukan olahraga ringan, serta menghindari zat stimulan.
- g. Perdarahan vagina dapat berasal dari vagina, serviks, atau uterus, serta berkaitan dengan keguguran, kehamilan ektopik, mola

hidatidosa, atau gangguan implantasi plasenta. Ibu dianjurkan istirahat dan segera memeriksakan diri ke tenaga kesehatan bila muncul flek atau perdarahan.

- h. Sering Buang Air Kecil. Pembesaran uterus menekan kandung kemih sejak awal kehamilan, sementara peningkatan filtrasi ginjal juga meningkatkan produksi urin. Ibu dianjurkan tidak menahan BAK, mengurangi minum menjelang tidur, melakukan latihan dasar panggul, serta menjaga kebersihan area genital.
 - i. Nyeri perut bawah dapat berhubungan dengan kehamilan (ancaman keguguran, kehamilan ektopik) maupun penyebab non-obstetri seperti kista atau apendisitis. Ibu dianjurkan tetap tenang dan segera mencari pertolongan tenaga kesehatan (Situmorang et al., 2024).
2. Ketidaknyamanan Trimester II
- a. Edema disebabkan oleh tekanan uterus pada vena pelvis, peningkatan retensi natrium, serta gangguan sirkulasi ekstremitas bawah. Dianjurkan menghindari pakaian ketat, membatasi asupan garam, meninggikan tungkai saat istirahat, dan menghindari posisi telentang.
 - b. Gatal dan kaku pada jari diduga berkaitan dengan perubahan postur tubuh dan tekanan saraf akibat pembesaran uterus. Dianjurkan kompres dingin, menjaga postur tubuh yang benar, serta istirahat cukup.
 - c. Gusi berdarah disebabkan oleh peningkatan estrogen menyebabkan hipervaskularisasi dan kerapuhan jaringan gusi. Dianjurkan menjaga kebersihan mulut, berkumur air hangat, konsumsi vitamin C, dan pemeriksaan gigi rutin.
 - d. Hemoroid dapat disebabkan oleh konstipasi, perlambatan peristaltik usus, dan tekanan uterus pada vena hemoroid. Dianjurkan mencegah konstipasi, tidak mengejan berlebihan, senam kegel, serta rendam duduk air hangat.

- e. Insomnia disebabkan oleh perubahan psikologis, pembesaran uterus, dan sering BAK pada malam hari. Penatalaksanaan dapat dilakukan dengan relaksasi sebelum tidur, mandi air hangat, serta menghindari kafein (Kasmiati et al., 2023).
3. Ketidaknyamanan Trimester III
- Rasa lelah dipicu oleh peningkatan berat badan dan ukuran janin. Penanganan meliputi istirahat cukup, nutrisi seimbang, olahraga ringan, dan pembatasan aktivitas berat.
 - Nyeri punggung terjadi akibat perubahan postur dan pengaruh hormon relaksin. Dapat dikurangi dengan latihan panggul, postur duduk yang benar, alas kaki nyaman, dan kompres hangat.
 - Sesak napas disebabkan oleh elevasi diafragma akibat pembesaran uterus. Penatalaksanaan berupa posisi tidur yang baik dan latihan pernapasan.
 - Rasa panas di dada terjadi akibat refluks asam lambung. Dianjurkan mengatur pola makan, menghindari makanan pencetus, dan tidak berbaring setelah makan (Situmorang et al., 2024).

2.1.1.5 Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

Tabel 2.2 Kunjungan Antenatal Care

Usia Kehamilan	Kunjungan
Trimester I (12 Minggu Pertama)	1x
Trimester II (12-24 Minggu)	2x
Trimester III (Di Atas 24 Minggu)	3x

Sumber: (Kemenkes RI, 2024).

2.1.2 Teori Dasar Persalinan

2.1.2.1 Definisi Persalinan

Persalinan normal adalah proses kelahiran pada kehamilan aterm yang terjadi secara spontan tanpa induksi, berlangsung antara 4-24 jam, dengan janin tunggal presentasi kepala dan posisi oksiput anterior, tanpa komplikasi atau kelainan plasenta. Persalinan sendiri merupakan proses pembukaan serviks dan penurunan janin ke jalan lahir, yang bisa terjadi secara alami maupun dengan bantuan jika tidak berlangsung spontan (Indriani, 2024).

Paritas menunjukkan jumlah janin dengan berat ≥ 500 g yang pernah dilahirkan, baik hidup maupun mati. Delivery adalah keluarnya janin beserta plasenta, sedangkan gravida menunjukkan jumlah kehamilan yang pernah dialami, termasuk abortus atau kehamilan ektopik. Persalinan spontan terjadi karena kontraksi uterus dan kekuatan mengejan ibu (Indriani, 2024).

2.1.2.2 Jenis-Jenis Persalinan

1. Persalinan Spontan. Terjadi secara alami dengan kekuatan ibu sendiri melalui jalan lahir tanpa bantuan alat atau obat.
2. Persalinan Caesar (Sectio Caesarea). Dilakukan melalui pembedahan pada dinding perut dan rahim, umumnya saat persalinan normal tidak memungkinkan atau ada kondisi darurat yang membahayakan ibu dan janin.
3. Persalinan di Air (Water Birth). Metode melahirkan normal dengan ibu berendam dalam air hangat untuk membantu relaksasi dan mengurangi rasa nyeri.
4. Persalinan Normal. Proses melahirkan melalui vagina secara alami dengan kontraksi dan mengejan. Biasanya berlangsung kurang dari 24 jam dan memerlukan persiapan sejak awal kehamilan.
5. Persalinan dengan Bantuan Alat (Ekstraksi Vakum/Forcep). Dilakukan saat proses persalinan sulit, menggunakan alat bantu seperti vakum atau forcep untuk membantu bayi keluar dengan aman.
6. VBAC (Vaginal Birth After Caesarean). Persalinan normal setelah sebelumnya pernah operasi Caesar. Dapat dilakukan tergantung kondisi ibu, namun tetap memiliki risiko komplikasi.
7. Gentle Birth. Pendekatan persalinan yang menekankan ketenangan dan kelembutan, mengurangi stres serta memanfaatkan kekuatan alami tubuh ibu.
8. Persalinan Caesar karena Indikasi Medis. Dilakukan pada ibu dengan risiko tinggi, seperti usia di atas 40 tahun atau kontraksi lemah, dengan sayatan di perut. Meski efektif, tetap berisiko perdarahan, infeksi, atau gangguan organ sekitar.

9. Persalinan Anjuran (Induksi). Persalinan yang dirangsang secara medis dengan tindakan seperti pemecahan ketuban atau pemberian oksitosin agar kontraksi dimulai.
10. Persalinan Tindakan. Dilakukan bila persalinan tidak dapat berlangsung spontan, menggunakan alat bantu seperti vakum atau forcep untuk mempercepat proses kelahiran.
11. Sectio Caesarea Perabdominal (SC). Menjadi pilihan terakhir untuk menyelamatkan nyawa ibu dan bayi, terutama bila terdapat panggul sempit (CPD). Meski efektif, berisiko menimbulkan efek anestesi, luka rahim, atau gangguan kandung kemih (Indriani, 2024).

2.1.2.3 Sebab Terjadinya Persalinan

1. Teori Keregangan. Rahim memiliki batas kemampuan meregang. Bila batas ini terlampaui, kontraksi muncul dan memicu persalinan. Pada kehamilan ganda, peregangan terjadi lebih cepat sehingga persalinan cenderung lebih dini.
2. Teori Penurunan Progesteron. Menuanya plasenta sejak 28 minggu menyebabkan penurunan progesteron sehingga uterus lebih sensitif terhadap oksitosin dan memicu kontraksi persalinan.
3. Teori Oksitosin Internal. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron meningkatkan pelepasan oksitosin, yang memperkuat kontraksi uterus hingga persalinan terjadi.
4. Teori Prostaglandin. Peningkatan prostaglandin sejak 15 minggu kehamilan yang diproduksi desidua berperan dalam merangsang kontraksi dan memulai persalinan.
5. Teori Hipotalamus-Pituitari dan Glandula Suprarenalis. Interaksi sistem hormonal ibu dan janin, termasuk kortikosteroid, berperan dalam pematangan janin dan timbulnya kontraksi persalinan.
6. Teori Berkurangnya Nutrisi. Penurunan nutrisi janin dapat memicu tubuh mengakhiri kehamilan lebih cepat sehingga terjadi persalinan.
7. Faktor Lain. Tekanan pada ganglion servikale dari pleksus Frankenhauser di belakang serviks dapat menstimulasi kontraksi uterus.

8. His (Power). His merupakan kekuatan utama persalinan. His persalinan bersifat nyeri, semakin kuat dan teratur, serta menyebabkan pembukaan serviks dan penurunan janin, disertai keluarnya lendir, darah, atau pecah ketuban, sehingga ibu perlu segera ke fasilitas kesehatan (Indriani, 2024).

2.1.2.4 Tanda-Tanda Persalinan

1. His merupakan kontraksi otot rahim yang menimbulkan nyeri di perut bawah dan pinggang, terjadi teratur, dan semakin sering menjelang persalinan. Kontraksi ini dipicu oleh hormon oksitosin serta peregangan dinding rahim akibat janin dan cairan ketuban. His yang efektif bersifat teratur, berpusat di fundus, memiliki fase relaksasi, dan menyebabkan pembukaan serviks. Aktivitas seperti berjalan dapat memperkuat his. Kekuatan kontraksi dinilai menggunakan elektrometer dalam satuan unit Montevideo, yaitu hasil perkalian amplitudo dan frekuensi kontraksi selama 10 menit (Indriani, 2024).
2. Sifat His pada Tiap Kala Persalinan
 - a. Kala I (fase laten): His muncul tiap 10 menit dengan kekuatan sekitar 40 mmHg dan berlangsung 20–30 detik. Serviks membuka hingga 3 cm.
 - b. Kala I (fase aktif): Kontraksi makin kuat (60 mmHg), berlangsung 60–90 detik dengan frekuensi 2–4 kali per 10 menit. Serviks membuka hingga 10 cm.
 - c. Kala II: His mencapai kekuatan 60 mmHg, frekuensi 3–4 kali per 10 menit. Timbul refleks mengejan akibat tekanan kepala janin pada rektum. His ini disebut his pengeluaran karena membantu ibu mendorong bayi keluar.
 - d. Kala III: Kekuatan kontraksi 60–80 mmHg, frekuensi menurun, membantu pelepasan dan pengeluaran plasenta (his pelepasan uri). Setelahnya, masih ada kontraksi ringan yang disebut his pengering.

3. Tanda Lain Persalinan
 - a. Bloody show: Lendir bercampur darah keluar dari vagina akibat robeknya pembuluh kapiler pada serviks yang mulai membuka.
 - b. Ketuban pecah: Cairan ketuban jernih keluar, menandakan persalinan segera dimulai.
 - c. Penurunan kepala janin (lightening): Kepala janin mulai masuk ke panggul, menyebabkan rasa ringan di perut atas, namun tekanan di bawah meningkat dan sering buang air kecil (Indriani, 2024).

2.1.2.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

1. Power (Kekuatan). His atau kontraksi rahim merupakan kekuatan utama yang membantu pembukaan serviks dan mendorong janin ke bawah. Pada presentasi kepala, kontraksi yang kuat akan membantu kepala janin masuk ke rongga panggul. Ibu juga berperan dengan kontraksi involunter dan volunteer secara bersamaan.
2. Passenger (Janin dan Plasenta). Faktor janin meliputi ukuran kepala, letak, presentasi, sikap, dan posisi janin. Malpresentasi atau kelainan bentuk janin dapat menghambat persalinan normal. Plasenta juga dianggap sebagai bagian dari “penumpang” yang harus melewati jalan lahir.
3. Passage (Jalan Lahir). Jalan lahir terdiri dari panggul, dasar panggul, vagina, dan introitus. Struktur panggul, terutama bagian tulangnya, sangat berperan dalam keberhasilan persalinan karena janin harus menyesuaikan diri dengan ruang yang relatif sempit.
4. Position (Posisi Ibu). Posisi tubuh ibu memengaruhi kenyamanan, sirkulasi, dan efektivitas kontraksi. Posisi tegak seperti berdiri, berjalan, duduk, atau jongkok dapat mempercepat kemajuan persalinan serta mengurangi rasa lelah.
5. Psychologic Response (Respons Psikologis). Persalinan dapat menimbulkan rasa takut, cemas, dan tegang yang dapat memperlambat proses kelahiran. Dukungan emosional dan perawatan yang baik sangat

penting untuk membantu ibu melalui proses ini dengan hasil yang optimal bagi ibu, bayi, dan keluarga (Anggraini et al., 2024).

2.1.2.6 Tahap-Tahap Persalinan

1. Kala I dimulai saat kontraksi uterus teratur, kuat, dan menyebabkan pembukaan serviks hingga lengkap (10 cm). Terdiri atas fase laten (pembukaan 0–3/4 cm, kontraksi ringan 20–30 detik, berlangsung ± 8 jam) dan fase aktif (pembukaan 4–10 cm, kontraksi lebih kuat dan sering, 3 kali/10 menit). Pada primigravida berlangsung ± 12 jam, sedangkan multigravida ± 8 jam. Komplikasi yang dapat terjadi antara lain ketuban pecah dini, tali pusat menubung, gawat janin, plasenta obstruksi, dan inersia uteri. Pembukaan serviks berbeda pada primigravida dan multigravida, pada primi serviks menipis dulu, sedangkan pada multi terjadi bersamaan. Pemantauan dilakukan secara berkala: DJJ dan kontraksi tiap 30 menit, pembukaan serviks tiap 4 jam, tekanan darah dan suhu tiap 4 jam, serta urin tiap 2–4 jam. Semua hasil dicatat pada partograf atau KMS ibu hamil.
2. Kala II dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Ciri utamanya: muncul dorongan meneran, kepala janin tampak di introitus, perineum menonjol, vulva membuka, dan ada pengeluaran lendir serta darah. Biasanya berlangsung ± 2 jam pada primigravida dan ± 1 jam pada multigravida. Komplikasi yang dapat muncul: eklampsia, kelelahan ibu, gawat janin, tali pusat menubung, persalinan lama, ruptur uteri, distosia, dan lilitan tali pusat.
3. Kala III dimulai setelah bayi lahir hingga plasenta keluar (maksimal 30 menit). Tanda plasenta lepas: fundus uteri berubah bentuk, tali pusat memanjang, dan terjadi semburan darah. Biasanya plasenta lahir spontan dalam 6–15 menit. Komplikasi yang mungkin terjadi: perdarahan akibat atonia uteri, retensio plasenta, atau robekan jalan lahir.
4. Kala IV berlangsung sejak plasenta lahir hingga 2 jam postpartum. Periode ini penting untuk memantau perdarahan dan kontraksi uterus.

Komplikasi yang bisa timbul meliputi subinvolusi, atonia uteri, perdarahan postpartum, laserasi jalan lahir, atau sisa plasenta (Indriani, 2024).

2.1.2.7 Mekanisme Persalinan

1. Masuknya Kepala ke Pintu Atas Panggul (PAP). Pada primigravida, kepala janin biasanya masuk ke PAP pada bulan terakhir kehamilan, sedangkan pada multipara terjadi saat persalinan dimulai. Posisi kepala menyesuaikan arah punggung janin, dengan sutura sagitalis melintang. Apabila sutura sagitalis berada di tengah antara simfisis dan promontorium, disebut posisi synclitismus. Jika condong ke depan atau ke belakang, disebut asynclitismus (anterior atau posterior). Biasanya kepala masuk dalam posisi asynclitismus posterior ringan dan terfiksasi, disebut engagement.
2. Majunya Kepala Janin. Pada primigravida, kemajuan kepala terjadi setelah memasuki panggul dan biasanya pada kala II, sedangkan pada multipara bisa bersamaan dengan masuknya kepala ke panggul. Gerakan ini disertai fleksi, putaran paksi dalam, dan ekstensi. Faktor yang memengaruhi kemajuan kepala antara lain tekanan cairan ketuban, dorongan fundus uteri, tenaga mengejan, serta perubahan bentuk rahim.
3. Fleksi. Membuat kepala memasuki panggul dengan diameter terkecil (suboccipito bregmatikus 9,5 cm). Hal ini terjadi karena dorongan dari atas dan tahanan dari serviks, dinding panggul, atau dasar panggul. Fleksi maksimal terjadi di dasar panggul, dan tekanan kontraksi menyebabkan rotasi kepala atau putaran paksi dalam.
4. Putaran Paksi Dalam. Merupakan gerakan rotasi bagian depan kepala ke arah depan bawah simfisis. Pada presentasi belakang kepala, ubun-ubun kecil berputar ke arah depan. Rotasi ini penting untuk menyesuaikan kepala dengan bentuk panggul bagian tengah dan bawah, dan biasanya terjadi ketika kepala mencapai Hodge III atau dasar panggul.
5. Ekstensi. Terjadi agar kepala dapat melewati jalan lahir yang mengarah ke depan atas. Ujung suboksiput menjadi titik tumpu di bawah simfisis,

sehingga kepala lahir melalui gerakan defleksi bertahap: ubun-ubun, dahi, muka, dan dagu.

6. Putaran Paksi Luar. Setelah kepala lahir, terjadi rotasi kembali (putaran paksi luar) untuk menyesuaikan posisi kepala dengan punggung janin. Bahu memasuki PAP dalam posisi miring dan menyesuaikan dengan bentuk panggul. Di dasar panggul, bahu berputar ke posisi depan-belakang sehingga bahu depan lahir lebih dahulu, diikuti bahu belakang dan seluruh tubuh bayi keluar.

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir hingga keluarnya plasenta, dengan durasi maksimal 30 menit. Setelah bayi lahir, uterus terasa keras dengan fundus di atas pusat. Beberapa menit kemudian, uterus kembali berkontraksi untuk melepaskan plasenta dari dinding rahim. Kontraksi miometrium menyebabkan penyusutan rongga rahim sehingga area perlekatan plasenta mengecil. Karena plasenta tetap berukuran sama, maka ia melipat, menebal, dan akhirnya terlepas, lalu turun ke bagian bawah rahim atau masuk ke vagina.

Pelepasan plasenta ditandai dengan perubahan ukuran dan bentuk uterus, uterus menjadi bundar dan terdorong ke atas, tali pusat memanjang, lalu terjadi semburan darah mendadak. Plasenta biasanya terlepas spontan dalam 5–15 menit setelah bayi lahir. Sebelum plasenta lahir, fundus setinggi pusat; setelah plasenta keluar, fundus turun sekitar dua jari di bawah pusat. Setelah plasenta lahir sempurna, ibu memasuki masa nifas dan perlu observasi pasca persalinan. Dilakukan pemantauan kala III yaitu palpasi uterus untuk memastikan tidak ada bayi kedua dan menilai kondisi bayi baru lahir; bila tidak stabil segera lakukan perawatan.

Kala IV atau kala observasi adalah tahap pemantauan selama dua jam setelah plasenta lahir untuk mengawasi kondisi ibu, terutama risiko perdarahan postpartum. Periode ini dimulai sejak plasenta lahir hingga dua jam pertama postpartum dan merupakan masa paling kritis. Pemantauan dilakukan setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua; bila kondisi ibu tidak stabil, observasi dilakukan lebih sering. Aspek observasi yang perlu dilakukan adalah tingkat kesadaran ibu, tanda-tanda vital, kontraksi uterus, dan

jumlah perdarahan, dianggap normal bila tidak melebihi 400–500 cc (Ulya, 2022).

2.1.3 Teori Dasar Nifas

2.1.3.1 Definisi Nifas

Masa nifas dimulai sekitar dua jam setelah persalinan dan berakhir ketika organ reproduksi kembali seperti sebelum hamil, biasanya berlangsung selama enam minggu atau 42 hari. Namun, pemulihan total secara fisik dan psikologis dapat memakan waktu hingga tiga bulan. Jika fisik ibu telah pulih tetapi kondisi psikologis masih terganggu, maka masa nifas dianggap belum berjalan sempurna.

Istilah nifas atau puerperium berasal dari bahasa Latin “*puer*” yang berarti bayi dan “*parous*” yang berarti melahirkan. Masa ini dimulai setelah lahirnya plasenta hingga organ kandungan kembali normal. Periode nifas berlangsung sekitar enam minggu dan merupakan masa kritis bagi ibu dan bayi, karena terjadi berbagai perubahan seperti involusi uterus, produksi ASI, penyesuaian sistem tubuh, dan perubahan psikologis (Anggraini et al., 2022).

2.1.3.2 Tahapan Masa Nifas

1. *Peurperium dini (immediate peurperium)*, masa pemulihan awal setelah persalinan (0–24 jam postpartum) di mana ibu sudah diperbolehkan berdiri dan berjalan. Pada tahap ini sering terjadi perdarahan akibat atonia uteri, sehingga bidan perlu memantau kondisi uterus, lokhea, tekanan darah, dan suhu tubuh secara rutin. Dalam Islam, masa nifas dianggap bersih setelah 40 hari.
2. *Peurperium intermedial (early peurperium)*, tahap pemulihan organ reproduksi yang berlangsung sekitar 6–8 minggu. Bidan harus memastikan involusi uterus berjalan normal, tidak ada perdarahan atau infeksi (lokhea tidak berbau, suhu normal), serta ibu memperoleh asupan nutrisi dan cairan cukup dan dapat menyusui dengan baik.
3. *Remote peurperium (later peurperium)*, tahap pemulihan sempurna, terutama bagi ibu yang mengalami komplikasi selama kehamilan atau persalinan. Proses ini bisa memakan waktu beberapa minggu hingga

tahun. Pada masa ini, bidan tetap melakukan perawatan, pemeriksaan rutin, dan memberikan konseling KB (Anggraini et al., 2022).

2.1.3.3 Perubahan Fisiologi pada Masa Nifas

1. Perubahan Sistem Reproduksi

- a. Involusi uteri adalah proses kembalinya rahim ke ukuran normal akibat kontraksi otot polos uterus setelah plasenta lahir. Pada akhir kala III, berat uterus sekitar 1000 g dan akan menurun bertahap hingga 50–60 g dalam 6 minggu. Penurunan estrogen dan progesteron memicu autolisis jaringan hipertrofi. Kegagalan involusi (subinvolusi) umumnya disebabkan sisa plasenta atau infeksi.
- b. Involusi Tempat Implantasi Plasenta. Area bekas implantasi plasenta awalnya sebesar telapak tangan, kemudian mengecil hingga 1–2 cm pada akhir masa nifas. Penyembuhan terjadi tanpa jaringan parut melalui regenerasi endometrium yang berlangsung sekitar 6 minggu.
- c. Perubahan ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang saat kehamilan akan berangsur kembali normal. Kadang ligamentum rotundum menjadi kendur, menyebabkan uterus retrofleksi atau keluhan “rahim turun”.
- d. Serviks kembali padat dalam waktu ± 6 minggu. Setelah melahirkan, serviks tampak merah kehitaman, lunak, dan mungkin robek kecil. Ostium eksternum yang semula terbuka lebar akan menyempit secara bertahap dan pada minggu pertama hanya dapat dilewati satu jari.
- e. Lokia merupakan cairan berisi darah, jaringan desidua, dan secret pascapersalinan yang berubah warna seiring waktu: rubra (hari 1–3) berwarna merah, sanguinolenta (hari 4–7) berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serosa (hari 7–14) berwarna kuning kecoklatan, dan alba (minggu 2–6) berwarna putih. Lokia yang

menetap merah lebih dari 2 minggu atau berbau busuk menandakan gangguan involusi atau infeksi.

2. Vulva dan vagina mengalami peregangan sehingga menjadi kendur sementara. Mukosa vagina menipis dan rugae menghilang akibat rendahnya estrogen, namun pulih dalam 6–8 minggu. Perineum mulai membaik sejak hari ke-5, sedangkan luka episiotomi umumnya sembuh dalam 2–3 minggu tetapi dapat terinfeksi bila tidak dirawat
3. Perubahan Sistem Pencernaan. Nafsu makan biasanya kembali dalam beberapa hari setelah persalinan. Penurunan motilitas usus dapat menyebabkan konstipasi awal nifas, yang dipengaruhi anestesi, nyeri, dan kurang asupan cairan. Hal ini diperparah oleh nyeri perineum, hemoroid, kurang cairan, dan ketakutan buang air besar. Kondisi ini dapat dicegah dengan serat, cairan, dan mobilisasi dini.
4. Perubahan Sistem Perkemihan. Gangguan berkemih dapat terjadi pada 24 jam pertama akibat edema dan spasme sfingter. Diuresis meningkat dalam 12–36 jam karena penurunan estrogen, sementara tonus kandung kemih pulih dalam 5–7 hari. Retensi urine dapat meningkatkan risiko infeksi dan perdarahan.
5. Perubahan Sistem Muskuloskeletal (Diastasis Recti Abdominis). Otot dan ligamen yang meregang akan pulih dalam 6–8 minggu. Diastasis recti abdominis dapat terjadi terutama pada multipara atau kehamilan ganda, dan menyebabkan kelemahan dinding perut dan hernia. Dapat dikurangi dengan senam nifas.
6. Perubahan Sistem Endokrin. Estrogen dan progesteron menurun drastis, sedangkan prolaktin dan oksitosin meningkat untuk memicu laktasi dan kontraksi uterus. Hormon plasenta (termasuk HCG) turun cepat dalam 7 hari. FSH dan LH mulai meningkat setelah minggu ke-3, sedangkan ovulasi tertunda terutama pada ibu menyusui. Penurunan estrogen memungkinkan ASI diproduksi optimal.

7. Perubahan Tanda Vital
 - a. Suhu: naik sementara ($\leq 38^{\circ}\text{C}$) dalam 24 jam pertama akibat kelelahan dan pembentukan ASI. Jika tetap tinggi, kemungkinan infeksi.
 - b. Nadi: sedikit meningkat setelah melahirkan.
 - c. Tekanan darah: biasanya stabil, bisa menurun karena perdarahan atau meningkat bila preeklamsia postpartum.
 - d. Pernapasan: kembali normal dalam beberapa minggu.
8. Perubahan Sistem Kardiovaskular. Selama persalinan, kehilangan darah sekitar 300–400 ml (vaginal) atau dua kali lipat pada SC. Volume darah kembali normal dalam 3–4 minggu. Curah jantung meningkat sesaat setelah melahirkan akibat darah dari sirkulasi plasenta kembali ke sirkulasi umum, kemudian menurun bertahap.
9. Perubahan Sistem Hematologi. Darah menjadi lebih kental setelah persalinan, dengan peningkatan leukosit fisiologis hingga 25.000–30.000. Kadar hemoglobin dan hematokrit meningkat sementara dan kembali normal dalam 4–5 minggu (Azizah & Rosyidah, 2019).

2.1.3.4 Proses Adaptasi Psikologi pada Masa Nifas

1. Fase Adaptasi Psikologis Masa Nifas
 - a. Fase Taking In (1–2 hari pasca melahirkan). Ibu masih pasif dan fokus pada dirinya sendiri. Ia sering menceritakan pengalaman persalinan dan membutuhkan dukungan emosional dari suami serta keluarga. Istirahat dan nutrisi cukup diperlukan untuk mempercepat pemulihan fisik dan mental.
 - b. Fase Taking Hold (3–10 hari). Ibu mulai khawatir tentang kemampuannya merawat bayi, mudah tersinggung, dan sensitif. Bimbingan serta dukungan sangat dibutuhkan agar ibu percaya diri menjalankan peran barunya.
 - c. Fase Letting Go (≥ 10 hari). Ibu mulai menerima peran sebagai orang tua, lebih mandiri, dan mampu menyesuaikan diri dengan tanggung

jawab baru. Dukungan keluarga tetap penting untuk menghindari kelelahan dan risiko depresi.

Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Adaptasi

- a. Dukungan Keluarga dan Teman. Dukungan positif mempercepat adaptasi dan membantu tenaga kesehatan memberikan asuhan yang tepat.
 - b. Pengalaman melahirkan memengaruhi persepsi ibu terhadap peran keibuannya dan kedewasaan emosionalnya.
 - c. Pengalaman Sebelumnya. Ibu yang pernah melahirkan tetap memerlukan dukungan, terutama dalam bentuk apresiasi dan penguatan.
 - d. Budaya dan adat dapat memengaruhi adaptasi ibu. Bidan perlu bijak dalam menyikapi perbedaan budaya tanpa mengurangi mutu pelayanan.
2. Postpartum blues atau baby blues merupakan gangguan mood ringan yang dialami sekitar 80% ibu setelah melahirkan. Gejalanya antara lain sedih, mudah menangis, mudah marah, cemas, kelelahan, dan perasaan bersalah. Kondisi ini muncul 3–5 hari setelah melahirkan dan biasanya membaik dalam 1–2 minggu. Penyebabnya meliputi perubahan hormon secara drastis, kelelahan, rasa nyeri, stres, dan kurangnya dukungan sosial. Cara mengatasinya:
- a. Mempersiapkan diri secara emosional sejak hamil.
 - b. Mengungkapkan perasaan kepada orang terdekat.
 - c. Mendapatkan istirahat cukup.
 - d. Menerima peran baru dengan ikhlas.
 - e. Melakukan aktivitas ringan dan mencari dukungan keluarga.
 - f. Berkonsultasi ke tenaga kesehatan bila gejala menetap.
3. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) merupakan alat skrining depresi pascapersalinan berupa kuesioner berisi 10 pertanyaan tentang perubahan suasana hati dan kecemasan. Jika hasilnya belum jelas,

pengisian diulang dua minggu kemudian untuk memastikan diagnosis dan menentukan tindak lanjut yang tepat.

4. Kesedihan dan Depresi Pascamelahirkan. Sekitar 10% ibu mengalami depresi pascapersalinan yang bisa berlangsung 3–6 bulan atau lebih. Penyebabnya meliputi faktor psikologis, sosial, dan pengalaman melahirkan. Kehilangan peran, perhatian, atau kedekatan emosional dengan bayi dapat memperberat kondisi ini. Tanda depresi berat: perubahan mood drastis, gangguan tidur dan makan, kehilangan minat, munculnya rasa takut menyakiti diri atau bayi (Nurseha et al., 2024).

2.1.3.5 Kebutuhan Dasar pada Masa Nifas

1. Nutrisi dan Cairan. Ibu nifas dan menyusui memerlukan asupan gizi seimbang dan cairan yang cukup untuk pemulihan pascapersalinan serta menunjang kualitas dan produksi ASI. Kebutuhan energi meningkat sekitar 25% atau ± 400 –500 kalori per hari, terutama selama 6 bulan pertama menyusui. Asupan harus mencakup makronutrien dan mikronutrien penting, seperti vitamin A, B6, asam folat, dan Fe. Ibu dianjurkan menghindari makanan tidak sehat serta mengonsumsi cairan minimal 8 gelas atau ± 3 liter per hari.
2. Mobilisasi dini dilakukan segera setelah persalinan bila tidak terdapat komplikasi, dimulai dari miring, duduk, berdiri, hingga berjalan. Tindakan ini bermanfaat meningkatkan sirkulasi darah, mempercepat pemulihan, melancarkan lochea, memperbaiki fungsi eliminasi, serta mencegah thrombosis.
3. Eliminasi
 - a. Miksi dilakukan spontan dalam 6–8 jam pascapersalinan. Retensi urin dapat menghambat kontraksi uterus dan meningkatkan risiko perdarahan. Bila sulit berkemih, dapat dilakukan stimulasi atau tindakan sesuai indikasi.
 - b. Defekasi umumnya terjadi pada hari ke-2 atau ke-3. Untuk mencegah konstipasi, ibu dianjurkan mengonsumsi serat dan cairan

yang cukup, serta diberikan intervensi bila BAB tertunda lebih dari tiga hari.

4. Personal hygiene perlu dijaga untuk mencegah infeksi dan meningkatkan kenyamanan, dengan mandi rutin, mengganti pakaian dan pembalut secara teratur, menjaga kebersihan genital, serta mencuci tangan sebelum dan sesudah perawatan diri.
5. Istirahat yang cukup sekitar 8 jam malam dan 1 jam siang, guna mendukung involusi uterus, produksi ASI, serta mencegah kelelahan dan gangguan psikologis.
6. Hubungan seksual dapat dilakukan setelah perdarahan berhenti dan tidak ada keluhan nyeri, umumnya setelah 6 minggu. Hubungan terlalu dini berisiko infeksi. Penurunan libido dapat terjadi akibat perubahan hormon dan kelelahan, sehingga penggunaan kontrasepsi dianjurkan setelah masa nifas
7. Perawatan payudara bertujuan mencegah bendungan ASI dan mendukung kelancaran menyusui. Dilakukan dengan menjaga kebersihan, memakai bra yang nyaman, teknik menyusui yang benar, pijatan lembut, serta perawatan puting untuk mencegah lecet.
8. Senam nifas dapat dimulai 6 jam setelah persalinan secara bertahap untuk memulihkan kekuatan otot dan fungsi reproduksi. Manfaatnya meliputi percepatan involusi uterus, kelancaran lochea, peningkatan sirkulasi, produksi ASI, serta kualitas istirahat. Pada persalinan normal dilakukan bertahap, sedangkan pasca operasi caesar dimulai dari latihan ringan sesuai kondisi (Anggraini et al., 2022).

2.1.3.6 Asuhan Kunjungan Nifas

Tabel 2.3 Kunjungan Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
KF-1	6-48 Jam	<ul style="list-style-type: none"> a. Mencegah perdarahan akibat atonia uteri b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain dari perdarahan, dan merujuk jika perdarahan berlanjut c. Memberikan konseling kepada ibu atau anggota keluarga tentang cara mencegah perdarahan karena atonia uteri d. Memberikan ASI awal dan membangun hubungan antara ibu dan bayi baru lahir e. Menjaga bayi agar tetap sehat dengan mencegah hipotermia
KF-2	3-7 Hari	<ul style="list-style-type: none"> a. Memeriksa involusi uterus untuk memastikan bahwa proses pemulihan berjalan dengan normal b. Memeriksa tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal c. Memastikan ibu mendapatkan asupan makanan, cairan, dan istirahat yang cukup d. Memastikan bahwa ibu menyusui dengan baik dan tidak mengalami komplikasi e. Memberikan konseling kepada ibu tentang perawatan bayi dan tali pusat, serta cara menjaga bayi tetap hangat dan merawatnya sehari-hari
KF-3	8-28 Hari	Memeriksa kondisi rahim untuk memastikan bahwa sudah kembali normal dengan mengukur dan memeriksa bagian rahim
KF-4	29-42 Hari	<ul style="list-style-type: none"> a. Menanyakan ibu tentang kemungkinan komplikasi yang dialami oleh ibu dan bayi b. Memberikan konseling tentang penggunaan kontrasepsi secara dini

Sumber: (Nurseha et al., 2024).

2.1.3.7 Tanda Bahaya pada Masa Nifas

1. Perdarahan pervaginam (Atonia uteri, robekan jalan lahir, retensio plasenta, tertinggalnya sisa plasenta, dan inversion uteri).
2. Infeksi masa nifas (Infeksi pada vulva, vagina, dan serviks, endometritis, septicemia dan pyemia, peritonitis, salpingitis, dan ooforitis).

3. Sakit kepala, nyeri epigastrium, dan penglihatan kabur (Pre-eklamsia ringan, pre-eklamsia berat).
4. Pembengkakan di wajah atau ekstremitas
5. Demam, muntah, rasa sakit waktu berkemih
6. Payudara berubah menjadi merah, panas, dan sakit (Bendungan ASI, mastitis, abses payudara).
7. Kehilangan nafsu makan untuk jangka waktu yang lama
8. Rasa sakit, dan pembengkakan kaki
9. Merasa sedih atau tidak mampu untuk merawat bayi dan diri sendiri (Nurseha et al., 2024).

2.1.3.8 Komplikasi pada Masa Nifas

1. Perdarahan Postpartum. Kehilangan darah >500 ml setelah persalinan normal atau >1000 ml pada bedah sesar. Kondisi ini sering disebabkan oleh atonia uteri, robekan jalan lahir, retensio plasenta, inversio uteri, gangguan pembekuan darah, atau anemia selama kehamilan. Tanda dan gejalanya meliputi lemas, pucat, berkeringat dingin, sesak, nadi cepat (>100x/menit), dan tekanan darah <90 mmHg.
2. Infeksi masa nifas terjadi akibat masuknya bakteri ke saluran genital setelah melahirkan, ditandai suhu $\geq 38^{\circ}\text{C}$ selama dua hari dalam 10 hari pertama postpartum (kecuali 24 jam pertama). Penyebab utama adalah *Streptococcus anaerob*. Faktor risiko: daya tahan tubuh rendah, persalinan lama, ketuban pecah lama, sisa plasenta, luka terbuka, teknik aseptik buruk, dan perawatan perineum yang tidak higienis.
3. Preeklampsia-eklampsia postpartum ditandai tekanan darah tinggi dan proteinuria setelah melahirkan, dapat muncul hingga 28 hari postpartum. Faktor risikonya meliputi riwayat hipertensi, diabetes, obesitas, usia ekstrem (<18 atau >35 tahun), kehamilan ganda, serta riwayat preeklampsia sebelumnya.
4. Luka perineum dapat terjadi akibat robekan spontan (ruptur) atau tindakan episiotomi. Derajat luka: I hanya mukosa vagina; II mengenai otot perineum; III melibatkan sfingter ani; IV mencapai dinding rektum.

5. Sakit kepala dan nyeri epigastrium bisa menandakan preeklampsia atau gangguan serebral akibat edema otak dan peningkatan tekanan darah. Nyeri epigastrium (di ulu hati) sering dikaitkan dengan preeklampsia– eklampsia dan dapat disertai gangguan pernapasan atau nyeri dada.
6. Masalah Perkemihan. Setelah melahirkan, kapasitas kandung kemih meningkat dan sensasinya menurun, menyebabkan retensi urin, distensi, atau infeksi.
7. Anemia postpartum ditandai kadar Hb <11 g/dl akibat kehilangan darah, kurang zat besi, atau peningkatan kebutuhan selama menyusui. Dampaknya meliputi lemah, pucat, menurunnya produksi ASI, dan risiko infeksi (Dewi et al., 2024).

2.1.4 Teori Dasar Bayi Baru Lahir (BBL)

2.1.4.1 Definisi BBL

Bayi Baru Lahir (BBL) merupakan periode awal kehidupan bayi sejak lahir hingga mencapai usia 28 hari. Bayi baru lahir normal didefinisikan sebagai bayi yang dilahirkan pada usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat badan lahir antara 2.500 sampai 4.000 gram. Periode ini tergolong masa yang sangat rentan karena bayi berada dalam tahap penyesuaian fungsi organ yang baru mulai bekerja secara mandiri. Apabila tidak dilakukan pemantauan dan perawatan yang optimal, berbagai gangguan kesehatan dapat terjadi dan berpotensi menimbulkan komplikasi. Secara umum, bayi baru lahir normal memiliki karakteristik tertentu, antara lain lahir spontan dengan presentasi kepala, berat badan 2.500–4.000 gram, panjang badan 48–52 cm, lingkar kepala 33–35 cm, lingkar dada 30–38 cm, serta lingkar lengan sekitar 11–12 cm. Bayi juga menunjukkan nilai APGAR antara 7–10 dan tidak memiliki kelainan kongenital atau cacat bawaan (Rufaindah et al., 2020).

2.1.4.2 Klasifikasi Neonatus

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi yang dilahirkan dengan berat badan kurang dari 2.500 gram. Klasifikasi BBLR berdasarkan berat badan lahir, yaitu:

1. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR): bayi dengan berat badan saat lahir antara 1.500–2.500 gram.
2. Berat Badan Lahir Sangat Rendah (BBLSR): bayi dengan berat badan saat lahir kurang dari 1.500 gram.
3. Berat Badan Lahir Ekstrim (BBLE): bayi dengan berat badan saat lahir kurang dari 1.000 gram.

Sedangkan klasifikasi BBLR berdasarkan masa gestasi terdiri dari:

1. Prematur Murni, yaitu bayi yang lahir pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu dengan berat badan sesuai usia kehamilannya, yang sering disebut juga bayi kurang bulan.
2. Dismatur, yaitu bayi yang lahir pada usia kehamilan 37 minggu atau lebih, namun memiliki berat badan lahir kurang dari 2.500 gram karena mengalami hambatan pertumbuhan intrauterine (Rufaindah et al., 2020).

2.1.4.3 Ciri-Ciri Bayi Lahir Normal

1. Antropometri: berat badan 2.500–4.000 gram, panjang badan 48–52 cm, lingkar dada 30–38 cm, dan lingkar kepala 33–35 cm.
2. Denyut jantung sekitar 180 kali per menit segera setelah lahir dan menurun menjadi 120–140 kali per menit.
3. Frekuensi napas sekitar 80 kali per menit pada menit-menit awal kehidupan dan secara bertahap menurun menjadi sekitar 40 kali per menit.
4. Kulit tampak kemerahan, licin, dengan lapisan lemak subkutan dan adanya lanugo.
5. Kuku biasanya tampak panjang dan lembek.
6. Genitalia: pada bayi perempuan, labia mayora menutupi labia minora; pada bayi laki-laki, testis telah turun ke skrotum.
7. Refleks hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.

8. Refleks moro muncul jelas ketika bayi terkejut.
9. Eliminasi: urine dan mekonium keluar dalam 24 jam pertama setelah lahir.

Oleh sebab itu, perlu dilakukan pemantauan rutin terhadap suhu tubuh dan lingkungan, tanda-tanda vital, berat badan, kondisi kulit dan perawatan tali pusat, pola napas, serta sirkulasi darah. Pergerakan dada dan perut harus sinkron tanpa retraksi, denyut nadi perifer teraba, dan tekanan darah diukur bila diperlukan (Rufaindah et al., 2020).

2.1.4.4 Kebutuhan Dasar Perawatan BBL

1. Pencegahan infeksi sebelum dan sesudah melakukan kontak dengan bayi, wajib mencuci tangan dengan benar dan menggunakan sarung tangan bersih, terutama saat menangani bayi yang belum dimandikan. Semua alat seperti klem, gunting, penghisap lendir, dan benang tali pusat harus dalam kondisi steril atau telah didesinfeksi tingkat tinggi. Pakaian, kain, handuk, selimut, serta alat pemeriksaan seperti timbangan, pita ukur, termometer, dan stetoskop juga harus bersih dan siap digunakan.
2. Perawatan Tali Pusat. Setelah plasenta lahir dan kondisi ibu stabil, ikat tali pusat sekitar 1 cm dari pangkal menggunakan benang steril atau klem plastik. Pastikan area tali pusat tetap kering dan bersih. Setelah perawatan selesai, selimuti bayi kembali dengan kain bersih dan pastikan kepala bayi tertutup.
3. Mempertahankan suhu tubuh bayi sehingga harus dijaga tetap hangat. Pencegahan hipotermia dilakukan dengan mengeringkan tubuh bayi, menyelimuti dengan kain bersih dan hangat, menutup kepala, menganjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui, serta menempatkan bayi di lingkungan hangat sebelum dilakukan penimbangan.
4. Pencegahan Infeksi Lanjutan. Pemberian vitamin K diberikan untuk mencegah perdarahan akibat defisiensi vitamin K (1 mg oral selama 3 hari atau 0,5–1 mg intramuskular pada bayi berisiko tinggi). Pemberian obat mata dilakukan dalam satu jam pertama setelah lahir menggunakan

salep eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1% untuk mencegah infeksi mata akibat klamidia atau gonore (Rufaindah et al., 2020).

5. Inisiasi Menyusu Dini (IMD) merupakan upaya memberikan kesempatan bayi untuk segera menyusu setelah lahir dengan cara membiarkan mencari dan menemukan puting susu ibu secara mandiri, yang mendukung keberhasilan ASI eksklusif dan memperpanjang durasi menyusui. IMD bermanfaat bagi bayi sebagai sumber nutrisi terbaik, mudah dicerna, jarang menimbulkan alergi, kaya enzim dan antibodi, mendukung pertumbuhan, perkembangan otak, kesehatan gigi, dan berat badan optimal, serta mempererat ikatan ibu dan bayi; bagi ibu, menyusui lebih praktis dan ekonomis, membantu mempercepat involusi uterus dan mengurangi perdarahan, menunda kehamilan, meningkatkan kedekatan emosional, serta menurunkan risiko kanker payudara dan ovarium; dan bagi masyarakat, ASI memberikan manfaat ekonomi dengan mengurangi pengeluaran, mendukung program KB, mempererat hubungan keluarga, menekan biaya pelayanan kesehatan, menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi, serta membantu menciptakan generasi yang lebih sehat dan berkualitas (Gunarmi et al., 2023).
6. ASI eksklusif merupakan pemberian ASI kepada bayi tanpa tambahan makanan atau minuman lain hingga usia 6 bulan. ASI terdiri dari tiga tahap utama, yaitu kolostrum (hari 1–7) yang berwarna kekuningan dan kaya protein serta zat kekebalan seperti IgA, laktoferin, leukosit, vitamin larut lemak, dan faktor pertumbuhan; ASI transisi (hari 7–14) dengan kandungan protein yang mulai menurun serta peningkatan lemak, laktosa, vitamin larut air, dan volume; serta ASI matur (mulai hari ke-14) yang komposisinya relatif stabil dan terdiri dari foremilk sebagai pemenuh cairan serta hindmilk yang kaya lemak sebagai sumber energi utama. Pemberian ASI eksklusif bermanfaat bagi bayi dalam mendukung pertumbuhan fisik dan perkembangan otak, meningkatkan daya tahan tubuh, menurunkan risiko infeksi dan alergi, serta menjaga berat badan tetap ideal; sedangkan bagi ibu, menyusui membantu

menurunkan risiko kanker payudara, merangsang kontraksi rahim melalui hormon oksitosin sehingga mengurangi perdarahan pasca persalinan, membantu penurunan berat badan, berperan sebagai kontrasepsi alami, serta mempererat ikatan emosional antara ibu dan bayi (Gunarmi et al., 2023).

2.1.4.5 Pemeriksaan Fisik pada BBL

1. Pemeriksaan segera setelah lahir, dilakukan penilaian awal untuk menilai kondisi bayi dengan menggunakan skor APGAR pada menit pertama dan kelima.

Tabel 2.4 Nilai APGAR Score

Tanda	0	1	2
Warna Kulit (<i>Appearance</i>)	Biru, pucat	Badan kemerahan, ekstremitas biru	Seluruh badan kemerahan
Frekuensi Denyut Jantung (<i>Pulse</i>)	Tidak ada	<100	>100
Iritabilitas Reflek (<i>Grimace</i>)	Tidak ada respon	Meringis	Menangis kuat
Tonus Otot (<i>Activity</i>)	Fleksi	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerak aktif
Usaha Bernapas (<i>Respiration</i>)	Tidak ada	Pelan, tidak teratur	Baik, menangis

Sumber: (Abubakar et al., 2024).

Keterangan:

- a. Nilai 7–10: bayi normal
 - b. Nilai 4–6: asfiksia sedang
 - c. Nilai 0–3: asfiksia berat
2. Pemeriksaan Kondisi Umum. Menilai kesadaran, tampilan umum bayi, serta kesan bayi tampak sehat atau menunjukkan tanda sakit.
 3. Pemeriksaan tanda vital meliputi pengukuran suhu tubuh (36,5–37,5°C), frekuensi nadi (120–160 kali/menit, lebih rendah saat tidur), frekuensi napas (40–60 kali/menit), dan tekanan darah (60–90 mmHg).
 4. Pemeriksaan antropometri meliputi berat badan (2.500–4.000 gram), panjang badan (48–52 cm), lingkar kepala (31–38 cm laki-laki; 30,5–37,5 cm perempuan), dan lingkar dada (30–38 cm). Hasil pengukuran diplot pada kurva pertumbuhan untuk menilai kesesuaian masa

kehamilan (SMK, KMK, BMK) dan mendeteksi adanya growth restriction.

5. Pemeriksaan kepala dan wajah untuk menilai bentuk dan ukuran kepala, kondisi sutura, fontanela, adanya molase atau hematoma, serta simetri wajah. Diperhatikan pula tanda kelainan seperti Down Syndrome.
6. Pemeriksaan mata, hidung, mulut, dan telinga untuk menilai kebersihan dan simetri mata, adanya perdarahan atau kelainan; memeriksa bentuk dan kebersihan hidung; kondisi bibir, lidah, gusi, dan langit-langit; serta kesimetrisan dan bentuk daun telinga.
7. Pemeriksaan dada dan abdomen untuk menilai bentuk dan gerakan dada saat napas, suara jantung dan paru, serta jaringan payudara. Abdomen diperiksa untuk mendeteksi distensi, massa, warna tali pusat, dan aktivitas bising usus.
8. Pemeriksaan Genitalia dan Anus. Pada bayi laki-laki, diperiksa posisi penis, meatus, dan testis; sedangkan pada bayi perempuan diperhatikan bentuk labia, klitoris, serta kemungkinan perdarahan fisiologis. Anus dinilai letak dan kepatenannya, serta pengeluaran mekonium dalam 24 jam pertama.
9. Pemeriksaan ekstremitas dan punggung untuk menilai panjang, bentuk, simetri, kekuatan, serta jumlah jari tangan dan kaki. Punggung diperiksa untuk mendeteksi kelainan tulang belakang seperti skoliosis atau spina bifida.
10. Pemeriksaan neuromuskular dan refleks fisiologis untuk menilai refleks dasar bayi seperti:
 - a. Moro: respons mengejut dengan gerakan tangan melebar.
 - b. Rooting dan Sucking: refleks mencari dan mengisap puting susu.
 - c. Grasp: menggenggam jari atau benda yang disentuh pada telapak tangan.
 - d. Tonic Neck, Babinski, Galant, dan Bauer: refleks tubuh untuk menilai perkembangan saraf motorik (Rufaindah et al., 2020).

2.1.4.6 Tanda Bahaya Neonatus

1. Tanda Bahaya Sistem Pernapasan pada Neonatus
 - a. Sesak napas ditandai dengan napas tampak berat atau bayi tampak kesulitan bernapas. Kondisi ini dapat disebabkan oleh infeksi, prematuritas, atau Respiratory Distress Syndrome (RDS).
 - b. Frekuensi napas cepat (>60 kali/menit) merupakan tanda adanya gangguan pernapasan yang menunjukkan bayi berusaha memenuhi kebutuhan oksigen tubuhnya.
 - c. Retraksi dinding dada terlihat adanya tarikan pada dinding dada saat inspirasi, menandakan penggunaan otot bantu napas dan pernapasan yang tidak efektif.
 - d. Stridor merupakan suara napas abnormal bernada tinggi akibat adanya sumbatan pada jalan napas bagian atas.
 - e. Sianosis ditandai dengan warna kebiruan pada bibir, lidah, atau ujung jari, yang menunjukkan kondisi hipoksia dan termasuk keadaan gawat darurat.

Penanganan awal meliputi pemberian oksigen, penggunaan alat bantu napas sesuai indikasi, pemantauan ketat, serta perawatan di NICU apabila kondisi memburuk.

2. Tanda Bahaya Sistem Kardiovaskular pada Neonatus
 - a. Denyut jantung tidak normal (bradikardia atau takikardia) menunjukkan adanya gangguan fungsi jantung atau sirkulasi darah yang dapat mengancam stabilitas hemodinamik neonatus.
 - b. Perubahan warna kulit menjadi pucat atau sianosis mengindikasikan gangguan perfusi jaringan atau oksigenasi darah yang tidak adekuat.
 - c. Perfusi kapiler buruk (waktu pengisian kapiler >3 detik) menandakan sirkulasi perifer yang tidak efektif dan kemungkinan adanya gangguan aliran darah.
 - d. Edema pada ekstremitas atau wajah dapat berkaitan dengan gagal jantung atau gangguan keseimbangan cairan dalam tubuh neonatus.

- e. Kebutuhan deteksi dan penanganan segera. Seluruh tanda bahaya tersebut memerlukan pemantauan ketat dan intervensi medis dini untuk mencegah komplikasi yang lebih serius.
3. Tanda Bahaya Sistem Gastrointestinal pada Neonatus
 - a. Muntah terus-menerus (terutama muntah hijau atau berdarah) menunjukkan kemungkinan adanya obstruksi usus atau perdarahan saluran cerna yang memerlukan penanganan segera.
 - b. Perut buncit dan tegang dapat mengindikasikan gangguan pencernaan serius, seperti penumpukan gas, obstruksi usus, atau enterokolitis nekrotikan.
 - c. Tidak BAB lebih dari 48 jam dapat mengarah pada penyakit Hirschsprung, sedangkan diare berkepanjangan dapat menyebabkan dehidrasi dan gangguan elektrolit.
 - d. Adanya darah dalam tinja menandakan kemungkinan perdarahan usus atau kondisi seperti enterokolitis nekrotikan dan intususepsi.
 - e. Implikasi Klinis. Kondisi-kondisi tersebut memerlukan deteksi dini, stabilisasi neonatus, pemeriksaan penunjang, serta intervensi medis yang cepat dan tepat untuk mencegah komplikasi yang lebih berat.
 4. Tanda Bahaya Umum pada Neonatus
 - a. Demam Tinggi atau Hipotermia. Kondisi ini dapat menandakan adanya infeksi serius atau gangguan regulasi suhu tubuh, sehingga memerlukan penanganan medis segera.
 - b. Lemas dan Kurang Responsive. Keadaan ini merupakan tanda bahaya karena dapat berhubungan dengan hipoglikemia, gangguan elektrolit, atau infeksi sistemik.
 - c. Kejang pada neonatus termasuk kondisi gawat darurat yang dapat disebabkan oleh hipoksia, hipoglikemia, infeksi, atau kelainan metabolik dan membutuhkan evaluasi serta stabilisasi segera.
 - d. Penurunan Berat Badan Lebih dari 10% atau Gagal Tumbuh. Kondisi ini menunjukkan kemungkinan adanya masalah nutrisi atau penyakit mendasar yang perlu ditangani lebih lanjut.

Pengenalan dini tanda bahaya pada neonatus sangat penting untuk mencegah komplikasi serta menurunkan angka kesakitan dan kematian neonatus (Abubakar et al., 2024).

2.1.4.7 Asuhan pada BBL

1. Kunjungan Neonatus

Tabel 2.5 Kunjungan Neonatus

Pelayanan Kunjungan	Waktu	Penatalaksanaan
KN-1	6-48 Jam	a. Menjaga kehangatan bayi b. ASI eksklusif c. Perawatan tali pusat
KN-2	3-7 Hari	a. Menjaga kehangatan bayi b. ASI eksklusif c. Pencegahan infeksi d. Perawatan tali pusat
KN-3	8-28 Hari	a. Pemeriksaan ada tidaknya tanda bahaya dan gejala sakit b. Menjaga kehangatan bayi c. ASI eksklusif d. Perawatan tali pusat

Sumber: (Kemenkes RI, 2024).

2. Imunisasi

Tabel 2.6 Imunisasi Dasar Bayi dan Baduta

Usia	Jenis Imunisasi	Mencegah
0-24 Jam	HB0	Hepatitis B, Kanker Hati
1 Bulan	BCG, OPV 1	Tuberkulosis, Polio
2 Bulan	DPT-HB-HIB 1, OPV 2, PCV 1, RV 1 *	Difteri, Pertusis, Tetanus, Hepatitis B & Kanker Hati, Polio, Meningitis, Pneumonia, Diare
3 Bulan	DPT-HB-HIB 2, OPV 3, PCV 2, RV 2 *	Difteri, Pertusis, Tetanus, Hepatitis B & Kanker Hati, Polio, Meningitis, Pneumonia, Diare
4 Bulan	DPT-HB-HIB 3, OPV 4, IPV 1, RV 3 *	Difteri, Pertusis, Tetanus, Hepatitis B & Kanker Hati, Polio, Meningitis, Pneumonia, Diare
9 Bulan	Campak Rubella 1, IPV 2 ***	Campak Rubella, Polio
10 Bulan	JE **	Japanese Encephalitis (Hanya Untuk Daerah Endemis)

12 Bulan	PCV 3	Pneumonia
18 Bulan	DPT-HB-HIB 4, Campak Rubella 2	Difteri, Pertusis, Tetanus, Hepatitis B & Kanker Hati, Meningitis, Pneumonia, Campak Rubella

Sumber: (Kemenkes RI, 2024).

2.1.5 Teori Dasar Keluarga Berencana

2.1.5.1 Definisi KB

Keluarga Berencana (KB) adalah upaya untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga melalui pengaturan kehamilan, jarak dan jumlah kelahiran, serta usia ideal menikah dan melahirkan. Sesuai Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009, pelaksanaan KB dilakukan melalui promosi, perlindungan, dan bantuan yang menjunjung hak reproduksi guna mewujudkan keluarga berkualitas. Pengaturan tersebut dilakukan dengan pemanfaatan metode dan alat kontrasepsi disertai edukasi kesehatan reproduksi agar pasangan suami istri dapat merencanakan kehidupan reproduksi secara bertanggung jawab.

Pelayanan KB merupakan bagian dari upaya promotif dan preventif dalam pelayanan kesehatan, khususnya untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak melalui pendekatan siklus hidup dan kesinambungan pelayanan. Pelayanan diberikan sesuai kebutuhan sasaran, mulai dari remaja hingga wanita usia subur, dengan tetap memperhatikan aspek agama, budaya, etika, dan kesehatan, serta menempatkan suami dan istri pada hak dan kewajiban yang setara. KB berperan penting dalam menjaga kesehatan reproduksi dan mendukung kesejahteraan keluarga serta pembangunan kependudukan berkelanjutan (Hanifah et al., 2023).

2.1.5.2 Tujuan Program KB

1. Mewujudkan keluarga kecil yang sejahtera dengan mempertimbangkan kemampuan dan kondisi ekonomi keluarga.
2. Menggalakkan pembentukan keluarga dengan jumlah anak ideal, yaitu dua orang anak.
3. Menghindari terjadinya perkawinan pada usia yang belum matang secara fisik maupun mental.

4. Mengurangi risiko kematian ibu dan bayi yang disebabkan oleh kehamilan pada usia terlalu muda atau terlalu lanjut.
5. Mengendalikan laju pertumbuhan penduduk serta menciptakan keseimbangan antara jumlah penduduk dan pemenuhan kebutuhan hidup di Indonesia.
6. Mengatur jarak kelahiran antar anak agar lebih terencana.
7. Meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan keluarga secara menyeluruh (Hanifah et al., 2023).

2.1.5.3 Jenis-Jenis Metode KB

1. Kontrasepsi Sederhana

a. Definisi

Metode pencegahan kehamilan yang praktis, tanpa prosedur medis kompleks, dan dapat dipakai sementara, meliputi penggunaan alat, bahan kimia, maupun cara alami tanpa alat dan obat.

b. Kontrasepsi Sederhana Menggunakan Alat

- 1) Kondom merupakan alat kontrasepsi berbentuk selubung elastis yang berfungsi menghalangi masuknya sperma ke saluran reproduksi wanita sekaligus melindungi dari infeksi menular seksual. Efektivitasnya dipengaruhi oleh ketepatan penggunaan. Kondom mudah diperoleh, terjangkau, aman bagi ibu menyusui, namun dapat menurunkan sensitivitas dan berisiko gagal bila digunakan tidak benar.
- 2) Spermisida merupakan kontrasepsi kimia yang bekerja dengan melumpuhkan atau membunuh sperma. Metode ini aman dan tidak memengaruhi laktasi, tetapi efektivitasnya rendah jika digunakan tanpa kombinasi metode lain.
- 3) Diafragma adalah alat berbentuk kubah yang dipasang di vagina untuk menutup serviks dan biasanya dikombinasikan dengan spermisida. Metode ini tidak mengandung hormon dan tidak memengaruhi produksi ASI, namun memerlukan penyesuaian ukuran dan kepatuhan penggunaan yang tinggi.

- c. Kontrasepsi Tanpa Alat atau Obat
 - a) Coitus Interruptus dilakukan dengan menarik penis sebelum ejakulasi. Metode ini tidak memerlukan biaya, tetapi efektivitasnya rendah karena sangat bergantung pada kontrol diri pria dan tidak melindungi dari penyakit menular seksual.
 - b) Metode kalender dilakukan dengan menghindari hubungan seksual pada masa subur berdasarkan siklus haid. Metode ini lebih efektif pada wanita dengan siklus haid teratur dan bebas efek medis, namun membutuhkan kedisiplinan tinggi dan memiliki risiko kegagalan (Yulizawati et al., 2019).
2. Kontrasepsi darurat digunakan setelah hubungan seksual tanpa perlindungan atau kegagalan kontrasepsi untuk mencegah kehamilan yang tidak direncanakan dan bukan merupakan abortus. Indikasi penggunaan meliputi kegagalan kontrasepsi, hubungan seksual tanpa proteksi, serta kasus kekerasan seksual. Metode ini meliputi IUD tembaga dan pil hormonal, dengan efek samping ringan serta tidak dianjurkan untuk penggunaan rutin (Yulizawati et al., 2019).
3. Kontrasepsi Masa Postpartum
 - a. Metode Amenorea Laktasi (MAL) memanfaatkan ASI eksklusif untuk menekan ovulasi dan efektif hingga enam bulan postpartum selama ibu belum haid. Mekanismenya berkaitan dengan peningkatan hormon prolaktin yang menghambat pelepasan sel telur. Metode ini aman dan bermanfaat, tetapi bersifat sementara.
 - b. IUD/AKDR Postpartum dipasang segera setelah persalinan, efektif jangka panjang, dan tidak memengaruhi produksi ASI, meskipun memiliki risiko ekspulsi. Mekanisme kerjanya dengan menciptakan lingkungan uterus yang tidak mendukung pembuahan.
4. Kontrasepsi Hormonal
 - a. Implan merupakan kontrasepsi jangka panjang berbentuk batang kecil yang ditanam di bawah kulit, bekerja dengan hormon progestin untuk mencegah kehamilan secara sangat efektif selama 3–5 tahun,

dengan kesuburan yang cepat kembali setelah dilepas. Aman bagi ibu menyusui, serta dapat mengurangi nyeri dan perdarahan haid

b. Suntik

1) Kombinasi

Mengandung progestin dan estrogen dengan interval penyuntikan 1–3 bulan. Mekanismenya menekan ovulasi, mengentalkan lendir serviks, dan mengubah endometrium sehingga mencegah kehamilan. Penggunaannya harus mempertimbangkan kondisi medis tertentu karena tidak dianjurkan pada beberapa keadaan seperti masa nifas awal, menyusui, perokok berat usia ≥ 35 tahun, dan penyakit tertentu.

2) Progestin merupakan kontrasepsi hormonal yang hanya mengandung progestin dan bekerja dengan menghambat ovulasi, mengentalkan lendir serviks, serta menipiskan endometrium untuk mencegah kehamilan. Metode ini diberikan melalui suntikan setiap 2–3 bulan, praktis digunakan, dan tidak memerlukan kepatuhan harian. Tidak dianjurkan pada kondisi medis tertentu dan dapat menyebabkan keterlambatan kembalinya kesuburan setelah penghentian pemakaian.

c. Pil

1) Kombinasi. Kontrasepsi oral yang mengandung hormon estrogen dan progestin dosis rendah yang diminum setiap hari untuk mencegah kehamilan dengan cara menekan ovulasi, mengentalkan lendir serviks, dan menghambat transportasi ovum. Terdiri atas beberapa jenis, yaitu pil monofasik, bifasik, trifasik, dan kuadrifasik, yang dibedakan berdasarkan variasi dosis hormon dalam satu siklus pemakaian. Metode ini mudah digunakan dan memberikan manfaat tambahan seperti mengurangi nyeri serta jumlah perdarahan haid, namun memerlukan kepatuhan konsumsi harian dan tidak dianjurkan pada kondisi medis tertentu.

- 2) Progestin adalah pil KB yang hanya mengandung hormon progestin dosis rendah, tersedia dalam kemasan 28 pil (lynestrenol 0,5 mg atau norgestrel 75 μg) dan 35 pil (levonorgestrel 300 μg atau norethindrone 350 μg). Bekerja dengan menghambat ovulasi, mengentalkan lendir serviks, dan menipiskan endometrium, sehingga efektif mencegah kehamilan serta aman digunakan pada ibu menyusui, namun harus diminum setiap hari pada waktu yang sama agar efektivitas tetap optimal (Kesehatan et al., 2020).
5. Kontrasepsi Non-Hormonal (AKDR) merupakan metode kontrasepsi jangka panjang yang sangat efektif dengan cara menghambat fertilisasi. Keunggulannya adalah tidak mengganggu laktasi dan tidak memerlukan kepatuhan harian, namun dapat memengaruhi pola menstruasi serta perlunya tindakan medis dalam pemasangan dan pelepasan.
6. Kontrasepsi Operatif
- Kontrasepsi mantap adalah metode sterilisasi permanen yang sangat efektif untuk pasangan yang tidak menginginkan kehamilan lagi dan memerlukan pertimbangan serta konseling matang.
 - Tubektomi dilakukan dengan memutus tuba falopi untuk mencegah kehamilan dan bersifat permanen serta memerlukan tindakan pembedahan.
 - Vasektomi merupakan sterilisasi pada pria dengan memutus vas deferens, efektif, aman, dan tidak memengaruhi fungsi seksual tetapi tidak melindungi dari penyakit menular seksual (Yulizawati et al., 2019).

2.1.5.4 Kunjungan KB

Tabel 2.7 Kunjungan KB

Kunjungan KB	Alasan
Kunjungan	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengenalkan jenis-jenis KB dan cara pelayanan pada masing-masing jenis KB. b. Membantu metode atau jenis KB yang cocok c. Memberi pemahaman secara ringkas tentang cara kerja, kelebihan, dan kekurangan dari masing-masing jenis KB d. Memilih metode KB yang cocok serta mendapatkan penjelasan lebih jauh tentang bagaimana menggunakan metode tersebut dengan aman, efektif, dan memuaskan e. Memastikan perkembangan akseptor KB yang telah diberikan

Sumber: (Nurseha et al., 2024).

2.2 Standar Asuhan Kebidanan dan Kewenangan Bidan

Menurut Permenkes No. 900/Menkes/SK/VII/2002, standar profesi adalah pedoman dalam melaksanakan profesi secara baik. Standar profesi kebidanan terdiri dari 4 bagian, yaitu Standar Pelayanan Kebidanan, Standar Praktik Kebidanan, Standar Pendidikan Bidan, dan Standar Pendidikan Berkelanjutan Bidan.

Standar Pelayanan Kebidanan terdiri dari 24 standar, meliputi:

1. Standar Pelayanan Umum (2 standar)

Standar 1: Bidan memberikan penyuluhan dan nasehat terkait kehamilan, kesehatan umum, gizi, KB, serta persiapan menjadi orang tua.

Standar 2: Bidan melakukan pencatatan dan pelaporan seluruh kegiatan pelayanan serta meninjau untuk meningkatkan kinerja.

2. Standar Pelayanan Antenatal (6 standar)

Standar 3–8: Bidan mengidentifikasi ibu hamil, melakukan pemeriksaan minimal 4 kali, pemantauan janin, deteksi risiko, palpasi abdominal, penanganan anemia dan hipertensi, serta mempersiapkan persalinan.

3. Standar Pertolongan Persalinan (4 standar)

Standar 9–12: Bidan memberikan asuhan kala I, menolong persalinan kala II secara aman, melakukan manajemen aktif kala III, serta menangani gawat janin.

4. Standar Pelayanan Nifas (3 standar)

Standar 13–15: Bidan merawat bayi baru lahir, memantau 2 jam pertama postpartum, serta memberikan pelayanan masa nifas melalui kunjungan dan edukasi.

5. Standar Kegawatdaruratan Obstetri-Neonatal (9 standar)

Standar 16–24: Bidan menangani kegawatdaruratan seperti perdarahan, eklampsia, partus lama, vakum ekstraksi, retensio plasenta, perdarahan postpartum primer dan sekunder, sepsis, dan asfiksia neonatorum (Rosita et al., 2024).

Dokter kandungan dan bidan memiliki kompetensi dan kewenangan berbeda. Bidan dapat bekerja di klinik, rumah sakit, dan mendampingi persalinan di rumah, sedangkan dokter kandungan praktik di fasilitas kesehatan. Dokter kandungan menangani kehamilan risiko rendah hingga tinggi, sementara bidan pada risiko rendah–sedang. Tindakan sectio caesarea (SC) hanya dilakukan dokter, dengan bidan/perawat sebagai pendamping.

1. Berdasarkan Undang-Undang Kebidanan No. 4 Tahun 2019 pasal 46 dan 48:

- a. Meliputi pelayanan kesehatan ibu, anak, reproduksi, KB, pelimpahan wewenang, dan tugas dalam keterbatasan tertentu.
- b. Dilaksanakan bersama atau sendiri.

- c. Sesuai kompetensi dan kewenangan.d. Mematuhi kode etik, standar profesi, standar pelayanan, dan SOP.
2. Pelimpahan wewenang:
- a. Delegatif (pasal 54): pelimpahan dari pemerintah/tenaga medis kepada bidan disertai tanggung jawab pada penerima; dapat diberikan sesuai kompetensi, termasuk mandat tertulis dari dokter; tanggung jawab bisa berada pada pemberi atau penerima sesuai jenisnya; dilakukan dalam kondisi tertentu atau keterbatasan tenaga medis.
 - b. Mandat (UU No. 36 Tahun 2014 pasal 65): pelimpahan dari tenaga medis kepada bidan di bawah pengawasan, dengan tanggung jawab tetap pada pemberi wewenang.
 - c. Atributif: kewenangan berdasarkan undang-undang, dilaksanakan langsung oleh pejabat/badan, dengan tanggung jawab pada pemegang kewenangan tersebut.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 900/MENKES/SK/VII/2002, bidan berwenang memberikan pelayanan kebidanan, keluarga berencana, dan kesehatan masyarakat. Kewenangan terbaru juga diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 28 Tahun 2027 yang menjelaskan secara rinci kewenangan bidan (Rosita et al., 2024).

2.3 Manajemen Kebidanan dan Dokumentasi Kebidanan

2.3.1 Manajemen Kebidanan Menurut Varney

Manajemen kebidanan menurut Varney adalah pendekatan sistematis berbasis teori ilmiah dan keterampilan profesional untuk memecahkan masalah secara logis dan bertahap, sebagai pedoman bidan dalam memberikan asuhan kebidanan secara efektif dan terarah.

Varney mengembangkan tujuh tahapan manajemen kebidanan yang dikenal sebagai 7 langkah Varney (Varney, 1997), yaitu sebagai berikut:

1. Pengkajian Data Dasar. Dilakukan dengan mengumpulkan data subjektif dan objektif secara menyeluruh. Data diperoleh melalui anamnesis,

pemeriksaan fisik, pemeriksaan khusus, serta pemeriksaan penunjang dan laboratorium. Pengkajian bertujuan untuk memperoleh informasi yang akurat dan lengkap mengenai kondisi klien sebagai dasar evaluasi dan pengambilan keputusan.

2. Interpretasi Data Dasar. Data yang telah dikumpulkan dianalisis dan diinterpretasikan untuk merumuskan diagnosis dan masalah kebidanan yang spesifik. Pada tahap ini bidan dituntut berpikir kritis agar diagnosis yang ditegakkan sesuai dengan kondisi klien dan mengacu pada standar nomenklatur kebidanan.
3. Identifikasi Masalah Potensial. Bertujuan untuk mengenali kemungkinan masalah atau diagnosis yang dapat terjadi berdasarkan data dan diagnosis yang telah ditetapkan. Identifikasi masalah potensial dilakukan sebagai upaya antisipasi dan pencegahan terhadap komplikasi yang mungkin timbul pada ibu maupun janin.
4. Identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera dan Kolaborasi. Perlunya menentukan tindakan segera, baik secara mandiri maupun melalui kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain. Tindakan kolaboratif dilakukan terutama pada kondisi kegawatdaruratan atau komplikasi yang memerlukan penanganan cepat dan terintegrasi antarprofesi.
5. Perencanaan asuhan kebidanan menyeluruh. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil pengkajian dan diagnosis yang telah ditegakkan. Perencanaan dilakukan secara komprehensif dengan mempertimbangkan prinsip asuhan berbasis bukti, kebutuhan edukasi dan konseling, serta kemungkinan rujukan. Rencana asuhan disepakati bersama antara bidan dan klien.
6. Implementasi merupakan penerapan rencana asuhan kebidanan sesuai standar profesi dan kewenangan bidan. Pelaksanaan asuhan dapat dilakukan secara mandiri, kolaboratif, atau rujukan, serta mencakup pelayanan berkelanjutan pada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana. Asuhan diberikan secara holistik dengan memperhatikan aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual klien.

7. Evaluasi dilakukan untuk menilai efektivitas asuhan yang telah diberikan dan pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Evaluasi menjadi dasar dalam menentukan keberhasilan asuhan, kebutuhan modifikasi rencana, serta kelanjutan tindakan kebidanan sesuai dengan diagnosis dan masalah klien (Abdullah et al., 2025).

2.3.2 Dokumentasi Kebidanan Menggunakan SOAP

2.3.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

1. Data Subjektif

- a. Identitas

- 1) Nama: Sebagai penanda identitas pasien.
 - 2) Umur: Menilai kelompok usia reproduktif aman pada kehamilan, yaitu 20–35 tahun.
 - 3) Suku/Bangsa: Menggambarkan latar belakang budaya dan asal-usul individu yang dapat memengaruhi pola pikir serta kebiasaan sehari-hari.
 - 4) Agama: Sistem kepercayaan yang dianut pasien, sehingga tenaga kesehatan dapat memberikan dukungan spiritual sesuai keyakinan ibu.
 - 5) Pendidikan: Menunjukkan tingkat pengetahuan dan kemampuan berpikir individu, yang menjadi pertimbangan tenaga kesehatan dalam menyampaikan informasi, komunikasi, dan konseling sesuai latar belakang pendidikan pasien.
 - 6) Pekerjaan: Berkaitan dengan kondisi sosial ekonomi yang dapat memengaruhi status gizi ibu, khususnya dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi yang penting bagi pertumbuhan dan perkembangan janin.
 - 7) Alamat: Memudahkan tenaga kesehatan dalam melakukan kunjungan rumah atau tindak lanjut asuhan kebidanan.
- b. Keluhan utama selama kehamilan, antara lain rasa nyeri pada daerah pinggang akibat pembesaran uterus, perasaan cemas menjelang

persalinan, serta kekhawatiran ibu terhadap kondisi dirinya dan janin.

- c. Riwayat Menstruasi: Mengetahui pola siklus haid dan menentukan Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) sebagai dasar perhitungan usia kehamilan dan taksiran persalinan.
- d. Riwayat Perkawinan: Memahami kondisi psikologis dan dukungan sosial ibu yang dapat memengaruhi adaptasi selama masa kehamilan hingga nifas.
- e. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas sebelumnya: Mengidentifikasi pengalaman kehamilan terdahulu serta mengetahui adanya komplikasi atau masalah yang pernah dialami.
- f. Riwayat kehamilan saat ini: Menilai apakah terdapat keluhan, kejadian khusus, atau komplikasi selama kehamilan yang sedang berlangsung.
- g. Riwayat penyakit dan tindakan operasi: Mengetahui adanya penyakit yang sedang atau pernah diderita yang berpotensi memengaruhi kondisi kehamilan.
- h. Riwayat penyakit keluarga: Mengidentifikasi kemungkinan adanya penyakit keturunan dalam keluarga.
- i. Riwayat keluarga berencana: Mengetahui pengalaman penggunaan metode kontrasepsi sebelumnya.
- j. Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari
 - 1) Pola Nutrisi: Ibu hamil dianjurkan mengonsumsi makanan bergizi seimbang seperti sumber protein hewani dan nabati (daging, ikan, telur, tahu, tempe), susu, sayuran hijau, kacang-kacangan, serta buah-buahan. Makanan mentah atau kurang matang dan minuman berkafein sebaiknya dibatasi. Pemenuhan gizi mengacu pada Pedoman Umum Gizi Seimbang.
 - 2) Pola Eliminasi: Pada trimester akhir, ibu sering mengalami peningkatan frekuensi berkemih dan konstipasi akibat tekanan

uterus pada kandung kemih. Kondisi ini dapat diminimalkan dengan meningkatkan konsumsi cairan dan makanan berserat.

- 3) Pola Istirahat: Ibu hamil dianjurkan memiliki waktu tidur yang cukup, yaitu sekitar 8–9 jam per hari, guna menjaga kebugaran dan kesehatan selama kehamilan.
- 4) Psikososial: Perubahan psikologis terjadi pada setiap trimester kehamilan. Pada trimester ketiga, ibu umumnya mengalami peningkatan kewaspadaan dan kecemasan menjelang persalinan, sehingga membutuhkan dukungan emosional serta bimbingan yang adekuat.

2. Data Objektif

a. Pemeriksaan Umum

- 1) Keadaan Umum: Baik.
- 2) Kesadaran: Mengetahui tingkat kesadaran pasien.
- 3) Tinggi Badan: Indikator risiko persalinan, di mana ibu dengan tinggi badan kurang dari 145 cm memiliki risiko lebih tinggi mengalami kesulitan persalinan normal.
- 4) Berat Badan: Mengetahui kenaikan berat badan selama kehamilan, dengan kenaikan minimal ≥ 9 kg.
- 5) LILA: Pengukuran lingkaran lengan atas, dengan batas normal minimal pada ibu hamil $\geq 23,5$ cm.
- 6) Tanda-tanda Vital: Meliputi pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu tubuh, dan frekuensi pernapasan.

b. Pemeriksaan Fisik

- 1) Wajah: Menilai adanya edema serta kesimetrisan wajah.
- 2) Mata: Pemeriksaan sklera dan konjungtiva untuk mendeteksi tanda anemia, seperti konjungtiva pucat.
- 3) Mulut: Dinilai kelembapan rongga mulut sebagai indikator status hidrasi.
- 4) Gigi dan Gusi: Pemeriksaan kebersihan mulut, adanya perdarahan gusi, serta karies gigi.

- 5) Leher: Penilaian terhadap kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening untuk mendeteksi pembesaran.
 - 6) Payudara: Menilai kesimetrisan, perubahan puting dan areola, serta adanya pengeluaran kolostrum atau ASI.
 - 7) Abdomen:
 - a) Inspeksi: Mengamati adanya striae gravidarum dan linea nigra akibat peningkatan hormon melanocyte stimulating hormone.
 - b) Palpasi:
 - (1) Leopold I: Menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin di fundus.
 - (2) Leopold II: Menilai letak punggung janin.
 - (3) Leopold III: Menentukan bagian terbawah janin.
 - (4) Leopold IV: Menilai penurunan kepala janin ke pintu atas panggul.
 - c) Auskultasi: Menderngarkan, menghitung, dan menilai denyut jantung janin (DJJ) guna memantau kesejahteraan janin.
 - 8) Genetalia: Dinilai adanya varises atau pelebaran pembuluh darah akibat pengaruh hormon kehamilan.
 - 9) Ekstremitas: Pemeriksaan adanya edema, varises, serta refleks patella.
- c. Pemeriksaan Penunjang
- 1) Hemoglobin: Nilai Hb normal pada ibu hamil ≥ 10 g/dL sebagai indikator kecukupan oksigenasi darah.
 - 2) Golongan Darah: Sebagai langkah antisipasi apabila diperlukan transfusi darah dalam kondisi darurat.
 - 3) USG: Untuk menilai kondisi janin dan mendeteksi dini adanya kelainan atau komplikasi kehamilan.
 - 4) Protein Urin: Urin normal tidak mengandung protein; adanya protein dapat menjadi tanda awal preeklampsia.

- 5) Triple Eliminasi: Mencegah penularan HIV, sifilis, dan hepatitis B dari ibu ke anak.

3. Analisa

Penegakan diagnosis kehamilan meliputi penentuan status obstetri (GPAPIAH), usia ibu, usia kehamilan, serta kondisi janin tunggal hidup fisiologis, yang disesuaikan dengan hasil pengkajian ibu.

4. Penatalaksanaan

- 1) Menyiapkan alat tulis dan peralatan pemeriksaan tanda-tanda vital untuk mendukung proses anamnesis.
- 2) Mengkaji kondisi umum ibu secara menyeluruh.
- 3) Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital meliputi tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan.
- 4) Menggali keluhan yang dirasakan ibu serta melakukan observasi melalui pemeriksaan fisik.
- 5) Memberikan konseling terkait keluhan yang dialami ibu beserta upaya penanganannya.
- 6) Memberikan edukasi kesehatan mengenai persiapan menjelang persalinan.

2.3.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Persalinan

1. Data Subjektif

a. Identitas

- 1) Nama: Penanda identitas pasien guna memudahkan proses pengenalan dan pendokumentasian secara individual.
- 2) Umur: Menilai apakah usia ibu termasuk dalam rentang usia reproduksi optimal, yaitu 20–35 tahun. Usia di luar batas tersebut berpotensi meningkatkan risiko komplikasi selama kehamilan maupun persalinan.
- 3) Suku/Bangsa: Latar belakang sosial budaya pasien yang dapat memengaruhi kebiasaan hidup, pola makan, serta sikap terhadap pelayanan kesehatan dan praktik adat tertentu.

- 4) Agama: Kepercayaan spiritual yang dianut pasien sehingga tenaga kesehatan dapat memberikan dukungan psikologis dan spiritual sesuai dengan keyakinannya.
 - 5) Pendidikan: Tingkat pendidikan terakhir pasien yang berpengaruh terhadap daya tangkap dan pemahaman informasi, sehingga menjadi dasar dalam menentukan metode komunikasi dan konseling yang tepat.
 - 6) Pekerjaan: Memberikan gambaran kondisi sosial ekonomi pasien yang berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan gizi, yang berdampak pada kesehatan ibu selama kehamilan dan pertumbuhan janin.
 - 7) Alamat: Mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan kunjungan rumah atau tindak lanjut pelayanan apabila diperlukan.
- b. Keluhan Utama: Dirasakan ibu menjelang persalinan meliputi nyeri pada perut dan pinggang akibat kontraksi yang semakin sering dan kuat, disertai pengeluaran lendir bercampur darah serta cairan ketuban. Kondisi tersebut merupakan tanda dan gejala awal terjadinya proses persalinan.
- c. Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari
- 1) Pola Nutrisi: Mengetahui status gizi, ketersediaan cadangan energi, serta keseimbangan cairan tubuh ibu. Informasi ini juga penting sebagai bahan pertimbangan tim anestesi apabila diperlukan tindakan operatif.
 - 2) Pola Eliminasi: Menilai kondisi kandung kemih, karena kandung kemih yang penuh dapat menghambat penurunan kepala janin dan pembukaan serviks. Oleh sebab itu, ibu dianjurkan untuk berkemih secara teratur.
 - 3) Pola Istirahat: Wanita usia subur, khususnya pada rentang usia 25–35 tahun, dianjurkan memiliki waktu tidur yang cukup

sekitar 8–9 jam per hari guna menjaga stamina dan kesiapan tubuh selama persalinan.

2. Data Objektif

a. Pemeriksaan Umum

- 1) Keadaan umum: Baik
- 2) Kesadaran: Mengetahui tingkat kesadaran ibu.
- 3) Tanda-tanda vital: Meliputi pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu tubuh, dan frekuensi pernapasan. Selama proses persalinan, nilai tanda vital cenderung meningkat seiring dengan meningkatnya aktivitas metabolisme tubuh.

b. Pemeriksaan Fisik

- 1) Wajah: Menilai adanya edema pada wajah serta memastikan kesimetrisan wajah.
- 2) Mata: Pemeriksaan sklera dan konjungtiva untuk mendeteksi tanda anemia, seperti konjungtiva yang tampak pucat.
- 3) Mulut: Mengetahui tingkat kelembapan mukosa sebagai indikator status hidrasi ibu.
- 4) Gigi dan Gusi: Pengkajian meliputi kebersihan mulut, adanya perdarahan gusi, serta kondisi gigi seperti karies atau gigi berlubang.
- 5) Leher: Menilai pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening. Kondisi normal ditandai dengan kelenjar yang tidak tampak dan sulit teraba.
- 6) Payudara: Menilai adanya pembesaran abnormal, kondisi puting susu, perubahan warna dan luas areola, kesimetrisan payudara, serta pengeluaran kolostrum atau ASI.
- 7) Abdomen
 - (a) Inspeksi: Mengamati adanya striae gravidarum dan linea nigra yang muncul akibat peningkatan hormon melanocyte-stimulating hormone selama kehamilan.
 - (b) Palpasi:

- (1) Leopold I: Menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin yang berada di fundus.
 - (2) Leopold II: Menentukan posisi punggung janin.
 - (3) Leopold III: Menentukan bagian terbawah janin.
 - (4) Leopold IV: Menilai penurunan dan masuknya bagian terbawah janin ke pintu atas panggul.
- (c) Auskultasi: Menderngarkan, menghitung, dan menilai denyut jantung janin (DJJ) guna memantau kesejahteraan janin.
- 8) Kontraksi: Pada kala I fase laten, kontraksi berlangsung sekitar 14–20 detik, sedangkan pada fase aktif berlangsung 45–90 detik dengan rata-rata durasi ± 60 detik.
 - 9) Genetalia: Penilaian adanya varises di area genetalia akibat pengaruh hormon estrogen dan progesteron. Pemeriksaan dalam (vaginal toucher) dilakukan untuk menilai penipisan dan pembukaan serviks, bagian terendah janin, serta kondisi ketuban.
- c. Pemeriksaan Penunjang
- 1) Hemoglobin: Kadar hemoglobin pada ibu hamil diharapkan >10 g/dL untuk menjamin kecukupan transport oksigen dalam darah.
 - 2) Golongan darah: Untuk persiapan transfusi darah apabila terjadi kondisi kegawatdaruratan.
 - 3) USG: Menilai kondisi janin secara menyeluruh serta mendeteksi adanya kelainan atau komplikasi kehamilan.
 - 4) Protein urin: Urin normal tidak mengandung protein. Adanya protein dapat menjadi tanda awal preeklampsia sehingga memerlukan pemantauan lebih lanjut.
 - 5) Triple Eliminasi: Mencegah penularan HIV, sifilis, dan hepatitis B dari ibu ke anak.

3. Analisa

Penegakan diagnosis persalinan meliputi penentuan gravida, para, abortus (GPAPIAH), usia ibu, usia kehamilan, serta kondisi ibu yang sedang menjalani proses persalinan kala I fase aktif dengan janin tunggal hidup. Diagnosis disesuaikan dengan hasil pemeriksaan dan kondisi klinis ibu.

4. Penatalaksanaan

a. Kala I

- 1) Melakukan pemantauan persalinan menggunakan partograf yang mencakup pengukuran tanda vital, denyut jantung janin, frekuensi dan durasi kontraksi, pemeriksaan dalam, serta pemantauan urin, aseton, dan protein.
- 2) Memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan ibu selama persalinan.
- 3) Mengatur posisi dan aktivitas ibu agar merasa nyaman.
- 4) Memfasilitasi ibu untuk buang air kecil secara teratur.
- 5) Memberikan kesempatan kepada pendamping untuk mendampingi ibu selama persalinan.
- 6) Mengajarkan teknik relaksasi yang tepat kepada ibu.
- 7) Memberikan informasi mengenai perkembangan persalinan kepada ibu dan keluarga.

b. Kala II

- 1) Menganjurkan ibu memilih posisi yang paling nyaman saat proses kelahiran.
- 2) Mengajarkan teknik meneran yang benar dan efektif.
- 3) Melakukan pertolongan persalinan sesuai dengan standar asuhan persalinan normal.

c. Kala III

Melakukan pertolongan kelahiran plasenta sesuai dengan standar asuhan persalinan normal melalui manajemen aktif kala III.

d. Kala IV

- 1) Melakukan penjahitan perineum apabila terdapat robekan jalan lahir.
- 2) Memfasilitasi ibu dalam pemenuhan kebersihan diri, istirahat, dan kebutuhan nutrisi.
- 3) Melakukan pemantauan kala IV sesuai dengan standar asuhan persalinan normal.

2.3.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas

1. Data Subjektif

a. Identitas

- 1) Nama: Mengetahui identitas ibu dan/atau suami.
- 2) Umur: Menilai usia ibu, karena penambahan usia dapat memengaruhi proses pemulihan pascapersalinan.
- 3) Suku/Bangsa: Latar belakang daerah asal ibu yang dapat memengaruhi pola pikir terhadap pelayanan kesehatan, kebiasaan nutrisi, serta adat istiadat yang dianut.
- 4) Agama: Keyakinan yang dianut ibu sehingga tenaga kesehatan dapat memberikan dukungan spiritual sesuai dengan kepercayaan pasien.
- 5) Pendidikan: Menggambarkan tingkat pendidikan ibu sebagai dasar penyesuaian metode komunikasi dan konseling yang diberikan oleh tenaga kesehatan.
- 6) Pekerjaan: Kondisi sosial ekonomi ibu yang dapat memengaruhi pemenuhan kebutuhan gizi selama masa nifas.
- 7) Alamat: Memudahkan pemantauan serta pemberian asuhan lanjutan.

- b. Keluhan utama: Mengetahui keluhan yang dirasakan ibu selama masa nifas, antara lain nyeri pada jalan lahir, kesulitan buang air besar, nyeri tekan pada payudara, serta perubahan suasana hati.

c. Pemenuhan kebutuhan sehari-hari

- 1) Pola nutrisi: Asupan makanan dan cairan pada ibu nifas perlu diperhatikan secara optimal, terutama makanan tinggi kalori dan protein guna mendukung proses pemulihan pasca persalinan.
- 2) Pola eliminasi: Ibu diharapkan dapat berkemih dalam 4–8 jam pertama pascapersalinan dengan volume minimal 200 cc, serta buang air besar sebanyak 3–4 kali pada minggu pertama masa nifas.
- 3) Personal hygiene: Menjaga kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi selama masa nifas.
- 4) Istirahat: Ibu memerlukan istirahat yang cukup setelah melahirkan karena energi banyak terkuras selama proses persalinan. Istirahat juga berperan dalam pemulihan fisik, keseimbangan psikologis, serta kelancaran proses menyusui, sehingga waktu istirahat sebaiknya disesuaikan dengan pola tidur bayi.
- 5) Aktivitas: Ibu dengan luka perineum atau bekas operasi sesar umumnya mengalami nyeri yang dapat membatasi aktivitas. Mobilisasi dini dianjurkan untuk mengurangi nyeri dan mempercepat pemulihan, seperti latihan miring kanan-kiri, duduk, dan berjalan secara bertahap.
- 6) Hubungan seksual: Dianjurkan kembali setelah 6 minggu pascapersalinan atau setelah ibu tidak merasakan nyeri pada area vagina maupun abdomen.

d. Data psikologis

- 1) Respons orang tua terhadap kelahiran bayi dan peran baru: Proses adaptasi psikologis ibu nifas yang meliputi fase taking in, taking hold, dan letting go.
- 2) Respons anggota keluarga terhadap kelahiran bayi: Menilai kemungkinan terjadinya sibling rivalry.

- 3) Dukungan keluarga: Mengetahui sejauh mana keterlibatan keluarga dalam pengasuhan bayi dan pelaksanaan tugas rumah tangga.

2. Data Objektif

a. Pemeriksaan umum

- 1) Keadaan umum: baik.
- 2) Kesadaran: Mengetahui tingkat kesadaran ibu, dengan status compos mentis apabila ibu mampu merespons stimulus dengan baik.

b. Tanda-tanda vital: Meliputi pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu tubuh, dan pernapasan. Setelah persalinan dapat terjadi peningkatan nilai tanda vital akibat peningkatan metabolisme selama proses persalinan.

c. Pemeriksaan Fisik

- 1) Payudara: Menilai kemampuan ibu dalam menyusui, adanya tanda infeksi seperti kemerahan, nyeri, keluarnya cairan bernanah, puting lecet, serta pengeluaran kolostrum atau ASI.
- 2) Abdomen: Menilai adanya nyeri abdomen serta kondisi luka operasi pada ibu post sectio caesarea, seperti perdarahan, keluarnya cairan, atau tanda infeksi.
- 3) Vulva dan perineum: Menilai tingkat nyeri, kemerahan, serta kerapatan jahitan pada luka perineum.
- 4) Ekstremitas: mengkaji adanya edema, nyeri, atau varises.

d. Pemeriksaan Penunjang

Hemoglobin (Hb): kadar hemoglobin pada awal masa nifas dapat bervariasi akibat perubahan volume darah, plasma, dan sel darah merah yang belum stabil.

3. Analisa

Penetapan diagnosis masa nifas disusun berdasarkan kondisi ibu, seperti (PAPIAH), usia ibu, tahun postpartum atau post sectio caesarea, serta disesuaikan dengan hasil pengkajian subjektif dan objektif.

4. Penatalaksanaan

Disusun sesuai dengan masalah dan kebutuhan ibu nifas berdasarkan hasil analisa.

2.3.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Neonatus

1. Data Subjektif

a. Identitas Bayi

- 1) Nama: Memudahkan identifikasi dan pengenalan bayi.
- 2) Jenis kelamin: Memberikan informasi kepada ibu dan keluarga serta sebagai dasar fokus pemeriksaan fisik, khususnya pada area genitalia.
- 3) Anak ke-: Mengetahui kemungkinan adanya masalah psikososial, seperti sibling rivalry dalam keluarga.

b. Identitas Orang Tua

- 1) Nama: Mengenal identitas ibu dan ayah bayi.
- 2) Usia: Dikaji karena usia orang tua dapat memengaruhi kesiapan dan kemampuan dalam mengasuh bayi.
- 3) Suku/bangsa: Latar belakang budaya yang dapat memengaruhi pola pikir terhadap pelayanan kesehatan, kebiasaan nutrisi, serta adat istiadat yang dianut.
- 4) Agama: Memahami keyakinan keluarga sebagai dasar penentuan nilai dan kepercayaan yang akan diberikan kepada anak sejak lahir.
- 5) Pendidikan: Tingkat pengetahuan dan kemampuan orang tua yang berpengaruh terhadap perilaku perawatan serta pemenuhan kebutuhan bayi.
- 6) Pekerjaan: Mengetahui kondisi sosial ekonomi keluarga yang dapat berdampak pada status gizi ibu dan bayi.
- 7) Alamat: Memudahkan tenaga kesehatan dalam melakukan kunjungan lanjutan guna pemantauan tumbuh kembang bayi.

c. Data Kesehatan

- 1) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas sebelumnya: Mengetahui adanya masalah atau komplikasi yang pernah dialami ibu pada periode tersebut.
- 2) Riwayat penyakit keluarga: Mengidentifikasi kemungkinan adanya penyakit keturunan dalam keluarga.

2. Data Objektif

a. Pemeriksaan Umum

- 1) Keadaan umum: Bayi dalam kondisi baik.
- 2) Tanda-tanda vital: Penilaian terhadap frekuensi napas, denyut jantung, serta pengukuran suhu tubuh bayi.
- 3) Antropometri: Pengukuran berat badan, panjang badan, lingkaran kepala, dan lingkaran dada bayi.
- 4) Skor Apgar: Menilai kondisi umum dan adaptasi bayi segera setelah lahir.

b. Pemeriksaan Fisik Khusus

- 1) Kulit: Penilaian pada seluruh permukaan kulit. Bayi baru lahir umumnya tampak kemerahan atau merah muda. Apabila ditemukan pucat atau kebiruan disertai gangguan pernapasan, maka harus segera dilaporkan kepada tenaga kesehatan untuk pemeriksaan lanjutan.
- 2) Kepala: Difokuskan pada fontanel anterior. Fontanel datar menunjukkan kondisi normal, fontanel menonjol dapat menandakan peningkatan tekanan intrakranial, sedangkan fontanel cekung mengindikasikan dehidrasi.
- 3) Mata: Memastikan kedua mata bersih dan tidak terdapat kelainan.
- 4) Telinga: Dinilai bentuk, kesimetrisan, dan kebersihannya.
- 5) Hidung: Mengetahui adanya kelainan bawaan atau cacat lahir.
- 6) Mulut: Dinilai kebersihan dan kelembapannya serta ada tidaknya kelainan seperti bibir sumbing atau labiopalatoskisis.

- 7) Leher: Diperiksa kesimetrisan dan dilakukan perabaan untuk mendeteksi pembengkakan, serta menilai kemampuan pergerakan kepala ke kanan dan kiri.
 - 8) Dada: Dinilai adanya tarikan dinding dada bagian bawah yang dalam sebagai tanda gangguan pernapasan.
 - 9) Umbilikus: Pemeriksaan pada tali pusat untuk mendeteksi tanda-tanda pelepasan, perdarahan, maupun infeksi.
 - 10) Ekstremitas: Dikaji bentuk, ukuran, kesimetrisan, serta postur anggota gerak bayi.
 - 11) Punggung: Mendeteksi adanya kelainan seperti spina bifida atau pembengkakan.
 - 12) Genetalia: Pada bayi perempuan dinilai apakah labia minora tertutup oleh labia mayora. Pada bayi laki-laki dilakukan pemeriksaan skrotum serta letak lubang penis.
 - 13) Anus: Memastikan adanya lubang anus dan fungsi sfingter ani.
 - 14) Eliminasi: Dikaji pengeluaran urin dan mekonium pada bayi.
- c. Pemeriksaan Refleks
- 1) Refleks Moro: Bayi akan merentangkan lengan dan tungkai secara tiba-tiba kemudian menariknya kembali sebagai respons terhadap suara keras atau rangsangan mendadak.
 - 2) Refleks Rooting: Bayi akan memutar kepala ke arah rangsangan sentuhan dan membuka mulut untuk mencari puting.
 - 3) Refleks Sucking: Bayi secara refleks menghisap benda yang menyentuh langit-langit mulut, yang berfungsi untuk membantu proses menyusui.
 - 4) Refleks Grasping: Bayi akan menggenggam jari atau benda yang diletakkan di telapak tangannya, refleks ini cukup kuat dan dapat bertahan beberapa bulan.
 - 5) Refleks Tonic Neck: Saat kepala bayi diputar ke satu sisi, lengan dan tungkai pada sisi tersebut akan memanjang, sedangkan sisi sebaliknya akan menekuk.

3. Analisis

Penetapan diagnosis neonatus disesuaikan dengan kondisi dan keadaan bayi baru lahir berdasarkan hasil pengkajian.

4. Penatalaksanaan

Disusun sesuai dengan kebutuhan dan masalah yang ditemukan pada bayi baru lahir.

2.3.2.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

1. Data Subjektif

a. Identitas

- 1) Nama: Mengenali identitas klien serta membangun hubungan saling percaya antara tenaga kesehatan dan pasien.
- 2) Umur: Mengetahui kelompok usia yang berhubungan dengan pemilihan dan keamanan metode kontrasepsi.
- 3) Suku/Bangsa: Menggambarkan asal daerah klien yang dapat memengaruhi pola pikir, kebiasaan, adat istiadat, serta penerimaan terhadap pelayanan kesehatan.
- 4) Agama: Mengetahui keyakinan yang dianut klien sehingga tenaga kesehatan dapat memberikan dukungan spiritual sesuai kepercayaan pasien.
- 5) Pendidikan: Menunjukkan tingkat pengetahuan dan kemampuan berpikir klien sehingga proses komunikasi, edukasi, dan konseling dapat disesuaikan.
- 6) Pekerjaan: Berkaitan dengan kondisi sosial ekonomi klien yang dapat memengaruhi status gizi dan kemampuan dalam mengakses pelayanan kesehatan.
- 7) Alamat: Mempermudah tindak lanjut dan pemberian asuhan berkelanjutan.

b. Keluhan utama

Mengidentifikasi adanya keluhan atau masalah yang dirasakan klien terkait penggunaan atau rencana pemilihan kontrasepsi.

- c. Riwayat Perkawinan: Mengkaji usia saat pertama kali menikah, status pernikahan, serta lama pernikahan.
- d. Riwayat Menstruasi: Usia menarche, lama dan siklus menstruasi, keluhan yang dirasakan saat haid, jumlah pembalut yang digunakan per hari, serta banyaknya darah menstruasi.
- e. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Dan Nifas Sebelumnya: Jumlah kehamilan terdahulu serta adanya riwayat komplikasi pada masa kehamilan, persalinan, maupun nifas.
- f. Riwayat Keluarga Berencana: Menggali informasi mengenai penggunaan kontrasepsi sebelumnya, jenis alat KB yang pernah digunakan, lama pemakaian, waktu mulai dan berhenti, keluhan yang dialami, serta alasan penghentian KB.
- g. Riwayat Penyakit Dahulu/Operasi: Adanya penyakit yang pernah atau sedang diderita serta riwayat tindakan pembedahan.
- h. Riwayat Penyakit Keluarga: Kemungkinan adanya penyakit keturunan atau penyakit yang sering muncul dalam keluarga.
- i. Pola Kebiasaan Sehari-Hari
 - 1) Pola Nutrisi: Kecukupan asupan makanan dan cairan serta perubahan berat badan klien.
 - 2) Pola Eliminasi: Mengkaji frekuensi, warna, dan konsistensi BAB dan BAK yang mungkin terpengaruh oleh penggunaan KB.
 - 3) Pola Istirahat: Lama waktu tidur siang dan malam serta pengaruh kontrasepsi terhadap kualitas tidur.
 - 4) Pola Seksual: Frekuensi hubungan seksual.
 - 5) Personal Hygiene: Kebiasaan menjaga kebersihan diri seperti mandi, keramas, dan mengganti pakaian serta pakaian dalam.
 - 6) Pola Aktivitas: Aktivitas yang dilakukan klien dalam kehidupan sehari-hari.

- j. Data Psikologis: Menilai kondisi psikologis klien serta tingkat pemahaman dan kesiapan dalam memilih serta menggunakan metode kontrasepsi.

2. Data Objektif

- a. Keadaan Umum: Kondisi umum klien apakah dalam keadaan baik atau tidak.
- b. Kesadaran: Menilai tingkat kesadaran klien.
- c. Tanda-tanda vital: Pemeriksaan tekanan darah, denyut nadi, frekuensi pernapasan, dan suhu tubuh.
- d. Pemeriksaan Fisik
 - 1) Wajah: Menilai adanya edema dan kesimetrisan wajah.
 - 2) Mata: Warna sklera dan konjungtiva untuk mendeteksi tanda anemia.
 - 3) Mulut: Kelembapan mukosa mulut.
 - 4) Gigi dan gusi: Menilai kebersihan, adanya karies, serta perdarahan gusi.
 - 5) Leher: Memeriksa kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening.
 - 6) Payudara: Mengkaji adanya pembesaran atau kelainan abnormal.
 - 7) Abdomen: Menilai adanya bekas luka operasi.
 - 8) Genetalia: Menilai adanya varises atau pelebaran pembuluh darah akibat pengaruh hormon.
 - 9) Ekstremitas: Menilai adanya edema, varises, serta respons refleks patela.

3. Analisa

Menetapkan diagnosis kebidanan sesuai kondisi klien, nama klien, dan umur klien sebagai calon atau akseptor KB.

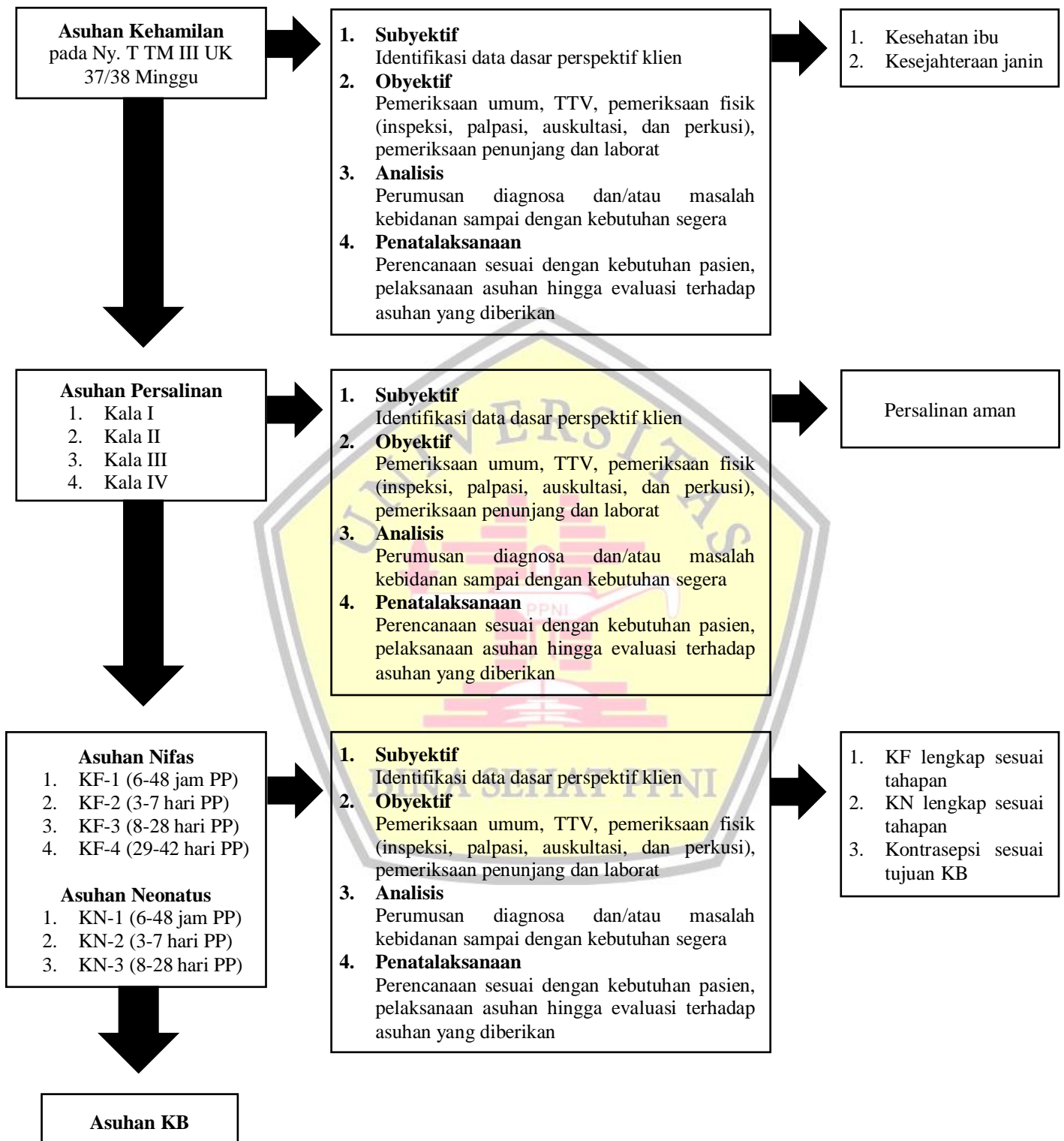
4. Penatalaksanaan

- a. Membangun hubungan terapeutik dengan klien dan keluarga.
- b. Mengkaji riwayat penggunaan kontrasepsi sebelumnya serta keinginan klien terhadap metode KB yang akan digunakan.

- c. Memberikan penjelasan mengenai berbagai jenis alat kontrasepsi yang tersedia.
- d. Memberikan informed consent sebagai dasar pengambilan keputusan dalam pemilihan alat kontrasepsi.
- e. Menjelaskan secara rinci metode kontrasepsi yang dipilih, termasuk manfaat, kekurangan, dan kemungkinan efek samping.
- f. Mengajukan klien untuk melakukan kunjungan ulang sesuai jadwal konseling atau kontrol pada kartu akseptor KB.



2.4 Kerangka Alur Pikir



Gambar 2.1 Kerangka Alur Pikir