

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam BAB II terdapat 2 bagian yaitu yang pertama berisikan tentang konsep dasar atau teori masa Kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi Baru Lahir (BBL) dan Keluarga Berencana (KB). Bagian kedua berisikan tentang Konsep dasar asuhan kebidanan pada Kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi baru lahir (BBL) dan Keluarga berencana (KB).

2.1 Konsep Dasar Teori masa kehamilan, persalinan, dan nifas

2.1.1 Teori Dasar Kehamilan

1. Definisi Kehamilan

Menurut Finamore et al. 2021 dalam Pramulya et al. (2024), kehamilan merupakan sebuah fase transisi kehidupan yang dimulai sejak proses fertilisasi hingga kelahiran. Secara biologis, kondisi ini diawali dengan penyatuan spermatozoa dan ovum yang kemudian melakukan implantasi pada dinding rahim. Durasi gestasi normal diestimasikan berlangsung selama 40 minggu atau setara dengan 280 hari jika dihitung dari hari pertama haid terakhir.

Berdasarkan studi dari Rohmaniya & Mardliyana (2023), berbagai sistem tubuh seperti respirasi, hormonal, gastrointestinal, dan muskuloskeletal akan mengalami perubahan fungsional selama masa kehamilan. Secara spesifik, adaptasi pada sistem muskuloskeletal yang diiringi dengan penambahan berat badan bertahap sering kali menjadi etiologi ketidaknyamanan fisik. Hal ini lazimnya bermanifestasi dalam bentuk keluhan nyeri punggung seiring

dengan perkembangan usia kehamilan dari trimester pertama menuju trimester ketiga..

2. Ketidaknyaman TM 3

Merujuk pada pemaparan Wuriani & Nurwati (2024), bertambahnya usia gestasi secara linear meningkatkan kompleksitas kebutuhan adaptasi fisik dan psikis pada ibu hamil. Kegagalan dalam menangani keluhan trimester ketiga secara tepat dapat berdampak pada persistensi nyeri yang kemudian berujung pada distres psikologis seperti kecemasan. Studi ini menekankan krusialnya implementasi penatalaksanaan terpadu dan pemberian informasi kesehatan yang terstruktur sebagai langkah untuk meminimalkan dampak negatif dari ketidaknyamanan kehamilan.

Sebagaimana dipaparkan oleh Yanti et al. (2022), spektrum ketidaknyamanan pada trimester ketiga mencakup berbagai keluhan fisik yang signifikan, antara lain:

a. Konstipasi (sembelit).

Berdasarkan prinsip asuhan kebidanan, keluhan konstipasi pada akhir masa kehamilan dipengaruhi oleh perlambatan sistem pencernaan akibat efek hormonal dan tekanan uterus yang kian membesar. Faktor eksogen seperti efek samping suplementasi Fe dan kurangnya aktivitas fisik turut memperparah kondisi ini. Strategi penanganan yang disarankan meliputi modifikasi gaya hidup melalui asupan nutrisi berserat tinggi, pemenuhan

kebutuhan cairan harian, serta aktivitas fisik terukur. Apabila upaya mandiri tersebut tidak membuahkan hasil, ibu hamil diimbau untuk melakukan konsultasi medis guna mendapatkan terapi yang aman bagi ibu dan janin.

b. Edema

Kondisi pembengkakan pada area ekstremitas bawah, khususnya tungkai dan pergelangan kaki, merupakan manifestasi klinis yang sering timbul akibat terhambatnya sirkulasi balik vena selama masa gestasi. Keluhan ini umumnya tereskalasi saat ibu hamil berada dalam posisi statis seperti duduk atau berdiri dalam durasi yang signifikan. Upaya mitigasi yang dapat dilakukan meliputi regulasi diet rendah natrium, pemenuhan kebutuhan protein adekuat, serta eliminasi penggunaan pakaian yang restriktif. Selain itu, tindakan mekanis seperti elevasi kaki selama 20 menit secara periodik dan latihan dorsofleksi aktif sangat dianjurkan untuk menstimulasi kontraksi otot serta memperlancar hemodinamika perifer (Saragih et al., 2022).

c. Insomnia

Keluhan insomnia selama masa kehamilan merupakan implikasi dari tekanan mekanis rahim dan fluktuasi kondisi psikis, seperti kecemasan menghadapi proses persalinan. Manifestasi klinis berupa nokturia juga berkontribusi langsung terhadap interupsi waktu istirahat secara berulang pada malam hari. Mitigasi terhadap kondisi ini dapat ditempuh melalui

modifikasi perilaku pra-tidur, termasuk pembatasan konsumsi makanan berat mendekati waktu istirahat dan penciptaan lingkungan kamar yang kondusif. Pengaturan posisi tubuh yang relaks serta minimalisasi distraksi eksternal terbukti efektif dalam meningkatkan efisiensi tidur bagi ibu hamil

d. Nyeri pinggang

Fitriani (2018) menjelaskan bahwa manifestasi nyeri pada area lumbosakral merupakan dampak dari fluktuasi hormonal yang mereduksi elastisitas serta fleksibilitas jaringan ikat otot selama masa kehamilan. Kondisi ini cenderung mengalami eksaserbasi seiring dengan bertambahnya usia gestasi, yang diperparah oleh pergeseran titik gravitasi tubuh serta penambahan massa uteri. Faktor mekanis seperti kebiasaan postur yang inadekuat, aktivitas berjalan durasi lama, hingga mekanisme mengangkat beban turut menjadi pemicu keparahan nyeri. Untuk mereduksi keluhan tersebut, studi ini menyarankan implementasi teknik relaksasi melalui latihan pernapasan diafragma, stimulasi pijat ringan, aplikasi kompres hangat, serta pengaturan posisi tidur miring lateral dengan bantuan bantal penyangga.

e. Sering buang air kecil

Peningkatan frekuensi miksi, khususnya pada malam hari, merupakan dampak dari ekspansi uterus yang memberikan tekanan mekanis terhadap vesika urinaria sehingga mereduksi kapasitas tampung urin seiring kemajuan usia gestasi. Sebagai langkah antisipasi, ibu hamil disarankan melakukan regulasi hidrasi dengan membatasi asupan cairan dua jam sebelum masa istirahat tanpa mengabaikan total kebutuhan harian. Selain itu, penguatan otot diafragma pelvis melalui latihan khusus, pemeliharaan higiene vulva, penggunaan pakaian dalam berbahan katun yang menyerap kelembapan, serta penghindaran perilaku menahan berkemih sangat dianjurkan untuk menjaga kesehatan sistem perkemihan (Harja et al., 2023).

f. Wasir atau Hemoroid

Gangguan eliminasi alvi atau konstipasi pada masa gestasi dipicu oleh sinergi antara relaksasi otot polos intestinal akibat fluktuasi hormonal, efek samping suplementasi zat besi (Fe), serta kompresi mekanis uterus terhadap saluran pencernaan bawah. Guna mengoptimalkan fungsi defekasi, langkah preventif yang dianjurkan meliputi peningkatan mobilisasi melalui senam hamil, hidrasi adekuat minimal delapan gelas sehari, serta stimulasi pencernaan dengan konsumsi air pada saat lambung kosong. Selain itu, regulasi pola buang air besar yang konsisten, peningkatan asupan serat, dan penghindaran perilaku menahan dorongan defekasi menjadi pilar utama dalam manajemen kesehatan pencernaan maternal.

g. Sakit Kepala

Keluhan sefalgia atau sakit kepala pada fase trimester akhir umumnya diakibatkan oleh miotensi atau ketegangan otot pada regio servikal (leher), deltoid (bahu), dan kranial yang dipicu oleh kelelahan fisik maternal. Selain faktor muskular, gangguan akomodasi visual yang menyebabkan ketegangan mata serta fluktuasi sirkulasi cairan serebrospinal menjadi determinan penting munculnya keluhan tersebut. Intervensi nonfarmakologis yang direkomendasikan mencakup implementasi teknik relaksasi, terapi pijat pada area servikal, aplikasi termoterapi hangat, serta optimalisasi durasi istirahat dalam posisi ergonomis. Penggunaan hidroterapi hangat juga efektif dalam mereduksi ketegangan otot, namun ibu hamil sangat dilarang melakukan swamedikasi analgetik tanpa pengawasan klinis dari tenaga kesehatan

h. Sesak

Fenomena dispnea gestasional umumnya mulai bermanifestasi pada trimester kedua dan dapat menetap hingga menjelang persalinan akibat elevasi diafragma sekitar 4 cm yang dipicu oleh ekspansi uterus secara progresif. Selain faktor mekanis tersebut, fluktuasi hormon progesteron berperan dalam menstimulasi pusat pernapasan yang berdampak pada peningkatan ventilasi per menit atau hiperventilasi fisiologis. Upaya reduksi terhadap keluhan ini dapat ditempuh melalui edukasi teknik pernapasan yang efektif, manajemen psikologis guna meminimalisir distres, serta

mobilisasi posisi tubuh secara periodik untuk mengoptimalkan ekspansi toraks dan pertukaran oksigen.

i. Varises

Manifestasi varises pada fase trimester akhir merupakan implikasi dari peningkatan tekanan hidrostatik pada pembuluh darah ekstremitas inferior akibat kompresi uterus serta reduksi elastisitas vaskular yang dipengaruhi oleh fluktuasi hormon estrogen dan predisposisi genetik. Strategi preventif dan manajemen klinis untuk kondisi ini mencakup penghindaran posisi menyilangkan kaki (crossing legs) saat istirahat, implementasi elevasi tungkai menggunakan penyangga bantal, serta minimalisasi durasi posisi dependen statis seperti duduk atau berdiri terlalu lama. Selain itu, aplikasi kompresi eksternal melalui stoking khusus atau perban elastis, serta konsistensi dalam melakukan senam gestasi, berperan krusial dalam memfasilitasi sirkulasi vena dan mereduksi ketidaknyamanan vaskular.

3. Tanda Bahaya Kehamilan

Wulandari & Lestari (2023) menekankan bahwa pemantauan terhadap berbagai anomali atau komplikasi selama masa kehamilan sangat penting guna menjamin keselamatan unit ibu dan janin. Penulis berargumen bahwa edukasi mengenai deteksi dini tanda bahaya kehamilan merupakan langkah preventif primer yang harus dikuasai untuk menghindari dampak kesehatan yang fatal. Adapun klasifikasi tanda-tanda peringatan klinis yang perlu diwaspadai menurut studi tersebut meliputi:

- a. Gangguan Nutrisi: Muntah yang tidak terkontrol disertai penurunan nafsu makan secara drastis.
 - b. Hambatan Pertumbuhan: Gagalnya kenaikan berat badan maternal pada periode trimester tengah dan akhir.
 - c. Perdarahan Obstetri: Terjadinya pengeluaran darah pervaginam di semua tahapan usia kehamilan.
 - d. Sindrom Hipertensi: Gejala pembengkakan abnormal di wajah dan kaki yang disertai nyeri kepala hebat sebagai indikasi preeklampsia.
 - e. Distres Janin: Penurunan frekuensi gerakan janin di bawah standar normal (10 kali per 12 jam).
 - f. Kelainan Letak: Kondisi malpresentasi janin di dalam cavum uteri.
 - g. Ketuban Pecah Prematur: Evakuasi cairan amnion sebelum munculnya kontraksi persalinan.
 - h. Penyakit Penyerta: Kondisi medis kronis pada ibu yang memperberat proses kehamilan.
 - i. Infeksi Sistemik: Gejala demam tinggi yang menetap lebih dari dua hari.
4. Kunjungan Kehamilan

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia (2020) menetapkan pedoman frekuensi kunjungan antenatal minimal sebanyak enam kali untuk menjamin kesehatan maternal dan fetal. Protokol ini mewajibkan satu kali pemeriksaan pada trimester pertama (di bawah atau sama dengan 12 minggu), diikuti dengan dua kali sesi konsultasi pada trimester kedua (13–

27 minggu), serta intensifikasi pemeriksaan sebanyak tiga kali pada trimester ketiga (mulai 28 minggu hingga partus).

5. Pre-eklampsia

a. Definisi Pre-eklampsia

Berdasarkan Noor et al. (2021) Preeklamsia merupakan kondisi yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg pada usia kehamilan ≥ 20 minggu, sedangkan sebelum usia tersebut tekanan darah masih normal. Selain hipertensi, preeklamsia juga disertai proteinuria, yaitu kadar protein dalam urine ≥ 300 mg/L, $\geq +1$ pada tes dipstik, rasio protein/kreatinin ≥ 30 mg/mmol, atau ekskresi protein ≥ 300 mg dalam 24 jam. Secara umum, preeklamsia adalah sindrom yang ditandai hipertensi ($\geq 140/90$ mmHg) dan proteinuria setelah 20 minggu kehamilan pada wanita yang sebelumnya memiliki tekanan darah normal. Faktor risikonya meliputi nulipara, riwayat preeklamsia, multipara dengan pasangan berbeda, serta riwayat penyakit seperti hipertensi, diabetes mellitus, gangguan ginjal, dan hiperkoagulasi. Kondisi ini termasuk hipertensi dalam kehamilan yang berbahaya karena dapat menyebabkan kematian ibu serta berdampak buruk pada janin, seperti hambatan pertumbuhan, bayi berat lahir rendah, persalinan prematur, gangguan pernapasan, dan meningkatnya kebutuhan perawatan intensif neonates.

b. Etiologi pre-eklampsia

Penyebab preeklampsia hingga saat ini belum dapat dipastikan secara pasti meskipun berbagai penelitian telah dilakukan. Kondisi ini sering disebut sebagai *disease of theory* karena melibatkan berbagai teori, seperti ketidakseimbangan prostasiklin dan tromboksan, faktor imunologis, serta faktor genetik. Selain itu, terdapat beberapa faktor yang diduga memengaruhi terjadinya preeklampsia, antara lain (Veri et al., 2024):

1. Umur ibu

Umur merupakan usia individu sejak lahir hingga saat ini. Usia reproduksi sehat berkisar antara 20–35 tahun karena organ reproduksi telah siap untuk kehamilan. Kehamilan pada usia < 20 tahun berisiko mengalami preeklampsia akibat ketidakseimbangan hormonal, sedangkan usia > 35 tahun juga berisiko karena penurunan fungsi organ reproduksi.

2. Paritas ibu

Paritas adalah jumlah persalinan yang menghasilkan bayi hidup, meliputi primipara (melahirkan pertama kali), multipara (melahirkan lebih dari satu kali), dan grande multipara (melahirkan lebih dari lima kali). Preeklampsia lebih sering terjadi pada primigravida karena faktor imunologis, sedangkan paritas tinggi juga berisiko akibat kemungkinan gangguan pada kondisi rahim dan plasenta.

3. Jumlah janin

Kehamilan ganda memiliki risiko lebih tinggi dibandingkan kehamilan tunggal karena adanya peregangan rahim yang berlebihan, seperti pada hidramnion atau kehamilan kembar, yang dapat memicu preeklamsia.

4. Umur kehamilan

Preeklamsia umumnya muncul setelah usia kehamilan 20 minggu. Jika hipertensi terjadi sebelum 20 minggu, maka dikategorikan sebagai hipertensi kronis. Kasus lebih banyak ditemukan pada trimester ketiga dan risikonya meningkat seiring bertambahnya usia kehamilan.

5. Penyakit penyerta ibu

Beberapa penyakit seperti hipertensi, diabetes mellitus, gangguan ginjal, dan penyakit autoimun dapat meningkatkan risiko preeklamsia. Kondisi tersebut menyebabkan perubahan metabolik dan gangguan pembuluh darah yang berdampak pada peningkatan tekanan darah. Selain itu, faktor keturunan dan obesitas juga berperan sebagai faktor predisposisi, dan penyakit yang sudah ada sebelumnya dapat semakin memburuk selama kehamilan.

c. Tanda dan gejala preeklamsia

Berikut adalah tanda-tanda klinis dan gejala subjektif yang perlu diperhatikan (Kurniawati et al., 2020):

1. Tiga tanda utama (Trias Preeklamsia)

Secara klasik, diagnosis preeklamsia ditegakkan berdasarkan tiga tanda utama berikut:

- a. Tekanan Darah Meningkat: Hasil pemeriksaan menunjukkan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg.
- b. Proteinuria: Ditemukannya zat protein dalam air kencing (urine) melalui pemeriksaan laboratorium, biasanya ditandai dengan hasil $\geq 1+$ pada tes dipstik atau ≥ 300 mg dalam urine 24 jam.
- c. Bengkak (Edema) yang Tidak Wajar: Meskipun bengkak pada kaki sering dialami ibu hamil normal, pada preeklamsia bengkak biasanya muncul mendadak, meluas hingga ke wajah, tangan, atau sekitar mata, dan tidak hilang dengan istirahat.

2. Klasifikasi Tanda dan Gejala

Preeklamsia dibedakan menjadi dua kategori berdasarkan tingkat keparahannya (Insani et al., 2024):

a. Preeklamsia Ringan

Preeklamsia ringan ditandai dengan tekanan darah sistolik antara 140–159 mmHg atau diastolik 90–109 mmHg, disertai proteinuria ringan sekitar 300 mg/24 jam atau hasil +1 pada pemeriksaan, serta umumnya tidak disertai keluhan seperti sakit kepala hebat maupun gangguan penglihatan pada ibu.

b. Preeklamsia Berat (Severe Preeclampsia)

Preeklamsia berat ditandai dengan tekanan darah sangat tinggi ($\geq 160/110$ mmHg), disertai gangguan organ seperti penurunan fungsi ginjal yang ditandai jumlah urine $< 400\text{--}500$ ml/24 jam atau peningkatan kadar kreatinin, gangguan penglihatan berupa pandangan kabur, bintik-bintik, pandangan ganda hingga kebutaan mendadak, serta gangguan hati berupa nyeri hebat di ulu hati atau perut kanan atas yang sering disertai mual dan muntah. Selain itu, dapat muncul gejala saraf pusat seperti sakit kepala frontal yang menetap dan tidak membaik dengan obat, gangguan pada janin berupa pertumbuhan terhambat (IUGR) dan berkurangnya air ketuban (oligohidramnion), serta gangguan pernapasan seperti sesak napas yang dapat mengindikasikan edema paru (Insani et al., 2024).

d. Diagnosis

1. Hipertensi (Tekanan Darah Tinggi)

Kriteria utama preeklamsia adalah terjadinya peningkatan tekanan darah yang baru muncul setelah usia kehamilan 20 minggu. Kondisi ini ditandai dengan tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan/atau diastolik ≥ 90 mmHg. Untuk memastikan hasil yang akurat, pemeriksaan tekanan darah perlu dilakukan secara berulang. Selain itu, diagnosis juga dapat ditegakkan pada ibu dengan riwayat hipertensi kronis yang kemudian disertai munculnya proteinuria atau tanda disfungsi organ.

2. Proteinuria

Proteinuria merupakan kondisi ditemukannya kadar protein dalam urine melebihi batas normal. Hal ini ditandai dengan kadar protein urine ≥ 300 mg dalam 24 jam, hasil pemeriksaan dipstik $\geq 1+$, atau rasio protein/kreatinin ≥ 30 mg/mmol. Keberadaan proteinuria menjadi salah satu indikator penting dalam menegakkan diagnosis preeklamsia.

3. Kriteria Tanpa Proteinuria (Disfungsi Organ)

Meskipun proteinuria merupakan tanda klasik, preeklamsia tetap dapat didiagnosis tanpa adanya proteinuria jika hipertensi disertai dengan gangguan organ. Gangguan tersebut meliputi trombositopenia dengan jumlah trombosit < 100.000 /mikroliter, gangguan ginjal berupa peningkatan kreatinin serum $> 1,1$ mg/dL tanpa penyebab lain, serta gangguan hati yang ditandai peningkatan enzim hati hingga dua kali normal atau nyeri hebat di ulu hati maupun perut kanan atas. Selain itu, dapat terjadi edema paru akibat penumpukan cairan, gejala neurologis seperti stroke, sakit kepala hebat yang menetap, dan gangguan penglihatan. Disfungsi juga dapat terjadi pada unit uteroplasenta, yang ditandai dengan hambatan pertumbuhan janin (IUGR), berkurangnya air ketuban (oligohidramnion), atau hasil pemeriksaan Doppler arteri umbilikalis yang tidak normal.

Berdasarkan tingkat keparahannya, diagnosis dibagi menjadi dua kategori:

1. Preeklamsia Ringan:

- a. Tekanan darah antara 140/90 mmHg hingga $< 160/110$ mmHg.
- b. Proteinuria ≥ 300 mg/24 jam atau +1.
- c. Ibu biasanya tidak merasakan keluhan sakit kepala berat atau gangguan penglihatan.

2. Preeklamsia Berat: Ditegakkan jika terdapat satu atau lebih kriteria berikut:

- a. Tekanan darah $\geq 160/110$ mmHg.
- b. Kerusakan organ serius (gangguan fungsi ginjal, liver, atau sistem saraf pusat).
- c. Proteinuria masif ($\geq 3-5$ gram/24 jam atau +3).
- d. Jumlah urine sedikit (oliguria $< 400-500$ ml/24 jam).
- e. Munculnya Sindrom HELLP (gangguan darah dan liver).

e. Tata laksana preklamsia

Berikut adalah penjabaran tata laksana preeklamsia berdasarkan sumber yang tersedia:

1. Prinsip Utama Manajemen Medis

Terdapat beberapa komponen inti dalam penanganan medis preeklamsia:

- a) Kontrol Tekanan Darah: Menggunakan obat antihipertensi seperti labetalol, hidralazin, dan nifedipin. Suntikan intravena sering digunakan pada kasus parah atau kondisi darurat.
- b) Pencegahan Kejang: Magnesium sulfat ($MgSO_4$) adalah obat pilihan utama untuk mencegah kejang pada preeklamsia berat dan eklamsia

karena efektivitasnya yang lebih baik dan efek samping yang lebih sedikit dibanding antikonvulsan lain.

- c) Terminasi Kehamilan (Persalinan): Ini adalah satu-satunya cara untuk menghentikan proses pembentukan preeklamsia. Indikasi persalinan segera dilakukan jika usia kehamilan sudah cukup bulan atau jika ditemukan kondisi penyakit yang parah pada kehamilan prematur.
- d) Pematangan Paru Janin: Pada kasus prematur, kortikosteroid diberikan sebelum persalinan untuk mempercepat pematangan paru janin jika waktu memungkinkan.

2. Penanganan Berdasarkan Klasifikasi

- a) Preeklamsia Ringan: Dapat dirawat di rumah sakit maupun di rumah dengan dukungan keluarga. Tindakannya meliputi pemantauan tekanan darah harian, pemeriksaan protein urine, monitoring denyut jantung janin (DJJ), serta tirah baring (bed rest) dengan posisi tidur miring ke kiri.
- b) Preeklamsia Berat: Wajib dirawat di rumah sakit. Penanganan difokuskan pada pemberian obat penurun tekanan darah dan pencegahan kejang hingga bayi cukup matur untuk dilahirkan.

3. Manajemen Pendukung dan Gaya Hidup

- a) Manajemen Cairan: Menghindari pemberian cairan yang tidak perlu untuk mencegah komplikasi serius seperti edema paru.

- b) Manajemen Pola Makan: Disarankan asupan serat tinggi, penggunaan probiotik, suplemen kalsium dan vitamin D, serta menghindari diet tinggi garam.
- c) Aktivitas Fisik: Latihan aerobik atau olahraga ringan (sekitar 30 menit setiap hari) dapat membantu menstabilkan tekanan darah dan meningkatkan fungsi plasenta, asalkan dilakukan sesuai kondisi ibu dan saran dokter.

4. Terapi Komplementer (Holistik Modern)

Beberapa teknik relaksasi dapat dilakukan secara mandiri untuk membantu menurunkan kecemasan dan menstabilkan tekanan darah:

- a) Merendam kaki dengan air hangat (suhu 37-39°C) selama 10-20 menit untuk memperlancar peredaran darah.
- b) Terapi napas dalam untuk meningkatkan oksigenasi dan memicu keluarnya zat oksida nitrat yang memberikan efek tenang.
- c) Hipnotis lima jari dengan membayangkan pengalaman menyenangkan untuk mengurangi ketegangan dan menurunkan tekanan darah.
- d) Dukungan Keluarga dan Pemantauan di Rumah, Keluarga berperan penting dalam memotivasi ibu untuk taat mengonsumsi obat, menjaga pola makan sehat, membantu posisi tirah baring yang nyaman, serta memantau pergerakan janin. Ibu harus segera dibawa ke rumah sakit jika muncul tanda bahaya seperti sakit kepala hebat,

pandangan kabur/gelap, nyeri ulu hati, atau mual muntah yang berlebihan.

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

1. Definisi Persalinan

Persalinan merupakan suatu proses fisiologis alami yang menandai berakhirnya masa kehamilan, di mana janin yang telah mencapai usia cukup bulan dikeluarkan dari dalam rahim, diikuti oleh plasenta dan selaput ketuban (Rahmadhani et al., 2024). Proses ini tidak hanya melibatkan mekanisme biologis, tetapi juga diiringi berbagai perubahan yang kompleks pada ibu, baik secara fisik maupun psikologis. Secara fisik, ibu umumnya merasakan nyeri yang berasal dari kontraksi uterus, terutama pada daerah punggung bawah dan perut, yang dapat menimbulkan rasa tidak nyaman hingga kesulitan bernapas akibat peningkatan intensitas kontraksi. Di sisi lain, perubahan psikologis juga sering muncul, seperti kecemasan, ketegangan, dan rasa takut dalam menghadapi proses persalinan. Kondisi ini dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk pengalaman persalinan sebelumnya, tingkat pengetahuan, dukungan lingkungan, serta persepsi ibu terhadap rasa nyeri dan proses persalinan yang akan dialami (Br Sitepu et al., 2024).

2. Tanda-tanda Persalinan

Berdasarkan (Ayunda Insani et al., 2019), proses persalinan dapat dikenali melalui beberapa tanda utama sebagai berikut:

1. Kontraksi uterus (his)

Kontraksi merupakan tanda awal dimulainya persalinan yang ditandai dengan sensasi perut mengencang secara teratur, disertai nyeri yang menjalar dari punggung bawah ke perut hingga paha. Kondisi ini terjadi akibat peningkatan hormon oksitosin yang merangsang kontraksi rahim untuk membantu pengeluaran janin. Secara klinis, kontraksi dibedakan menjadi:

- a. Kontraksi palsu (Braxton Hicks): bersifat tidak teratur, singkat, jarang, dan tidak semakin kuat.
- b. Kontraksi sejati: terjadi secara teratur, frekuensi dan durasi meningkat, serta nyeri semakin kuat. Nyeri biasanya dimulai dari bagian atas rahim dan menjalar ke punggung bawah serta perut.

2. Pembukaan serviks

Pembukaan serviks menunjukkan kemajuan persalinan melalui pelebaran jalan lahir. Pada primigravida, proses ini berlangsung lebih lambat dan biasanya disertai nyeri yang lebih jelas. Sementara pada multigravida, pembukaan cenderung lebih cepat dengan nyeri yang relatif lebih ringan. Rasa nyeri terjadi akibat tekanan kepala

janin ke panggul serta proses pelunakan serviks. Untuk memastikan adanya pembukaan, dilakukan pemeriksaan dalam oleh tenaga kesehatan.

3. Bloody show dan pecahnya ketuban

Menjelang persalinan, ibu dapat mengalami keluarnya lendir bercampur darah (bloody show) akibat terbukanya serviks dan lepasnya sumbat lendir. Selain itu, pecahnya ketuban ditandai dengan keluarnya cairan bening dari vagina yang tidak dapat ditahan. Kondisi ini dapat terjadi secara alami atau dipengaruhi faktor tertentu. Setelah ketuban pecah, kontraksi biasanya menjadi lebih kuat dan teratur, namun risiko infeksi juga meningkat sehingga memerlukan pemantauan dan penanganan segera, terutama jika persalinan belum terjadi dalam waktu 24 jam.

3. Tahapan Persalinan

Berdasarkan kajian (El Sinta et al., 2019) proses persalinan berlangsung melalui beberapa tahapan, diantaranya:

a. Kala 1

Kala I merupakan tahap awal persalinan yang dimulai sejak munculnya kontraksi uterus yang teratur hingga pembukaan serviks lengkap (10 cm). Pada fase ini, kontraksi semakin kuat, sering, dan teratur sehingga menyebabkan serviks menipis (efasemen) dan membuka secara bertahap. Selain itu, terjadi penurunan bagian terbawah janin ke arah

panggul. Ibu biasanya merasakan nyeri yang menjalar dari punggung ke perut, disertai kecemasan dan kelelahan. Lama kala I berkisar 18–24 jam, lebih lama pada primigravida dibandingkan multigravida.

Kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu:

1. Fase laten: pembukaan 0–3 cm, kontraksi masih ringan dan tidak terlalu sering, ibu masih dapat beraktivitas, durasi sekitar 6–8 jam.
2. Fase aktif: pembukaan 4–10 cm, kontraksi semakin kuat dan sering.

Fase ini terdiri dari:

- a. Fase akselerasi: pembukaan mulai meningkat (± 3 –4 cm).
 - b. Fase dilatasi maksimal: pembukaan berlangsung cepat (4–9 cm).
 - c. Fase deselerasi: pembukaan melambat hingga lengkap (10 cm).
- b. Kala 2

Kala II dimulai saat pembukaan serviks sudah lengkap hingga bayi lahir seluruhnya. Pada tahap ini, kontraksi uterus sangat kuat dan terjadi lebih sering, biasanya setiap 2–3 menit dengan durasi lebih lama. Ibu merasakan dorongan kuat untuk mengejan akibat tekanan kepala janin pada dasar panggul. Tanda lain meliputi penonjolan perineum, pembukaan vulva, serta tekanan pada anus. Proses ini melibatkan kerja sama antara kontraksi rahim dan usaha mengejan ibu untuk mendorong janin melalui jalan lahir. Janin akan mengalami serangkaian mekanisme

penyesuaian posisi hingga lahir sempurna. Setelah bayi lahir, segera dilakukan penilaian kondisi bayi. Lama kala II umumnya tidak lebih dari 2 jam pada primigravida dan lebih singkat pada multigravida.

c. Kala 3

Kala III dimulai setelah bayi lahir hingga plasenta dan selaput ketuban keluar. Tahap ini berlangsung relatif singkat, sekitar 5–30 menit. Setelah bayi lahir, uterus akan berkontraksi kembali untuk melepaskan plasenta dari dinding rahim. Tanda pelepasan plasenta meliputi perubahan bentuk dan posisi fundus uteri, pemanjangan tali pusat, serta keluarnya darah secara tiba-tiba. Untuk membantu proses ini, biasanya diberikan oksitosin agar kontraksi lebih efektif. Selanjutnya dilakukan penjepitan dan pemotongan tali pusat serta penegangan tali pusat terkendali. Setelah plasenta keluar, dilakukan pemeriksaan kelengkapan plasenta dan kondisi uterus untuk memastikan tidak ada bagian yang tertinggal.

d. Kala 4

Kala IV adalah dua jam pertama setelah plasenta lahir yang merupakan masa kritis bagi ibu. Pada fase ini dilakukan pemantauan ketat untuk mencegah komplikasi, terutama perdarahan postpartum. Observasi meliputi pemeriksaan tanda vital seperti tekanan darah, nadi, dan pernapasan, serta penilaian kontraksi uterus apakah sudah baik (keras) atau tidak. Selain itu, diperiksa juga jumlah perdarahan, kondisi

kandung kemih, dan keadaan umum ibu. Jika ditemukan kelainan seperti perdarahan berlebih atau uterus tidak berkontraksi dengan baik, maka harus segera dilakukan penanganan.

4. *Sectio Caesarea*

Berdasarkan Ganap et al. (2022) Secara fisiologis, proses partus normal terjadi melalui traktus genitalis dengan estimasi durasi rata-rata selama 18 jam, yang dimulai dari ekspulsi presentasi kepala janin hingga tuntasnya pengeluaran plasenta. Selain metode pervaginam, terdapat alternatif persalinan melalui intervensi bedah yang disebut *sectio caesarea* (SC). Prosedur operatif ini melibatkan insisi pada dinding abdomen serta miometrium untuk mengevakuasi janin, yang dalam indikasi klinis tertentu dapat disertai dengan tindakan histerektomi. Ibu yang menempuh persalinan bedah ini akan memasuki fase nifas atau involusi uteri, di mana organ reproduksi secara bertahap mengalami pemulihan anatomi dan fungsional menuju kondisi pra-gestasi dalam kurun waktu sekitar enam minggu.

Menurut Ganap et al. (2022) ada dua faktor indikasi utama dilakukannya *Sectio caesarea*, antara lain:

a. Faktor Ibu

1. Ketuban Pecah Dini (KPD)

Ketuban Pecah Dini (KPD) diidentifikasi sebagai salah satu indikator klinis utama untuk dilakukannya intervensi *sectio caesarea* (SC). Secara medis, KPD merupakan ruptur membran

amnion sebelum onset persalinan aktif, yang ditandai dengan dilatasi serviks masih di bawah 4 cm atau masih dalam fase laten. Fenomena ini dapat bermanifestasi pada akhir masa gestasi maupun pada periode preterm (sebelum usia kehamilan 37 minggu). Implikasi dari kondisi ini sangat signifikan terhadap mortalitas perinatal melalui komplikasi berat seperti sepsis neonatal, asfiksia, hingga hipoplasia paru. Terbukanya barier antara dunia luar dan kavum uteri akibat pecahnya selaput ketuban memicu risiko infeksi asenden, sehingga diperlukan manajemen obstetri yang presisi melalui terapi antibiotik profilaksis serta pertimbangan terminasi kehamilan sesuai dengan urgensi klinis

2. *Chepalo Pelvik Disproportion* (CPD)

Cephalopelvic Disproportion (CPD) dikategorikan sebagai indikasi absolut untuk intervensi bedah sectio caesarea karena mekanisme persalinan pervaginam tidak mungkin terlaksana. Kondisi ini terjadi akibat adanya diskrepansi anatomi antara kapasitas panggul ibu dengan dimensi janin, yang dapat dipicu oleh penyempitan panggul, makrosomia janin, maupun kombinasi dari kedua faktor tersebut. Pemaksaan persalinan melalui jalur lahir pada kasus ini sangat berisiko memicu kegawatdaruratan obstetri yang mengancam keselamatan ibu dan janin. Pasien dengan diagnosis CPD yang memerlukan tindakan SC cito sering kali

merupakan kasus rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama akibat adanya penyulit dalam proses persalinan (Wathina et al., 2023).

3. Pre Eklampsia Berat (PEB)

Preeklamsia didefinisikan sebagai sindrom spesifik kehamilan yang manifestasinya lazim terdeteksi pasca-usia gestasi 20 minggu, di mana terjadi reduksi perfusi organ sistemik akibat vasospasme vaskular dan aktivasi endotelial. Kondisi patologis ini secara klasik ditandai dengan peningkatan tekanan darah (hipertensi) dan proteinuria, yang sering kali disertai edema sebagai bagian dari trias gejala klinisnya. Fenomena ini dapat bermanifestasi tidak hanya selama masa gestasi, tetapi juga pada saat persalinan hingga periode nifas. Pada kasus Preeklamsia Berat (PEB), terminasi kehamilan melalui sectio caesarea segera (cito) menjadi prioritas utama mengingat status kehamilan risiko tinggi yang mengancam nyawa maternal maupun neonatal. Oleh sebab itu, penatalaksanaan pasien PEB memerlukan intervensi operatif segera yang disertai dengan observasi hemodinamik yang ketat baik selama prosedur pembedahan maupun pada fase pemulihan pascaoperasi.

4. Riwayat Sectio Caesarea

Pengalaman pembedahan obstetri sebelumnya atau riwayat sectio caesarea (SC) menjadi salah satu indikasi relatif dalam menentukan manajemen persalinan berikutnya. Secara klinis, ibu dengan riwayat SC sering kali tidak direkomendasikan untuk menempuh persalinan pervaginam pada kehamilan sekunder guna meminimalisir risiko ruptur uteri atau komplikasi parut rahim lainnya. Data distribusi frekuensi mengindikasikan bahwa rekam jejak obstetri seorang ibu merupakan determinan krusial dalam pemilihan moda persalinan di masa depan. Pada kasus yang memerlukan tindakan SC cito, keputusan medis umumnya dipengaruhi oleh interaksi antara faktor usia maternal, paritas, serta kemunculan penyulit akut. Sebaliknya, apabila kondisi klinis unit ibu-janin terpantau stabil tanpa adanya urgensi medis, prosedur bedah dapat dijadwalkan secara elektif pada waktu yang telah ditentukan

b. Faktor Janin

1. Gawat Janin

Fetal distress atau gawat janin didefinisikan sebagai suatu keadaan patologis yang dipicu oleh insufisiensi suplai oksigen serta nutrisi esensial ke janin selama masa gestasi. Fenomena klinis ini merupakan kondisi kedaruratan yang tidak boleh diabaikan,

mengingat dampaknya yang signifikan terhadap luaran neonatal sehingga memerlukan intervensi medis yang segera dan akurat dari tim tenaga kesehatan (Siagian et al., 2023).

2. Malpresentasi

Secara klinis, malpresentasi didefinisikan sebagai penyimpangan posisi di mana kutub janin yang melakukan engagement pada pelvic inlet (pintu atas panggul) bukanlah bagian belakang kepala atau vertex. Dalam situasi ini, bagian terendah janin yang berhadapan dengan jalan lahir dapat berupa bokong, wajah, dahi, bahu, atau ekstremitas lainnya. Kondisi ini secara signifikan mengubah mekanika persalinan normal dan sering kali memerlukan evaluasi medis yang lebih kompleks untuk menentukan metode kelahiran yang paling aman bagi ibu dan janin.

3. Malposisi Keududukan Janin

Dalam konteks obstetri, malposisi merujuk pada situasi persalinan di mana janin tetap berada dalam presentasi vertex, namun sumbu kepala janin tidak mencapai derajat fleksi yang sempurna. Fenomena ini melibatkan berbagai variasi defleksi kepala, serta orientasi posisi oksipitoposterior maupun oksipitolateral. Dalam kondisi ini, os oksiput tetap menjadi titik acuan utama (denominator) untuk menentukan arah dan kedudukan kepala janin terhadap panggul ibu. Kegagalan mencapai fleksi

optimal ini sering kali berdampak pada memanjangnya durasi persalinan karena diameter kepala yang melewati jalan lahir menjadi lebih besar.

4. Prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil

Secara klinis, prolapsus tali pusat didefinisikan sebagai suatu anomali letak di mana funikulus umbilikal is turun melampaui bagian terendah janin di dalam jalan lahir. Dalam kondisi ini, tali pusat dapat berada di samping atau mendahului presentasi janin, sehingga menempati ruang di antara bagian terbawah janin dan pintu atas panggul. Situasi ini sangat kritis karena tali pusat dapat terjepit atau bahkan keluar melalui introitus vagina sebelum proses kelahiran janin selesai, yang berisiko menghentikan aliran oksigen secara mendadak akibat kompresi mekanis.

5. Kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi

Ekstraksi vakum dan forseps dikategorikan sebagai intervensi obstetri operatif pervaginam yang bertujuan untuk mempercepat kala dua persalinan. Namun, apabila upaya bantuan persalinan tersebut tidak menunjukkan kemajuan atau mengalami kegagalan teknis—seperti terlepasnya mangkuk vakum secara berulang atau kegagalan penurunan kepala janin—maka prosedur tersebut tidak boleh dipaksakan. Dalam situasi kegagalan instrumen ini, tindakan penyelamatan segera melalui pembedahan sectio caesarea menjadi

indikasi medis yang mendesak untuk mencegah trauma jalan lahir pada ibu serta asfiksia pada janin (Siagian et al., 2023).

2.1.3 Teori Dasar Nifas

1. Definisi Nifas

Fase postpartum atau puerperium merupakan tahapan krusial yang dilalui seorang wanita pascapersalinan, yang secara biologis dihitung sejak tuntasnya ekspulsi plasenta. Masa ini menandai dimulainya proses involusi, di mana organ-organ reproduksi—khususnya uterus—mengalami pemulihan anatomis dan fungsional untuk kembali ke status sebelum kehamilan. Rentang waktu pemulihan ini secara umum berlangsung selama enam minggu atau kurang lebih 42 hari. Selama kurun waktu tersebut, tubuh ibu mengalami transformasi fisik dan fisiologis yang kompleks sebagai bentuk adaptasi pascasalin. Meskipun berbagai keluhan yang muncul pada fase awal sering kali bersifat normal (fisiologis), pengawasan dan perawatan yang tidak optimal dapat memicu komplikasi serius. Tanpa penatalaksanaan yang adekuat, gejala-gejala ringan tersebut berisiko bertransformasi menjadi kondisi patologis yang membahayakan kesehatan ibu (Rahmadhani et al., 2024).

2. Tahapan Masa Nifas

Masa nifas terdiri dari beberapa tahapan yang berlangsung sejak setelah persalinan hingga kondisi ibu kembali pulih (Wijaya et al., 2023), yaitu:

a. Periode Immediate Postpartum

Tahap ini berlangsung sejak plasenta lahir hingga 24 jam pertama setelah persalinan. Periode ini merupakan fase yang sangat kritis karena risiko terjadinya perdarahan postpartum cukup tinggi, terutama akibat atonia uteri. Oleh karena itu, diperlukan pemantauan ketat dan berkelanjutan oleh tenaga kesehatan, meliputi kondisi kontraksi uterus, jumlah dan karakter lochia, keadaan kandung kemih, serta tanda vital seperti tekanan darah dan suhu tubuh.

b. Periode Early Postpartum (lebih dari 24 jam hingga 1 minggu)

Pada tahap ini, fokus utama adalah memastikan proses pemulihan berjalan normal. Involusi uterus harus berlangsung dengan baik, tidak terdapat perdarahan abnormal, lochia tidak berbau menyengat, serta tidak ada tanda infeksi seperti demam. Selain itu, kebutuhan nutrisi dan cairan ibu harus terpenuhi, serta proses menyusui dapat berjalan dengan lancar.

c. Periode Late Postpartum (lebih dari 1 minggu hingga 6 minggu)

Pada periode ini, pemantauan tetap dilakukan untuk memastikan pemulihan organ reproduksi berlangsung optimal. Tenaga kesehatan

juga memberikan edukasi dan konseling, terutama terkait perawatan diri, kesehatan ibu, serta perencanaan penggunaan metode kontrasepsi.

d. Remote Puerperium

Tahap ini merupakan masa pemulihan lanjutan hingga kondisi ibu benar-benar kembali sehat seperti sebelum hamil, terutama pada ibu yang mengalami komplikasi selama kehamilan atau persalinan. Durasi periode ini dapat berbeda-beda tergantung kondisi masing-masing ibu.

3. Perubahan Fisiologi dan Psikologi Masa Nifas

Berdasarkan Wijaya et al. (2023) perubahan fisiologi masa nifas sebagai berikut:

a. Involusi Uterus

Pascapersalinan, uterus mengalami proses involusi yang sangat aktif melalui kontraksi miometrium yang intens. Mekanisme ini dipicu oleh iskemia pada lokasi implantasi plasenta (placental site), yang menyebabkan nekrosis dan peluruhan jaringan perlekatan antara plasenta dan dinding rahim. Secara klinis, kemajuan involusi dapat dipantau melalui penurunan Tinggi Fundus Uteri (TFU) sebagai berikut:

- a. Hari ke-1: TFU berada sekitar satu jari di bawah umbilikus.
- b. Hari ke-2: TFU turun hingga 2–3 jari di bawah pusat.
- c. Hari ke-4 sampai ke-5: Posisi fundus berada di pertengahan antara simfisis pubis dan pusat.

- d. Hari ke-7: Fundus teraba 2–3 jari di atas simfisis.
- e. Hari ke-10 sampai ke-12: Uterus seharusnya sudah masuk ke dalam rongga panggul sehingga tidak lagi teraba melalui palpasi abdominal.

b. Lokhea

Selama fase puerperium, rahim akan mengeluarkan sekret vagina yang dikenal sebagai lokhia. Secara fisiologis, cairan ini memiliki aroma khas yang menyerupai bau amis darah normal. Namun, munculnya aroma busuk yang menyengat patut diwaspadai sebagai indikator klinis adanya infeksi pada traktus reproduksi atau endometritism (Wijaya et al., 2023).

Transformasi warna, konsistensi, serta volume lokhia berlangsung secara simultan dengan proses involusi uteri. Berdasarkan durasi klinis dan karakteristik visualnya, lokhia terbagi menjadi empat fase utama (Rahmadhani et al., 2024):

1. Lokhia Rubra (Kruenta): Muncul pada hari ke-1 hingga ke-3 pascapersalinan. Sekret ini didominasi oleh darah segar, sisa-sisa selaput ketuban, dan desidua, sehingga berwarna merah pekat.
2. Lokhia Sanguinolenta: Terjadi pada hari ke-3 sampai ke-7 pascasalin. Cairan ini berwarna merah kecokelatan dengan tekstur yang lebih berlendir, menandakan mulai berkurangnya komponen darah segar.

3. Lokhia Serosa: Diekskresikan pada hari ke-7 hingga hari ke-14. Konsistensinya lebih cair dengan warna kekuningan atau merah muda pucat, karena mengandung lebih banyak serum, leukosit, dan jaringan debris.
 4. Lokhia Alba: Tahap akhir yang dimulai setelah hari ke-14 hingga beberapa minggu ke depan. Cairan ini berwarna putih kekuningan atau jernih, yang mengindikasikan bahwa proses pemulihan endometrium hampir selesai.
- c. Serviks dan Vagina: Kerasnya Persalinan Berdampak pada Serviks dan Vagina
- Berdasarkan Wijaya et al. (2023) menjelaskan bahwa pemulihan struktur serviks pascapersalinan merupakan fase krusial untuk mencegah terjadinya perdarahan lanjut dan infeksi asenden. Proses ini melibatkan transformasi biokimia dan biofisik yang kompleks untuk mengembalikan serviks dari kondisi yang lunak pascasalin menjadi struktur yang kaku seperti semula.

1. Ostium Uteri Internum (OS Interna): Umumnya telah menutup sempurna pada minggu kedua postpartum.
2. Ostium Uteri Eksternum (OS Eksterna): Cenderung tetap sedikit terbuka selama beberapa minggu ke depan.

Rekonstruksi jaringan serviks sangat bergantung pada komposisi kolagen, aktivitas enzim metaloproteinase serta kolagenase, dan

sintesis matriks ekstraseluler. Penelitian proteomik menunjukkan adanya regulasi protein yang signifikan terkait penyembuhan luka, modulasi imun, dan protein pengikat aktin dalam proses remodeling ini. Sementara itu, area vagina dan vulva yang awalnya mengalami edema dan distensi akan berangsur pulih ke ukuran normal dalam beberapa minggu pertama masa nifas. Perlu diperhatikan bahwa elastisitas dinding vagina cenderung sedikit berkurang pada setiap kehamilan, yang secara jangka panjang dapat meningkatkan risiko terjadinya prolaps genital seiring bertambahnya usia.

d. Perubahan Sistem Pencernaan

Pada fase awal puerperium, ibu nifas secara klinis sering kali mengalami hambatan pada fungsi eliminasi fekal atau konstipasi. Fenomena ini merupakan implikasi dari beberapa faktor fisiologis dan mekanis yang terjadi selama proses persalinan. Tekanan intens pada traktus digestivus selama kala dua menyebabkan pengosongan kolon yang signifikan. Selain itu, defisit volume cairan tubuh yang hilang selama persalinan serta asupan nutrisi yang belum kembali ke level optimal turut memperlambat gerak peristaltik usus.

Faktor penyulit lainnya mencakup keberadaan hemoroid yang menimbulkan rasa nyeri saat mengejan, serta keterbatasan mobilisasi atau early ambulation pada hari-hari pertama pascasalin. Kombinasi antara dehidrasi relatif, penurunan tonus otot abdomen, dan trauma

pada area perineum ini secara kolektif berkontribusi terhadap terjadinya keterlambatan buang air besar pada ibu postpartum (Triastin & Nabila, 2024).

e. Perubahan Sistem Perkemihan

Pada masa setelah persalinan, ibu nifas kerap mengalami gangguan berkemih, terutama dalam 24 jam pertama. Hal ini umumnya disebabkan oleh spasme otot sfingter serta edema pada leher kandung kemih akibat tekanan kepala janin terhadap tulang pubis selama proses persalinan. Selain itu, penurunan kadar hormon estrogen yang sebelumnya berperan dalam mempertahankan cairan tubuh turut menyebabkan peningkatan produksi urin, sehingga terjadi proses diuresis.

f. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Setelah persalinan, uterus segera berkontraksi untuk menekan pembuluh darah di antara serabut otot sehingga membantu menghentikan perdarahan. Sementara itu, struktur penunjang rahim seperti ligamen, diafragma pelvis, dan jaringan fasia yang sebelumnya meregang selama kehamilan dan persalinan akan mengalami pemulihan secara bertahap. Proses ini berlangsung perlahan hingga jaringan kembali mendekati kondisi semula, yang umumnya tercapai dalam waktu sekitar 6–8 minggu pascapersalinan.

g. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Setelah persalinan, perubahan sirkulasi yang terjadi selama kehamilan, termasuk adanya shunt fisiologis, akan hilang secara mendadak sehingga menyebabkan peningkatan volume darah sementara. Kondisi ini dapat memberikan beban tambahan pada jantung, terutama pada ibu dengan riwayat gangguan kardiovaskular. Namun, tubuh akan beradaptasi melalui mekanisme kompensasi berupa hemokonsentrasi, sehingga volume darah berangsur kembali mendekati normal. Perubahan hemodinamik ini umumnya terjadi pada hari ketiga hingga kelima masa postpartum.

h. Perubahan Tanda-tanda Vital

Pada masa nifas, pemantauan tanda-tanda vital sangat penting untuk menilai kondisi kesehatan ibu. Beberapa parameter yang perlu dikaji meliputi:

1. Suhu tubuh

Dalam 24 jam pertama setelah persalinan, suhu tubuh ibu dapat sedikit meningkat hingga sekitar $37,5\text{--}38^{\circ}\text{C}$ akibat kelelahan, aktivitas fisik selama persalinan, dan kehilangan cairan. Secara normal, suhu akan kembali turun secara bertahap. Peningkatan suhu yang terjadi kembali pada hari ketiga biasanya berkaitan dengan proses laktasi. Namun, jika demam menetap atau tidak

menurun, perlu dicurigai adanya infeksi, terutama pada endometrium.

2. Denyut nadi

Frekuensi nadi normal berkisar antara 60–80 kali per menit. Setelah persalinan, denyut nadi dapat meningkat sementara. Akan tetapi, jika frekuensi nadi melebihi 100 kali per menit, hal ini dapat menjadi tanda adanya masalah seperti perdarahan, infeksi, atau dehidrasi.

3. Tekanan darah

Pada umumnya, tekanan darah ibu setelah persalinan tetap dalam batas normal. Penurunan tekanan darah dapat terjadi akibat kehilangan darah selama persalinan. Sebaliknya, peningkatan tekanan darah perlu diwaspadai karena dapat mengarah pada kondisi preeklamsia postpartum.

4. Pernapasan

Frekuensi pernapasan berkaitan dengan perubahan suhu tubuh dan denyut nadi. Jika terjadi peningkatan laju pernapasan yang tidak normal, kondisi ini dapat menjadi tanda awal adanya syok atau gangguan pada sistem pernapasan sehingga memerlukan perhatian lebih lanjut.

3. Dase adaptasi psikologi

Menurut (Listia et al., 2023), ibu pada masa nifas akan mengalami beberapa tahapan adaptasi psikologis dalam menyesuaikan diri dengan peran barunya sebagai orang tua, yaitu:

a. Fase Taking In

Fase ini terjadi segera setelah persalinan hingga 24–48 jam pertama. Pada tahap ini, ibu cenderung bersifat pasif, lebih fokus pada dirinya sendiri, dan membutuhkan banyak bantuan dalam melakukan aktivitas sederhana maupun dalam pengambilan keputusan.

b. Fase Taking Hold

Fase ini berlangsung pada hari ke-3 hingga ke-10 setelah persalinan. Ibu mulai menunjukkan ketertarikan terhadap bayinya dan berusaha terlibat dalam perawatan. Namun, pada tahap ini sering muncul perasaan cemas, ragu, dan takut tidak mampu menjalankan peran sebagai ibu.

c. Fase Letting Go

Fase ini terjadi pada minggu ke-2 hingga ke-4. Ibu mulai menerima peran barunya, menyesuaikan diri dengan kondisi yang ada, serta mulai membangun rutinitas dan perencanaan dalam menjalani kehidupan bersama bayi dan keluarga.

4. Kebutuhan Dasar Nifas

Pada masa nifas, ibu memerlukan pemenuhan kebutuhan dasar untuk mendukung proses pemulihan dan menjaga kesehatan secara optimal (Wijaya et al., 2023), yang meliputi:

a. Nutrisi dan cairan

Asupan nutrisi pada masa nifas harus diperhatikan dengan baik, yaitu mencukupi kebutuhan kalori, tinggi protein, serta mengandung zat gizi seimbang. Nutrisi yang adekuat berperan dalam mempercepat penyembuhan, pemulihan kondisi tubuh, dan meningkatkan produksi ASI. Kebutuhan ini dapat dipenuhi dengan menambah sekitar 500 kalori per hari, mengonsumsi makanan bergizi seimbang yang mengandung karbohidrat, protein, vitamin, dan mineral, serta minum minimal 3 liter air setiap hari. Selain itu, ibu dianjurkan mengonsumsi tablet zat besi selama 40 hari dan kapsul vitamin A dosis 200.000 IU.

b. Mobilisasi

Mobilisasi dilakukan secara bertahap sesuai kondisi ibu. Pada persalinan normal, ibu dapat mulai bergerak sekitar 2 jam setelah melahirkan. Sementara itu, pada ibu dengan operasi sesar atau yang mendapat anestesi, mobilisasi dimulai dengan miring kanan-kiri setelah ± 12 jam, kemudian duduk, berdiri, dan berjalan dalam 24–48 jam. Mobilisasi yang tepat dapat mempercepat pemulihan dan mencegah komplikasi.

c. Eliminasi

a. Buang air kecil (BAK)

Ibu nifas dapat mengalami kesulitan berkemih akibat tekanan kepala janin dan pembengkakan kandung kemih. Kondisi normal apabila ibu dapat berkemih dalam waktu ≤ 6 jam setelah persalinan. Jika dalam 8 jam belum berkemih atau jumlah urine sangat sedikit, maka perlu dilakukan tindakan seperti kateterisasi.

b. Buang air besar (BAB)

BAB umumnya terjadi dalam 3–4 hari setelah persalinan. Jika ibu mengalami kesulitan atau konstipasi, dapat diberikan bantuan seperti obat perangsang atau tindakan lain sesuai kebutuhan.

d. Personal hygiene

Kebersihan diri sangat penting karena ibu rentan terhadap infeksi pada masa nifas. Perawatan meliputi mencuci tangan sebelum dan sesudah membersihkan area genital, membersihkan vulva dari arah depan ke belakang, membersihkan setelah BAK/BAB, mengganti pembalut secara teratur, serta menghindari menyentuh luka pada perineum. Kebersihan pakaian, tempat tidur, dan lingkungan juga perlu dijaga.

e. Istirahat

Istirahat yang cukup sangat berpengaruh terhadap pemulihan tubuh dan produksi ASI. Ibu dianjurkan menghindari kelelahan, melakukan aktivitas secara bertahap, memanfaatkan waktu tidur saat bayi tidur,

serta melibatkan keluarga dalam membantu perawatan bayi dan pekerjaan rumah. Kurangnya istirahat dapat menyebabkan penurunan produksi ASI, memperlambat involusi uterus, dan meningkatkan risiko depresi postpartum.

f. Kebutuhan seksual

Hubungan seksual dapat dilakukan kembali setelah kondisi ibu pulih, ditandai dengan berhentinya perdarahan dan tidak adanya nyeri saat dilakukan pemeriksaan sederhana, seperti saat dua jari dapat dimasukkan ke dalam vagina tanpa rasa sakit. Hal ini menunjukkan bahwa organ reproduksi telah cukup pulih untuk aktivitas seksual kembali.

5. Kunjungan Masa Nifas

Berdasarkan Savita et al. (2022) pelayanan masa nifas merupakan bentuk asuhan kesehatan menyeluruh yang diberikan kepada ibu dan bayi sejak 6 jam setelah persalinan hingga 42 hari pascapersalinan. Pelayanan ini mencakup pengkajian riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik dan penunjang, pemberian layanan keluarga berencana, penatalaksanaan masalah, edukasi melalui komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE), serta rujukan bila diperlukan. Kunjungan nifas bertujuan untuk memantau kondisi ibu dan bayi secara berkesinambungan, serta dilakukan minimal empat kali sesuai standar pelayanan kebidanan,

dengan pemeriksaan ibu dan bayi dilakukan secara terpadu pada setiap kunjungan.

a. Waktu Kunjungan dan Tujuan KF (Savita et al., 2022)

1) Kunjungan kesatu (KF 1) 6-48 jam pasca melahirkan

Tujuan utama pada tahap ini adalah mencegah dan mendeteksi dini perdarahan akibat atonia uteri. Selain itu, dilakukan pemeriksaan kemungkinan penyebab perdarahan lain serta rujukan jika kondisi berlanjut. Ibu juga diberikan edukasi terkait penanganan perdarahan, dianjurkan melakukan inisiasi menyusui dini, serta dilakukan rawat gabung antara ibu dan bayi. Upaya menjaga kehangatan bayi juga menjadi perhatian untuk mencegah hipotermia.

2) Kunjungan Ke-2 (KF 2) 3-7 hari pasca melahirkan

Pada tahap ini dilakukan evaluasi involusi uterus, ditandai dengan kontraksi yang baik, posisi fundus di bawah pusat, serta lochia dalam batas normal dan tidak berbau. Selain itu, dilakukan deteksi tanda bahaya seperti perdarahan abnormal, demam, atau infeksi. Kebutuhan dasar ibu seperti nutrisi, cairan, dan istirahat juga dipastikan terpenuhi. Ibu juga dipantau dalam proses menyusui serta diberikan edukasi mengenai perawatan bayi, tali pusat, dan menjaga kehangatan bayi.

3) Kunjungan Ke-3 (KF 3) 8-28 hari pasca melahirkan

Fokus kunjungan ini adalah memastikan proses pemulihan berjalan normal, termasuk involusi uterus, kondisi lokia, serta tidak adanya tanda infeksi atau komplikasi. Selain itu, kondisi umum ibu dievaluasi, termasuk kecukupan nutrisi dan istirahat. Edukasi mengenai perawatan bayi dan kebutuhan sehari-hari tetap diberikan untuk mendukung kesehatan ibu dan bayi.

4) Kunjungan Ke-4 (KF 4) 29-42 hari pasca melahirkan

Pada tahap ini dilakukan evaluasi akhir masa nifas, termasuk menanyakan adanya komplikasi pada ibu dan bayi. Selain itu, diberikan penyuluhan terkait keluarga berencana, konseling mengenai aktivitas seksual, serta pemantauan perubahan lokia sebagai bagian dari proses pemulihan organ reproduksi.

2.1.4 Teori Dasar BBL (Bayi Baru Lahir)

1. Definisi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir adalah bayi yang dilahirkan melalui persalinan normal maupun tindakan lain dengan berat badan normal berkisar antara 2500–4000 gram. Kehadiran bayi dalam keluarga merupakan anugerah sekaligus amanah yang diharapkan menjadi penerus keluarga. Oleh karena itu, sejak awal kehidupan, bayi memerlukan perawatan yang optimal sebagai dasar bagi perkembangan fisik, psikologis, sosial, spiritual, serta kemampuan motoriknya (Suryaningsih, Wulan, & Yulianti, 2023).

Asuhan bayi baru lahir merupakan bagian dari pelayanan kebidanan yang dilakukan segera setelah bayi dilahirkan. Pada saat persalinan, perhatian tenaga kesehatan tidak hanya tertuju pada kondisi ibu, tetapi juga pada kondisi bayi. Dalam keadaan normal, pemberian perawatan yang cepat, aman, dan bersih menjadi hal yang sangat penting untuk menjamin keselamatan dan kesehatan bayi.

2. Adaptasi Fisiologi BBL (Bayi Baru Lahir)

Berdasarkan Suryaningsih, Wulan, & Yulianti (2023) adaptasi bayi baru lahir merupakan proses penyesuaian fisiologis yang dialami bayi ketika berpindah dari lingkungan intrauterin ke lingkungan ekstrauterin. Selama kurang lebih 37–42 minggu di dalam rahim, bayi hidup dalam kondisi yang stabil dan terlindungi, sehingga setelah lahir bayi harus beradaptasi dengan perubahan lingkungan yang sangat berbeda. Proses ini berlangsung selama periode neonatal, yaitu hingga sekitar satu bulan atau lebih, tergantung pada kematangan dan kondisi sistem tubuh bayi. Berikut merupakan beberapa poin pentingnya menurut (Suryaningsih, Wulan, & Yulianti, 2023) :

a. Adaptasi Suhu Tubuh

Bayi baru lahir belum mampu mengatur suhu tubuh secara optimal karena sistem metabolisme yang belum matang. Oleh karena itu, bayi sangat rentan mengalami kehilangan panas yang dapat berujung pada komplikasi serius, terutama pada bayi dengan berat badan lahir rendah atau kondisi

sakit. Untuk menjaga suhu tubuh tetap stabil, bayi perlu ditempatkan di lingkungan hangat ($\geq 25^{\circ}\text{C}$), dihindarkan dari paparan udara dingin, tidak diletakkan di permukaan dingin, serta menggunakan pakaian lengkap seperti baju, sarung tangan, kaus kaki, dan penutup kepala. Selain itu, bayi tidak boleh dibiarkan telanjang terlalu lama dan popok basah harus segera diganti. Kehilangan panas pada bayi dapat terjadi melalui empat mekanisme, yaitu konveksi (aliran udara), konduksi (kontak dengan benda dingin), radiasi (pemancaran panas ke lingkungan), dan evaporasi (penguapan cairan dari tubuh bayi).

b. Adaptasi Sistem Pernapasan

Paru-paru bayi berkembang selama kehamilan dan mencapai kematangan pada usia kehamilan sekitar 34–38 minggu. Selama dalam kandungan, oksigen diperoleh melalui plasenta, namun setelah lahir bayi harus bernapas secara mandiri menggunakan paru-paru. Pemotongan tali pusat menyebabkan terhentinya aliran darah dari plasenta, sehingga bayi mulai melakukan pernapasan pertama. Napas pertama umumnya terjadi dalam 30 menit setelah lahir. Frekuensi napas bayi berkisar antara 40–60 kali per menit dengan pola yang masih belum teratur, serta didominasi oleh pernapasan diafragma dan abdomen. Seiring waktu, sistem pernapasan akan menyesuaikan dengan pertumbuhan dan perkembangan bayi.

c. Adaptasi Sistem Peredaran Darah

Perubahan sistem sirkulasi dari janin ke bayi sangat berkaitan dengan fungsi pernapasan. Setelah tali pusat dipotong, aliran darah dari plasenta berhenti dan darah mulai mengalir ke paru-paru untuk proses oksigenasi. Hal ini memicu peningkatan tekanan darah sistemik dan perubahan pada jantung, seperti penutupan foramen ovale akibat tekanan jantung kiri yang lebih tinggi dibandingkan kanan, serta penutupan duktus arteriosus. Proses ini menandai transisi dari sirkulasi janin menjadi sirkulasi mandiri pada bayi baru lahir.

d. Adaptasi Metabolisme

Pada jam-jam awal kehidupan, kebutuhan energi bayi dipenuhi dari cadangan karbohidrat tubuh. Selanjutnya, pada hari kedua, sumber energi beralih pada metabolisme lemak. Setelah beberapa hari dan bayi mulai mendapatkan asupan ASI atau susu formula, energi diperoleh dari kombinasi lemak dan karbohidrat. Proses ini menunjukkan kemampuan tubuh bayi dalam menyesuaikan kebutuhan energi sesuai dengan ketersediaan sumber nutrisi.

e. Keseimbangan Cairan dan Fungsi Ginjal

Fungsi ginjal bayi baru lahir belum berkembang secara sempurna, sehingga pengaturan cairan dan elektrolit masih terbatas. Kandungan air dalam tubuh bayi relatif tinggi, dengan kadar natrium lebih besar dibandingkan kalium. Kondisi ini membuat bayi rentan mengalami

gangguan keseimbangan cairan seperti dehidrasi, overhidrasi, maupun ketidakseimbangan elektrolit. Seiring waktu, fungsi ginjal akan mengalami pematangan dalam beberapa minggu pertama kehidupan.

f. Adaptasi Sistem Pencernaan

Sistem pencernaan bayi baru lahir sudah terbentuk, namun masih dalam tahap penyesuaian fungsi. Pada awal kehidupan, usus bayi mengandung mekonium, yaitu feses berwarna hitam kehijauan yang biasanya keluar dalam 10 jam pertama setelah lahir. Dalam beberapa hari berikutnya, feses akan berubah menjadi lebih normal baik dari segi warna maupun konsistensi, seiring dengan masuknya asupan nutrisi dari ASI atau susu formula.

g. Sistem Imunitas (Imunoglobulin)

Bayi baru lahir belum mampu membentuk sistem kekebalan tubuh secara optimal, sehingga sangat bergantung pada antibodi yang diperoleh dari ibu selama kehamilan. Imunoglobulin utama yang ditransfer adalah IgG, yang mampu melewati plasenta dan memberikan perlindungan awal terhadap infeksi. Kekebalan pasif ini sangat penting hingga sistem imun bayi berkembang lebih matang.

h. Fungsi Hati

Pada masa neonatal, fungsi hati belum sepenuhnya matang, termasuk dalam hal metabolisme dan detoksifikasi zat. Oleh karena itu, pemberian obat pada bayi baru lahir harus dilakukan secara hati-hati karena berisiko

menimbulkan efek samping. Seiring pertumbuhan, fungsi hati akan berkembang dan mampu menjalankan perannya secara lebih optimal.

3. Jadwal Imunisasi BBL

Menurut Rufaindah et al. (2022), imunisasi merupakan suatu upaya untuk meningkatkan sistem kekebalan tubuh dengan cara merangsang pembentukan antibodi spesifik terhadap penyakit tertentu melalui pemberian mikroorganisme yang telah dilemahkan atau diinaktivasi dalam jumlah terbatas. Pemberian imunisasi bertujuan agar tubuh mampu mengenali dan melawan patogen penyebab penyakit secara efektif. Adapun jadwal pemberian imunisasi pada bayi dan anak mengacu pada Buku KIA yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Tabel 2.1 Jadwal imunisasi dasar bayi usia 0-9 bulan

Jenis Imunisasi	Usia Pemberian
Hepatitis B (HB-0)	Bayi baru lahir (< 24 jam)
BCG, Polio 1	0-1 bulan
DPT-HB-Hib 1, Polio 2	2 bulan
DPT-HB-Hib 2, Polio 3,	3 bulan
DPT-HB-Hib 3, Polio 4, IPV	4 bulan
Campak	9 bulan

Sumber : Buku KIA, Kemenkes RI, 2021

4. Kunjungan Neonatus

a. Definisi Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatus merupakan kontak antara bayi baru lahir dengan tenaga kesehatan yang dilakukan minimal dua kali untuk memperoleh pelayanan serta pemeriksaan kesehatan, baik di fasilitas

pelayanan kesehatan maupun melalui kunjungan rumah oleh bidan atau tenaga kesehatan lainnya. Kegiatan ini bertujuan untuk memastikan kondisi kesehatan bayi tetap terpantau dan optimal sejak awal kehidupan. Selain itu, kunjungan rumah pada neonatus yang dilakukan oleh tenaga kesehatan seperti bidan, dokter, atau perawat berperan penting dalam memantau pertumbuhan dan perkembangan bayi secara langsung di lingkungan tempat tinggalnya. Pelaksanaan kunjungan ini dapat disesuaikan dengan kondisi bayi, kebutuhan keluarga, serta kebijakan setempat, namun umumnya mengikuti pedoman pelayanan kesehatan neonatal agar kualitas perawatan tetap terjaga (Myrna et al., 2024).

b. Tujuan Kunjungan Neonatal

Tujuan kunjungan neonatal adalah menjamin setiap bayi baru lahir memperoleh pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan berkesinambungan sejak awal kehidupannya. Pelaksanaan asuhan dilakukan melalui pendekatan Manajemen Terpadu Balita Muda (MTBM) yang menitikberatkan pada upaya promotif dan preventif. Kegiatan ini mencakup pemberian edukasi kepada orang tua mengenai perawatan bayi baru lahir, penguatan praktik pemberian ASI eksklusif, serta pemenuhan intervensi dasar seperti pemberian vitamin K1 melalui injeksi dan imunisasi Hepatitis B dosis awal (HB-0) bagi bayi yang belum mendapatkannya, dengan tetap mempertimbangkan kondisi bayi.

c. Jadwal Kunjungan Neonatal

Berikut merupakan Jadwal Kunjungan Rumah pada Neonatus (Myrna et al., 2024), yaitu:

1. Kunjungan Pertama (24–72 jam pascakelahiran)

Dilaksanakan dalam 1–3 hari setelah bayi lahir dengan tujuan menilai kondisi umum bayi, mendeteksi dini adanya masalah kesehatan, memberikan edukasi awal terkait perawatan bayi, serta memantau kecukupan asupan nutrisi.

2. Kunjungan Kedua (Minggu pertama)

Dilakukan sekitar hari ke-7 setelah kelahiran. Fokus kunjungan ini adalah memantau pertumbuhan bayi, menilai perawatan tali pusat, memastikan proses menyusui berjalan dengan baik, serta memberikan dukungan lanjutan kepada orang tua.

3. Kunjungan Ketiga (Usia 2–4 minggu)

Dilaksanakan pada minggu kedua hingga keempat setelah kelahiran. Tujuannya meliputi pemantauan pertumbuhan dan perkembangan bayi, evaluasi perubahan berat badan, deteksi tanda-tanda infeksi, serta pemberian imunisasi bila diperlukan.

4. Kunjungan Lanjutan (Sesuai kebutuhan)

Waktu kunjungan disesuaikan dengan kondisi bayi dan anjuran tenaga kesehatan. Kunjungan tambahan dilakukan apabila terdapat masalah

kesehatan atau kebutuhan khusus yang memerlukan pemantauan lebih lanjut maupun dukungan tambahan bagi keluarga.

d. Faktor-faktor keberhasilan kunjungan neonatus

Keberhasilan pelaksanaan kunjungan rumah pada neonatus dipengaruhi oleh interaksi berbagai faktor internal dan eksternal yang menentukan kepatuhan serta aksesibilitas ibu terhadap layanan Kesehatan. Berikut meruakan faktor-faktor yang memengaruhi keberhasilan kunjungan neonatal (Suryaningsih, Wulan, & Yulianti, 2023), yaitu:

1. Dimensi Kognitif dan Pendidikan Maternal

Tingkat pendidikan ibu menjadi fondasi utama dalam membentuk pola pikir dan motivasi untuk mengakses layanan kesehatan. Pendidikan yang lebih tinggi berkorelasi positif dengan peningkatan pengetahuan ibu mengenai urgensi pemeriksaan neonatal. Pemahaman yang komprehensif tentang jadwal dan manfaat klinis kunjungan akan mendorong ketepatan waktu pemeriksaan sesuai dengan standar operasional yang ditetapkan.

2. Aspek Psikologis dan Dukungan Sosial

Sikap ibu yang suportif terhadap prosedur medis meminimalisir risiko ketidakteraturan kunjungan. Selain faktor internal, dukungan keluarga (suami, orang tua, dan kerabat) memegang peranan krusial sebagai sistem pendukung moral dan logistik. Di sisi lain, dukungan petugas

kesehatan, khususnya bidan, berfungsi sebagai katalisator motivasi melalui edukasi dan pendekatan persuasif kepada para ibu.

3. Aksesibilitas dan Kondisi Ekonomi

Kapasitas finansial atau status sosial ekonomi keluarga secara langsung memengaruhi daya jangkau terhadap fasilitas kesehatan. Keluarga dengan tingkat ekonomi yang lebih sejahtera cenderung memiliki akses yang lebih baik. Hal ini berkaitan erat dengan hambatan geografis, di mana jarak rumah ke fasilitas kesehatan menjadi variabel penentu; semakin dekat lokasi pelayanan, maka hambatan transportasi dapat direduksi, sehingga partisipasi ibu meningkat.

4. Kualitas dan Standarisasi Layanan

Mutu pelayanan kesehatan merupakan faktor eksternal yang memengaruhi kepercayaan masyarakat. Fasilitas kesehatan, seperti Puskesmas yang telah mengimplementasikan standar manajemen mutu internasional (ISO), cenderung memberikan pelayanan yang lebih sistematis dan profesional. Standarisasi ini terbukti mampu meningkatkan kepuasan pasien dan efektivitas jangkauan kunjungan neonatal secara keseluruhan.

2.1.5 Teori Dasar Keluarga Berencana

1. Definisi Keluarga Berencana

Keluarga Berencana (KB) merupakan upaya untuk mencapai kesejahteraan melalui pemberian nasihat perkawinan, penanganan masalah

kesuburan, serta pengaturan jarak kelahiran. KB juga diartikan sebagai tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri dalam mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, merencanakan kehamilan yang diharapkan, serta mengatur jarak antar kelahiran. Selain itu, KB merupakan proses yang disadari oleh pasangan dalam menentukan jumlah anak, jarak, dan waktu kelahiran. Secara lebih luas, KB bertujuan meningkatkan kesadaran dan partisipasi masyarakat dalam pendewasaan usia perkawinan, pengendalian kesuburan, serta peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga. KB atau family planning juga menjadi sarana perencanaan jumlah anak dan jarak kehamilan dengan menggunakan metode kontrasepsi, melalui upaya promosi, perlindungan, dan pelayanan yang menghormati hak reproduksi guna mewujudkan keluarga yang berkualitas (Setyorini et al., 2024).

2. Tujuan KB

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014, program Keluarga Berencana bertujuan mengatur kehamilan secara terencana sesuai kesiapan dan kebutuhan keluarga. Program ini tidak hanya berfokus pada pengendalian kelahiran, tetapi juga meningkatkan derajat kesehatan masyarakat serta menurunkan angka kematian ibu, bayi, balita, dan anak. Selain itu, KB menekankan perluasan dan peningkatan kualitas akses terhadap informasi, edukasi, konseling, serta layanan kesehatan reproduksi. Pelaksanaannya juga mendorong peran aktif pria

dalam perencanaan keluarga dan mengoptimalkan pemberian ASI sebagai metode alami untuk mengatur jarak kehamilan (BKKBN, 2021).

3. Macam-macam metode Kontrasepsi

Metode kontrasepsi diklasifikasikan berdasarkan mekanisme kerjanya menjadi beberapa kategori utama (BKKBN, 2021), yaitu:

a. Kontrasepsi alamiah

Metode ini tidak menggunakan alat atau obat, melainkan memanfaatkan pemahaman terhadap siklus fisiologis tubuh. Contohnya meliputi Metode Amenore Laktasi (MAL) dengan memanfaatkan menyusui eksklusif untuk menekan ovulasi selama 6 bulan pertama setelah persalinan, metode kalender dengan menentukan masa subur berdasarkan siklus menstruasi, serta *coitus interruptus* yaitu penarikan penis sebelum ejakulasi untuk mencegah masuknya sperma ke dalam vagina.

b. Kontrasepsi barrier (penghalang)

Metode ini bekerja dengan menghambat pertemuan sperma dan ovum. Jenisnya antara lain kondom pria atau wanita yang juga dapat mencegah infeksi menular seksual, diafragma yang dipasang menutupi serviks, serta spermisida berupa bahan kimia yang berfungsi menonaktifkan sperma.

c. Kontrasepsi hormonal

Metode ini menggunakan hormon sintetis untuk menghambat ovulasi dan mengubah lendir serviks. Bentuknya meliputi pil KB (kombinasi atau

progestin), suntikan dengan interval 1–3 bulan, serta implan yang ditanam di bawah kulit dan melepaskan hormon secara bertahap.

d. Kontrasepsi non-hormonal

Metode ini tidak menggunakan hormon tetapi tetap efektif mencegah kehamilan, seperti alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR/IUD) baik berbahan tembaga maupun sistem intrauterin, serta kontrasepsi mantap melalui prosedur sterilisasi berupa tubektomi pada wanita dan vasektomi pada pria.

3. KB IUD

a. Definisi

AKDR atau yang dikenal sebagai spiral adalah alat kontrasepsi dalam rahim berbahan silikon atau berlapis tembaga, berbentuk T atau spiral, yang dipasang di dalam uterus untuk mencegah pembuahan dalam jangka waktu lama (Fatonah et al., 2023).

b. Jenis

Jenis AKDR yang beredar memiliki beragam bentuk, seperti tulang ikan (MLCu250 dan MLCu375), batang (Gynefix), spiral (Lippes Loop), serta huruf T seperti TCU380A, TCU200C, dan Nova T. AKDR dapat mengandung bahan tambahan berupa hormon levonorgestrel atau tembaga. Dari berbagai jenis tersebut, AKDR berbentuk T berlapis tembaga, terutama TCU380A, merupakan yang paling banyak digunakan dan paling sering tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan.

c. Mekanisme Kerja

Fatonah et al. (2023) menjelaskan bahwa efektivitas Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) bersumber dari kemampuannya memicu respons inflamasi nonspesifik pada lapisan endometrium, sehingga menciptakan lingkungan intrauterin yang menghambat proses implantasi. Aktivasi seluler seperti makrofag, leukosit PMN, serta sel plasma dalam cavum uteri berperan aktif dalam fagositosis atau penghancuran spermatozoa, ovum, hingga blastokista. Lebih lanjut, keberadaan AKDR menstimulasi sekresi prostaglandin lokal yang dapat mengganggu perlekatan hasil konsepsi atau memicu pelepasan blastokista dari dinding rahim. Secara mekanis, kontrasepsi ini juga mempercepat transpor ovum di dalam tuba falopi serta mereduksi viabilitas dan motilitas sperma saat melintasi rahim, yang secara signifikan meminimalisir kemungkinan terjadinya fertilisasi.

d. Jangka waktu pemakaian

Tingkat efektivitas AKDR yang menyentuh angka 99,4% menjadikan metode ini, menurut Fatonah et al. (2023), sebagai salah satu pilihan kontrasepsi paling andal dengan masa pakai yang fleksibel. Untuk jenis hormonal, durasi efektivitasnya berkisar antara 3 hingga 5 tahun, sementara AKDR berbasis tembaga mampu memberikan perlindungan hingga rentang 5–10 tahun. Penggunaannya pun tidak dibatasi oleh usia, sehingga aman diaplikasikan oleh seluruh perempuan dalam masa reproduksi.

e. Efektivitas

Dengan tingkat keberhasilan yang menyentuh 98%, AKDR dikategorikan sebagai salah satu metode kontrasepsi yang paling andal, yang menurut Fatonah et al. (2023), memiliki keunggulan dalam aspek reversibilitas. Pasangan yang memutuskan untuk mengakhiri masa penjarangan kelahiran dapat meminta pelepasan alat kapan saja tanpa prosedur yang rumit. Setelah tindakan pencabutan dilakukan, fungsi reproduksi dan kesuburan ibu biasanya akan segera kembali ke kondisi normal dalam waktu singkat.

f. Keuntungan

Implementasi AKDR menawarkan berbagai keunggulan klinis, mulai dari onset efektivitas yang bersifat instan pasca-insersi hingga aspek keamanannya bagi ibu menyusui karena tidak mengganggu volume maupun komposisi ASI. Selain itu, perangkat ini bebas dari efek samping sistemik hormonal dan tidak menunjukkan interaksi negatif dengan penggunaan farmakoterapi lainnya. Keuntungan lainnya adalah fleksibilitas waktu pemasangan yang dapat dilakukan segera setelah proses persalinan atau pasca-abortus (selama tidak terdeteksi adanya infeksi), serta durasi pemakaian yang dapat dipertahankan hingga memasuki fase menopause (Setyorini et al., 2024).

g. Kerugian

Meskipun memiliki efektivitas tinggi, penggunaan AKDR menurut (Fatonah et al., 2023) tetap memiliki risiko kegagalan kontrasepsi yang memungkinkan terjadinya kehamilan pasca-insersi. Beberapa efek samping klinis yang sering dilaporkan meliputi munculnya bercak darah (spotting) atau metroragia, serta peningkatan sekresi pervaginam yang menyebabkan kelembapan berlebih pada area genitalia. Penulis juga menyoroti risiko infeksi panggul yang berpotensi memicu infertilitas, baik tipe primer maupun sekunder, serta peningkatan insidensi kehamilan ektopik. Selain itu, keberadaan tali AKDR dapat menjadi pemicu iritasi pada area portio uteri yang pada beberapa kasus menimbulkan diskoneksi kenyamanan atau dispareunia saat melakukan hubungan seksual.

h. Waktu pemasangan

Insersi AKDR dapat dilaksanakan pada fase mana pun dalam siklus menstruasi, dengan catatan status kehamilan calon akseptor telah tereliminasi atau dipastikan negatif. Periode yang dianggap paling optimal untuk prosedur ini adalah antara hari pertama hingga hari ketujuh siklus haid. Selain itu, pemasangan juga dapat dilakukan pada fase pascapersalinan, baik dalam kurun waktu 48 jam pertama maupun setelah melewati minggu keempat pasca-salin. Bagi ibu yang menerapkan Metode Amenore Laktasi (MAL), prosedur insersi dapat dijadwalkan setelah enam bulan pascapersalinan, atau dilakukan segera pasca-abortus

selama tidak teridentifikasi adanya manifestasi klinis infeksi (Setyorini et al., 2024).

i. Komplikasi

Kendati tergolong sebagai metode yang aman, implementasi AKDR tetap memiliki risiko komplikasi pasca-prosedur, seperti munculnya sensasi nyeri serta kram pada area abdomen bawah selama 3 hingga 5 hari setelah insersi. Manifestasi klinis lainnya dapat berupa hipermenorea atau perdarahan intermenstrual yang jika berlangsung secara kronis berisiko memicu kondisi anemia defisiensi besi. Selain itu, terdapat risiko komplikasi yang lebih serius meskipun prevalensinya rendah, yaitu perforasi dinding uterus yang umumnya berkaitan dengan akurasi teknik pemasangan oleh tenaga kesehatan (Setyorini et al., 2024).

2.2 Standar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan

1. Pengkajian

a. Data Subjektif

1) Identitas :

a) Nama: untuk mengetahui identitas pasien

b) Umur: untuk mengetahui rentan usia ibu hamil yaitu usia 20-35 tahun kurang dan lebih dari itu dapat mempredisposisikan mengalami komplikasi.

- c) Suku/Bangsa: berisikan asal usul seseorang karena berpengaruh terhadap pola pikir kebiasaan sehari-hari
 - d) Agama: berisikan keyakinan seseorang yang diikuti agar dapat mengarahkan seseorang untuk berdoa sesuai dengan keyakinan.
 - e) Pendidikan mencerminkan tingkat intelektual individu yang perlu diperhatikan oleh tenaga kesehatan agar dapat menyampaikan komunikasi dan konseling yang sesuai dengan latar belakang pendidikan terakhir pasien.
 - f) Pekerjaan: Menggambarkan kondisi ekonomi seseorang yang berpotensi memengaruhi status gizinya, terutama dalam hal kecukupan asupan nutrisi yang berperan penting terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin selama kehamilan.
 - g) Alamat: Digunakan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam menjangkau lokasi saat memberikan asuhan kebidanan secara langsung.
- 2) Memuat keluhan yang dialami selama kehamilan, seperti nyeri pada bagian pinggang akibat pembesaran rahim, perasaan cemas menjelang proses persalinan, serta kekhawatiran terhadap keselamatan diri dan bayinya.
- 3) Riwayat Menstruasi : digunakan untuk memahami pola kesuburan dan siklus haid seorang ibu, sehingga dapat diketahui Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) yang menjadi dasar dalam menghitung usia

kehamilan dan memperkirakan waktu persalinan (Nuni, Sulikal, & Nuryalni, 2019).

- 4) Riwayat Perkawinan: Untuk memahami kondisi psikologis yang dapat berpengaruh terhadap kemampuan ibu dalam menyesuaikan diri selama masa kehamilan hingga masa nifas.
- 5) Riwayat kehamilan, persalinan, dan masa nifas sebelumnya digunakan untuk menelusuri pengalaman ibu pada kehamilan sebelumnya, guna mengetahui adanya masalah atau komplikasi yang pernah terjadi dari masa kehamilan hingga setelah melahirkan.
- 6) Riwayat hamil sekarang: digunakan untuk mengkaji adakah kejadian atau komplikasi yang terjadi dimasa kehamilan.
- 7) Riwayat penyakit yang lalu/operasi: digunakan untuk mengetahui adakah penyakit yang sedang dialami atau penyakit yang lalu.
- 8) Riwayat penyakit keluarga: digunakan untuk mengkaji adakah penyakit menurun yang dialami keluarga.
- 9) Riwayat keluarga berencana berfungsi untuk mengetahui apakah seorang individu pernah menggunakan alat kontrasepsi sebelumnya.
- 10) Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari
 - a) Pola Nutrisi: Ibu hamil dianjurkan mengonsumsi makanan bergizi seperti daging merah, ikan, telur, tahu, tempe, susu, sayuran hijau seperti brokoli, kacang-kacangan, serta berbagai jenis buah.

Sebaliknya, makanan yang tidak dimasak dengan sempurna dan minuman berkafein seperti kopi sebaiknya dihindari. Semua asupan gizi selama kehamilan harus mengikuti prinsip Pedoman Umum Gizi Seimbang (Putri, 2024)

- b) Pola Eliminasi: Pada trimester akhir kehamilan, ibu sering mengalami peningkatan frekuensi buang air kecil dan kesulitan buang air besar akibat pembesaran rahim yang menekan kandung kemih. Kondisi ini dapat diatasi dengan memperbanyak konsumsi air hangat dan makanan tinggi serat.
- c) Pola Istirahat: Perempuan usia subur, terutama yang berada pada rentang usia 25–35 tahun, idealnya membutuhkan waktu tidur antara 8 hingga 9 jam setiap hari untuk menjaga kesehatan dan stamina selama kehamilan.
- d) Psikososial: Setiap trimester kehamilan membawa perubahan psikologis yang harus dihadapi oleh ibu. Pada trimester ketiga, biasanya muncul rasa waspada dan cemas menjelang persalinan, sehingga ibu memerlukan dukungan emosional dan arahan yang jelas untuk membantu proses adaptasi tersebut.

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan Umum: Baik
- b) Kesadaran: digunakan untuk menilai status keadaan seseorang.

- c) Keadaan Emosional: Stabil.
 - d) Tinggi Badan: Digunakan untuk menilai kemungkinan seorang ibu melahirkan secara normal. Salah satu tolok ukurnya adalah tinggi badan, di mana ibu dengan tinggi kurang dari 145 cm memiliki risiko lebih tinggi mengalami hambatan dalam persalinan normal.
 - e) Berat badan: untuk menilai penambahan berat badan ibu saat hamil minimal ≥ 9 kg.
 - f) LILA: pengukuran lingkaran lengan dan batas minimal ibu hamil adalah 23,5cm.
 - g) Tanda – tanda vital: pengukuran tekanan darah, nadi, suhu, dan pernafasan.
- 2) Pemeriksaan Fisik
- a) Wajah: Dilakukan pengamatan terhadap kondisi wajah untuk melihat adanya pembengkakan serta memastikan kesimetrisan bentuk wajah.
 - b) Mata: Dilakukan penilaian pada sklera dan konjungtiva mata untuk mengidentifikasi adanya tanda-tanda anemia, seperti pucat pada konjungtiva.
 - c) Mulut: Digunakan untuk menilai tingkat kelembapan rongga mulut yang dapat mencerminkan status hidrasi tubuh.

- d) Gigi dan Gusi: Dilakukan pemeriksaan untuk mengetahui tingkat kebersihan mulut, adanya perdarahan pada gusi, serta apakah terdapat gigi berlubang atau karies.
- e) Leher: Pemeriksaan pada leher bertujuan untuk memastikan kondisi kelenjar tiroid (dinyatakan normal bila tidak tampak dan hampir tidak teraba) serta menilai apakah terdapat pembesaran kelenjar getah bening (normal bila teraba kecil seperti biji kacang).
- f) Payudara: Dilakukan pengkajian untuk menilai ada tidaknya pembesaran payudara yang tidak wajar, perubahan pada puting susu, pelebaran dan penggelapan areola, kesimetrisan payudara, serta pemeriksaan terhadap keluarnya kolostrum atau AS
- g) Inspeksi: Dilakukan pengamatan untuk melihat apakah terdapat striae gravidarum dan linea nigra sebagai akibat dari peningkatan hormon melanocyte stimulating hormone selama kehamilan.
- h) Palpasi Leopold: Teknik pemeriksaan fisik melalui perabaan perut (abdomen) ibu hamil yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan posisi, letak, presentasi, dan penurunan janin di dalam rahim.
 - (1) Leopold I: Digunakan untuk menilai tinggi fundus uteri (TFU) dan mengidentifikasi bagian janin yang berada di

puncak rahim.

(2) Leopold II: Bertujuan untuk mengetahui letak punggung janin guna menentukan posisi janin dalam rahim.

(3) Leopold III: Dilakukan untuk mengenali bagian janin yang berada di bagian bawah rahim, biasanya untuk memastikan bagian yang akan lahir terlebih dahulu.

(4) Leopold IV: Digunakan untuk menilai apakah kepala janin telah memasuki pintu atas panggul dan seberapa jauh bagian terbawah janin turun ke rongga panggul. Genetalia: penilaian apakah ada pelebaran pembuluh darah atau varises pada sekitar genetalia akibat pengaruh hormon estrogen dan progesterone.

h) Ekstremitas: untuk menilai ada tidaknya edema, varises dan apakah ada respon positif pada reflek patella.

3) Pemeriksaan Penunjang

a) Hemoglobin: Kadar hemoglobin yang dianggap normal pada ibu hamil adalah lebih dari 10 gram per desiliter, yang menunjukkan kondisi darah yang sehat dan cukup oksigenasi.

b) Golongan Darah: Mengetahui golongan darah penting sebagai langkah antisipatif jika terjadi keadaan darurat yang memerlukan transfusi, sehingga calon pendonor dapat disiapkan dengan tepat.

c) USG (Ultrasonografi): Pemeriksaan ini digunakan untuk menilai kondisi kesehatan janin serta mendeteksi secara dini adanya kelainan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan.

d) Protein Urin: Idealnya, urine ibu hamil tidak mengandung protein. Kehadiran protein dalam urin dapat menjadi indikator awal terjadinya preeklampsia, yaitu salah satu komplikasi kehamilan yang perlu diwaspadai.

c. Analisa

Perumusan diagnosa kehamilan meliputi: G. P. A. usia ... tahun ... usia kehamilan ... fisiologis janin Tunggal hidup. Dimana perumusan ini disesuaikan dengan kondisi ibu.

d. Penatalaksanaan

- a) Membawa perlengkapan seperti alat tulis dan alat ukur tanda-tanda vital (TTV) untuk melakukan anamnesis terhadap pasien.
- b) Menggali informasi mengenai kondisi umum ibu saat ini.
- c) Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital pada ibu, seperti tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan.
- d) Menanyakan keluhan yang dirasakan ibu dan melakukan observasi langsung melalui inspeksi fisik.

- e) Memberikan penyuluhan kepada ibu terkait keluhan dan permasalahan yang sedang dialami, serta cara penanganannya.
- f) Memberikan edukasi kesehatan kepada ibu mengenai persiapan menjelang persalinan.

2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Bersalin

1. Pengkajian

a. Data Subjektif

1) Identitas

- a) Nama: Digunakan untuk mengidentifikasi dan mengenali identitas pasien secara pribadi.
- b) Umur: Bertujuan untuk mengetahui apakah usia ibu berada dalam kategori usia reproduksi sehat (20–35 tahun). Usia di luar rentang tersebut cenderung meningkatkan risiko terjadinya komplikasi kehamilan dan persalinan.
- c) Suku/Bangsa: Mencerminkan latar belakang budaya dan kebiasaan seseorang yang dapat memengaruhi pola pikir terhadap pelayanan kesehatan, pola makan, serta tradisi atau adat yang dijalani.
- d) Agama: Menunjukkan keyakinan spiritual pasien agar tenaga kesehatan dapat memberikan dukungan dan anjuran doa sesuai kepercayaan yang dianut.

- e) Pendidikan: Menggambarkan tingkat kemampuan intelektual pasien sehingga tenaga kesehatan dapat menyesuaikan pendekatan komunikasi dan konseling berdasarkan jenjang pendidikan terakhirnya.
 - f) Pekerjaan: Menunjukkan kondisi ekonomi pasien yang berpengaruh terhadap status gizi, karena akan berdampak pada kecukupan nutrisi selama kehamilan dan perkembangan janin.
 - g) Alamat: Berfungsi untuk memudahkan tenaga kesehatan dalam menjangkau lokasi pasien ketika memberikan pelayanan atau melakukan kunjungan rumah.
- 2) Keluhan utama: keluhan yang biasanya dirasakan yaitu sakit pada perut dan pinggang karena adanya kontraksi yang berangsur angsur semakin sering, adanya pengeluaran lendir darah dan air ketuban. Hal tersebut merupakan tanda gejala menjelang persalinan.
- 3) Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari
- a) Pola Nutrisi: Dilakukan untuk menilai status gizi, cadangan energi, dan keseimbangan cairan tubuh ibu, yang informasinya dapat berguna bagi tim anestesi jika ibu direncanakan menjalani tindakan pembedahan atau operasi.
 - b) Pola Eliminasi: Bertujuan untuk menilai apakah kandung kemih dalam keadaan kosong atau penuh, karena kandung kemih yang

penuh dapat menghambat pembukaan serviks selama proses persalinan. Oleh karena itu, ibu disarankan buang air kecil jika merasa kandung kemih penuh.

- c) Pola Istirahat: Wanita usia subur, terutama dalam kelompok usia 25–35 tahun, idealnya memiliki waktu tidur sekitar 8 hingga 9 jam per hari untuk menjaga kondisi tubuh tetap optimal selama kehamilan.

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan fisik

- a) Keadaan umum: baik
- b) Kesadaran: digunakan untuk menilai kesadaran ibu. Status kesadaran *composmentis* adalah ketika diberikan stimulus dapat memberikan respon baik.
- c) Keadaan emosional: Stabil
- d) Tanda – tanda vital: pengukuran tekanan darah, nadi, suhu, dan pernafasan. Pada proses melahirkan biasanya akan terjadi peningkatan karena metabolisme selama persalinan meningkat

2) Pemeriksaan fisik:

- a) Wajah: Pemeriksaan dilakukan untuk melihat adanya pembengkakan pada wajah dan memastikan bentuk wajah simetris.

- b) Mata: Menilai warna sklera dan konjungtiva untuk mendeteksi tanda-tanda anemia, seperti konjungtiva yang tampak pucat.
- c) Mulut: Digunakan untuk mengevaluasi tingkat kelembapan rongga mulut sebagai indikator status hidrasi tubuh.
- d) Gigi dan Gusi: Dilakukan penilaian terhadap kebersihan gigi dan mulut, adanya perdarahan pada gusi, serta keberadaan karies atau gigi berlubang.
- e) Leher: Pemeriksaan bertujuan untuk menilai kondisi kelenjar tiroid (yang normalnya tidak tampak dan hampir tidak teraba) dan kelenjar getah bening (yang normalnya teraba kecil seperti biji kacang).
- f) Payudara: Pengkajian dilakukan untuk menilai pembesaran payudara yang tidak normal, kondisi puting susu, perubahan pada areola (meluas dan menghitam), kesimetrisan, serta pengeluaran kolostrum atau ASI.
- g) Abdomen (Inspeksi): Dilakukan pengamatan untuk melihat adanya striae gravidarum dan linea nigra akibat peningkatan hormon melanocyte-stimulating hormone selama kehamilan.

Palpasi:

- (1) Leopold 1: untuk menentukan TFU dan bagian fundus.
- (2) Leopold 2: untuk menentukan punggung bayi.

(3) Leopold 3: untuk menentukan bagian terbawah janin.

(4) Leopold 4: untuk memeriksa penurunan kepala janin, seberapa jauh bagian bawah janin masuk pintu atas panggul.

h) Kontraksi: kontraksi pada kala I fase laten mungkin akan berlangsung 14 hingga 20 detik sedangkan pada kala I fase aktif berlangsung 45-90 detik dengan rata – durasi 60 detik.

i) Genetalia: penilaian apakah ada pelebaran pembuluh darah atau varises pada sekitar genetalia akibat pengaruh hormon estrogen dan progesterone dilakukan Vaginal toucher untuk menilai penipisan dan pembukaan serviks, terendah janin, dan status ketuban.

3) Pemeriksaan Penunjang

a) Hemoglobin: Kadar hemoglobin normal pada ibu hamil sebaiknya lebih dari 10 gram per desiliter untuk memastikan kecukupan oksigen dalam darah.

b) Golongan darah: Diperlukan sebagai informasi awal dalam menyiapkan calon pendonor jika terjadi kondisi darurat yang membutuhkan transfusi darah.

c) USG: Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengevaluasi kondisi janin secara menyeluruh serta mendeteksi kemungkinan adanya gangguan atau komplikasi selama kehamilan.

- d) Protein urin: Idealnya, urine ibu hamil tidak mengandung protein. Kehadiran protein dapat menjadi indikator awal risiko preeklampsia yang memerlukan pemantauan lebih lanjut.

c. Analisa

Perumusan diagnosis persalinan mencakup: G, P, A, usia ibu ... tahun, usia kehamilan ... minggu, dalam proses persalinan kala I fase aktif dengan janin tunggal hidup. Penyusunan diagnosis ini juga disesuaikan dengan kondisi klinis ibu saat dilakukan pemeriksaan.

d. Penatalaksanaan

1) Kala I

- a) Lakukan pemantauan menggunakan lembar partograf: mengukur TTV, menghitung DJJ, kontraksi, melakukan pemeriksaan dalam mencatatkan produksi urin, aseton serta protein.
- b) Memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan ibu.
- c) Mengatur posisi dan aktivitas ternyaman ibu.
- d) Memfasilitasi BAK ibu.
- e) Menghadirkan pendamping persalinan selama persalinan.
- f) Mengajari ibu teknik relaksasi dengan benar.
- g) Menginformasikan tentang kemajuan persalinan kepada ibu dan keluarga.

2) Kala II

- a) Mengajukan pemilihan posisi ternyaman saat melahirkan.
- b) Mengajarkan cara meneran yang benar
- c) Melakukan pertolongan melahirkan bayi sesuai dengan standar asuhan persalinan normal.

3) Kala III

Melakukan pertolongan melahirkan plasenta sesuai dengan standar asuhan persalinan normal (manajemen aktif kala III).

4) Kala IV

- a) Melakukan penjahitan perineum apabila terdapat robekan jalan lahir.
- b) Memfasilitasi ibu untuk kebersihan diri, istirahat dan kebutuhan nutrisi.
- c) Melakukan observasi kala IV sesuai dengan standar asuhan persalinan normal.

2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas

1. Pengkajian

a. Data Subjektif

1) Identitas

- a) Nama: untuk mengetahui nama ibu/suami

- b) Umur: mengkaji usia ibu karena semakin tua seseorang akan berpengaruh pada fase penyembuhan.
 - c) Suku/Bangsa: berisikan asal daerah seseorang karena akan berpengaruh pada pola pikir terhadap tenaga kesehatan, pola nutrisi dan adat istiadat yang diikuti.
 - d) Agama: berisikan keyakinan seseorang yang dianut agar dapat mengarahkan seseorang untuk berdoa sesuai dengan keyakinan.
 - e) Pendidikan: berisikan tingkat intelektual seseorang agar tenaga kesehatan dapat melakukan komunikasi dan konseling sesuai dengan pendidikan terakhirnya.
 - f) Pekerjaan: berisikan status keuangan seseorang yang dapat mempengaruhi status gizinya. Berkaitan dengan asupan nutrisi dan tumbuh kembang janin yang ada dalam kandungan.
 - g) Alamat: bertujuan untuk mempermudah dalam memberikan asuhan.
- 2) Keluhan utama: mengkaji apa keluhan yang dirasakan ibu yang biasa dikeluarkan meliputi: rasa nyeri di jalan lahir, susah BAB nyeri tekan pada payudara, perubahan suasana hati.
- 3) Pemenuhan kebutuhan sehari – hari
- a) Pola nutrisi: pemenuhan nutrisi dan cairan pada ibu nifas sangat di perhatikan karena sangat penting dengan makanan yang bergizi

tinggi kalori dan protein untuk proses pemulihan pasca persalinan.

- b) Pola eliminasi: ibu diharuskan berkemih dalam 4-8 jam pertama minimal sebanyak 200cc dan diharapkan BAB 3-4x pada minggu pertama pasca melahirkan.
- c) Personal hygiene: kebersihan diri ibu nifas diperlukan untuk pencegahan terjadinya infeksi yang diakibatkan apabila tidak menjaga kebersihannya.
- d) Istirahat: ibu setelah bersalin diharuskan mendapatkan istirahat yang cukup karena energi telah berkurang diwaktu proses persalinan. Istirahat juga diharapkan untuk memulihkan kondisi fisik ibu, psikologis dan kebutuhan untuk menyusui bayinya sehingga dapat menjadwalkan istirahatnya sesuai dengan jadwal istirahat bayi.
- e) Aktivitas: ibu dengan luka perineum ataupun luka bekas SC akan mengalami nyeri di daerah luka, sehingga nyeri akan mempengaruhi aktivitas ibu. Mobilisasi dini dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri dan mempercepat pemulihan dengan Latihan miring kanan kiri di tempat tidur, duduk dan berjalan.

- f) Hubungan seksual: batasan dalam melakukan hubungan seksual biasanya tenaga kesehatan menyarankan pada 6 minggu atau apabila tidak merasakan sakit didaeran vagina maupun abdomen.

4) Data Psikologis

- a) Respon orang tua terhadap kelahiran bayi dan peran baru sebagai orang tua: yaitu dimulai dengan adaptasi penerimaan sesuai dengan periode psikologis ibu nifas: taking in, taking hold, dan letting go.
- b) Respon anggota keluarga terhadap kelahiran bayi yang memberikan tujuan untuk menilai kemunculan adanya sibling rivalry.
- c) Dukungan keluarga sangat dibutuhkan dan bertujuan untuk mengkaji apakah keluarga bekerja sama atas pengasuhan atas kelahiran bayi dan atas tugas rumah tangga.

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

- a) Keadaan umum: baik
- b) Kesadaran: digunakan untuk menilai kesadaran ibu. Status kesadaran composmentis adalah ketika diberikan stimulus dapat memberikan respon baik.
- c) Keadaan emosional: Stabil

2) Tanda – tanda vital: pengukuran tekanan darah, nadi, suhu, dan pernafasan. Pada proses melahirkan biasanya akan terjadi peningkatan karena metabolisme selama persalinan meningkat.

3) Pemeriksaan Fisik

a) Payudara: mengkaji apakah ibu dapat menyusui bayinya dengan baik, menilai tanda – tanda infeksi payudara meliputi: kemerahan pada kulit, keluarnya nanah dan puting lecet. Dan mengkaji pengeluaran kolustrum atau ASI.

b) Abdomen: mengkaji adakah nyeri pada daerah abdomen atau apabila ibu melahirkan dengan SC menilai luka bekas SC mengeluarkan darah, cairan atau nanah.

c) Vulva dan perineum: mengkaji tingkat nyeri dan kemerahan pada perineum dan menilai jahitan pada luka perineum mengalami kerapatan.

d) Ekstremitas: mengkaji apakah terjadi edema, nyeri atas varises.

4) Pemeriksaan penunjang

Hemoglobin: pada awal masa nifas jumlah hemoglobin sangat bermacam – macam akibat ketidakstabilan volume darah, volume plasma dan volume sel darah merah.

c. Analisa

Perumusan diagnosa masa nifas meliputi: P. A Usia... tahun postpartum/post SC dan perumusan diagnosa disesuaikan dengan keadaan ibu.

d. Penatalaksanaan

Tabel 2. 2 Kunjungan Nifas

Pelayanan Kesehatan KF	Penatalaksanaan
KF 1: masa 6 jam hingga 2 hari (48 jam) setelah persalinan	1. Menghindari perdarahan yang diakibatkan oleh atonia uteri 2. Periksa serta perawatan penyebab lain terjadinya perdarahan, dan lakukan rujukan apabila terus berlangsung perdarahannya. 3. Edukasi cara mengatasi perdarahan yang disebabkan oleh atonia. 4. Menyusui dini. 5. Ibu serta bayi dalam satu ruangan (rawat gabung). 6. Mencegah hipotermia dan pertahankan bayi agar terus dalam kondisi hangat
KF 2: hari ke 3 hingga 7 hari	1. Konfirmasi involusi uterus yang normal: kontraksi uterus keras, fundus di bawah pusar, perdarahan normal, serta tidak berbau. 2. Periksa ciri-ciri perdarahan yang tidak normal, demam, atau infeksi. 3. Pastikan ibu mempunyai makan, air serta istirahat cukup 4. Pastikan ibu dapat menyusui dengan baik dan tidak ada tanda komplikasi 5. Beri nasihat kepada ibu tentang perawatan bayi, tali pusar, dan cara mempertahankan kehangatan pada bayi serta cara perawatan sehari-hari. 6. Konfirmasi involusi uterus yang normal: kontraksi uterus keras, fundus di bawah pusar, perdarahan normal, serta tidak berbau.

KF 3: hari ke 8 hingga 28 hari	1. Konfirmasi involusi uterus yang normal: adanya kontraksi uterus yang keras, fundus di bawah pusar, perdarahan normal, serta tidak berbaunya lochia. 2. Periksa berbagai tanda dari infeksi, perdarahan tidak normal atau demam. 3. Pastikan bahwa ibu mendapatkan makanan yang baik dan istirahat yang cukup. 4. Pastikan ibu dalam keadaan sehat dan tidak ada berbagai tanda komplikasi. 5. Beri nasihat kepada ibu tentang perawatan bayi, tali pusar, dan cara mempertahankan kehangatan pada bayi serta cara perawatan sehari-hari.
KF 4: hari ke 29 hingga 42 hari	1. Menanyakan kepada ibu komplikasi yang dialami ibu dan anak. 2. Memberikan penyuluhan KB sejak dini 3. Konseling hubungan seksual 4. Perubahan lochia

2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Masa BBL

1. Pengkajian

a. Data subjektif

1) Identitas

- a) Nama: bertujuan untuk mempermudah mengenal bayi.
- b) Jenis Kelamin: bertujuan untuk memberikan informasi pada ibu atau keluarga serta memfokuskan saat pemeriksaan fisik pada genitalia bayi.
- c) Anak ke-: mengkaji apakah akan adanya kemungkinan sibling rivalry

2) Identitas orang tua

- a) Nama: bertujuan untuk mengenal ibu dan suami.
- b) Umur: bertujuan untuk mengkaji usia karena akan mempengaruhi kemampuan dalam pengasuhan bayinya.
- c) Suku/bangsa: mengkaji asal daerah dan bangsa seseorang yang berpengaruh pada pola pikir mengenai tenaga kesehatan, pola nutrisi dan adat istiadat yang dianut.
- d) Agama: mengkaji keyakinan seseorang agar dapat menentukan keyakinan anaknya sejak kelahiran.
- e) Pendidikan: mengkaji tingkat intelektual orang tua yang dapat berpengaruh dalam proses kemampuan dan kebiadaan orang tua untuk merawat dan memenuhi kebutuhan bayinya.
- f) Pekerjaan: mengkaji status finansial seseorang yang dapat mempengaruhi pencapaian status gizi ibu dan bayi
- g) .Alamat: untuk mempermudah tenaga kesehatan untuk melakukan kunjungan secara berkelanjutan terhadap perkembangan bayinya.

3) Data kesehatan

- a) Riwayat Kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu: digunakan untuk mengetahui kejadian yang terjadi di masa lalu mengenai kehamilan hingga nifas ibu apakah terdapat masalah atau komplikasi yang dialami.

- b) Riwayat penyakit keluarga: digunakan untuk mengkaji adakah penyakit menurun yang dialami keluarga.

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

- a) Keadaan umum: Baik
- b) Tanda – tanda vital: mengkaji pernafasan dan frekuensi denyut nadi, dan mengukur suhu tubuh bayi.
- c) Antropometri: digunakan untuk mengukur berat badan, panjang badan, mengukur lingkar kepala dan lingkar dada.
- d) Apgar Skor: digunakan untuk menilai bayi pada bayi baru lahir.

2) Pemeriksaan fisik khusus

- a) Kulit: menilai seluruh kulit tubuh bayi biasanya bayi baru lahir tampak merah atau merah muda, apabila didapatkan bayi pucat atau kebiruan dengan tanda – tanda pernafasan tidak normal maka segera melaporkan ke tenaga kesehatan, sehingga diperlukan pemeriksaan lebih lanjut apabila bayi mengalami masalah atau terjadi adanya suatu indikasi penyakit.
- b) Kepala: pemeriksaan pada bagian fontanel anterior yang apabila diraba terasa datar, apabila cembung maka terjadi adanya peningkatan tekanan intracranial, dan apabila terasa cekung maka dapat diidentifikasi terjadinya dehidrasi.

- d) Mata: menilai dan memastikan mata bahwa kedua mata bersih.
- e) Telinga: untuk menilai bentuk, kesimetrisan, dan kebersihan.
- f) Hidung: menilai ada tidaknya kelainan bawaan atau cacat lahir.
- g) Mulut: untuk menilai kebersihan, kelembapan, dan menilai ada atau tidak kelainan seperti labiopalatoskisis atau bibir sumbing.
- h) Leher: untuk menilai kesimetrisan perabaan pada leher bayi untuk mendeteksi apakah ada pembengkakan serta menilai pergerakan kepala bayi ke arah kanan dan kiri.
- i) Dada: untuk menilai apakah ada relaksasi pada dinding dada bawah yang dalam.
- j) Umbilicus: pemeriksaan pada tali pusat bayi untuk mendeteksi apakah terdapat tanda – tanda pelepasan, perdarahan serta infeksi.
- k) Ekstermitas: mengkaji bentuk, kesimetrisan dan ukuran serta posturnya.
- l) Punggung: menilai adanya tanda tanda ketidaknormalan pada daerah punggung yaitu spina bifida, dan adakah pembengkakan.
- m) Genetalia: menilai lubang vagina, apakah labia minora telah ditutupi oleh labia mayora pada bayi perempuan. Pada bayi laki – laki dilakukan penilaian pada skrotum dan menilai letak lubang penis.
- n) Anus: menilai dan memastikan bayi memiliki spingter ani
- o) Eliminasi: mengkaji pengeluaran urin dan mekonium.

3) Pemeriksaan Reflek

- a) Reflek moro: bayi akan mengembangkan lengan dan kaki secara tiba-tiba dan kemudian menariknya kembali setelah mendengar suara keras atau merasa terkejut.
- b) Reflek rooting: bayi akan menggerakkan kepalanya ke arah sentuhan dan membuka mulutnya untuk mencari payudara.
- c) Reflek Sucking: bayi akan secara otomatis menghisap sesuatu yang menyentuh langit-langit mulutnya. Ini membantu bayi mendapatkan makanan dari payudara.
- d) Reflek Grasping: bayi akan menggenggam jari atau objek yang diletakkan di telapak tangannya. Ini adalah refleks yang sangat kuat dan bisa bertahan beberapa bulan setelah kelahiran.
- e) Reflek Tonic neck: bayi memutar kepalanya ke kiri, maka lengan kiri dan kaki kiri akan memanjang, sedangkan lengan kanan dan kaki kanan akan menekuk.

c. Analisa

Perumusan diagnosa neonatus disesuaikan dengan kondisi dan keadaan neonatus.

d. Penatalaksanaan

Tabel 2. 3 Kunjungan Neonatus

Kunjungan Neonatus	Penatalaksanaan
KN 1: 6-48 jam	1. Memastikan bayi sudah diberikan injeksi K1 dan imunisasi Hepatitis B0 2. Timbang berat badan bayi, bandingkan berat badan lahir dengan berat badan saat akan pulang 3. Mengkomunikasikan kepada ibu dan keluarga untuk tetap menjaga kehangatan bayi agar tidak mengalami hipotermi. 4. Memberikan informasi kepada Ibu tentang cara perawatan pada bayi 5. Memberikan informasi kepada ibu tentang tanda bahaya pada bayi yang mungkin terjadi seperti bayi
KN 2: 3-7 hari	1. Timbang berat badan bayi, bandingkan dengan berat badan lahir lalu catat penurunan dan penambahan berat badan 2. Perhatikan intake dan output pada bayi baru lahir 3. Kaji apakah terdapat tanda bahaya pada bayi 4. Kaji keadekuatan suplai ASI
KN 3: 8-28 hari	1. Timbang berat dan ukur panjang badan bayi, bandingkan dengan berat badan 1 minggu yang lalu , catat penurunan dan penambahan berat badan 2. Perhatikan intake dan output pada bayi baru lahir 3. Kaji apakah terdapat tanda bahaya pada bayi 4. Kaji keadekuatan suplai ASI 5. Perhatikan nutrisi bayi

2.2.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Masa KB

1. Pengkajian

a. Data Subjektif

1) Identitas

- a) Nama: untuk mengetahui nama sehingga menciptakan hubungan baik pada pasien.
- b) Umur: untuk mengetahui rentan usia
- c) Suku/Bangsa: berisikan asal daerah seseorang karena akan berpengaruh pada pola pikir terhadap tenaga kesehatan, pola nutrisi dan adat istiadat yang diikuti.
- d) Agama: berisikan keyakinan seseorang yang dianut agar dapat mengarahkan seseorang untuk berdoa sesuai dengan keyakinan.
- e) Pendidikan: berisikan tingkat intelektual seseorang agar tenaga kesehatan dapat melakukan komunikasi dan konseling sesuai dengan pendidikan terakhirnya.
- f) Pekerjaan: berisikan status keuangan seseorang yang dapat mempengaruhi status gizinya. Berkaitan dengan asupan nutrisi dan tumbuh kembang janin yang ada dalam kandungan.
- g) Alamat: bertujuan untuk mempermudah dalam memberikan asuhan

2) Keluhan utama

Mengkaji apakah ada masalah atau keluhan yang dirasakan.

3) Riwayat perkawinan

Mengkaji usia pertama kali menikah, status pernikahan dan lama pernikahan.

4) Riwayat menstruasi

Mengkaji kapan menstruasi pertama, lama menstruasi, keluhan yang dirasakan saat menstruasi, siklus menstruasi dan berapa banyak ganti pembalut dalam sehari, volume pengeluaran darah saat menstruasi.

5) Riwayat kehamilan persalinan dan nifas yang lalu

Mengkaji jumlah kehamilan sebelumnya, Riwayat persalinan dan masa nifas apakah terjadi masalah atau komplikasi sebelumnya.

6) Riwayat keluarga berencana

Mengkaji apakah ibu pernah menggunakan alat kontrasepsi sebelumnya, apabila ibu sudah pernah berKB maka harus dikaji ibu pernah menggunakan KB apa, berapa lama pemakaian, kapan memulai dan berhenti menggunakan Kb, keluhan yang dirasakan dan alasan ibu berhenti berKB.

7) Riwayat penyakit yang lalu/operasi:

digunakan untuk mengetahui adakah penyakit yang sedang dialami atau penyakit yang lalu.

8) Riwayat penyakit keluarga:

digunakan untuk mengkaji adakah penyakit menurun yang dialami keluarga

9) Pola kebiasaan sehari – hari

- a) Pola nutrisi Mengkaji kebutuhan nutrisi dan cairan dan pengamatan apakah ada penurunan dan penambahan berat badan pada pasien
- b) Pola eliminasi Mengkaji berapa kali, konsistensi dan warna BAB dan BAK yang kemungkinan akan berpengaruh selama penggunaan KB.
- c) Pola istirahat Mengkaji berapa lama ibu istirahat di siang hari dan malam hari dan menanyakan perihal pengaruh penggunaan KB pada kualitas tidur ibu.
- d) Pola seksual Mengkaji frekuensi dalam melakukan hubungan seksual.
- e) Personal hygiene Mengkaji berapa kali mandi, keramas, mengganti baju dan celana dalam dalam sehari agar kebersihan tetap terjaga.
- f) Pola aktivitas Mengkaji apakah aktivitas yang dilakukan ibu dalam kesehariannya.

10) Data psikologis

Mengkaji status psikologi ibu dalam pengetahuan tentang kontraspresi yang akan dipilih dan saat ini digunakan

b. Data Objektif

- 1) Keadaan umum: mengkaji pasien apakah dalam keadaan baik atau tidak.
- 2) Kesadaran: mengkaji status kesadaran pasien.
- 3) Tanda – tanda vital: mengukur tekanan darah, denyut nadi per menit, pernafasan per menit dan mengukur suhu tubuh pasien
- 4) Pemeriksaan fisik
 - a) Muka: penilaian pada muka yang bertujuan untuk melihat apakah ada pembengkakan pada daerah wajah, kesimetrisan.
 - b) Mata: untuk menilai warna sklera dan pemeriksaan konjungtiva yang bertujuan untuk menilai tanda anemis.
 - c) Mulut: untuk menilai kelembapan mulut.
 - d) Gigi dan gusi: menilai kebersihan, perdarahan gusi dan adakah karies pada gigi. e) Leher: untuk menilai kenormalan pada kelenjar tyroid (tidak terlihat dan hamper tidak teraba) dan kelenjar getah bening (terapa seperti kacang kecil).
 - e) Payudara: untuk mengkaji apakah ada pembesaran yang abnormal.
 - f) Abdomen: mengkaji apakah ada bekar luka operasi atau tidak

- g) Genetalia: penilaian apakah ada pelebaran pembuluh darah atau varises pada sekitar genetalia akibat pengaruh hormon estrogen dan progesterone.
- h) Ekstremitas: untuk menilai ada tidaknya edema, varises dan apakah ada respon positif pada reflek patella.

c. Analisa

Perumusan diagnosa sesuai dengan keadaan pasien seperti: Ny... P... A ...
umur... tahun dengan calon atau dengan akseptor KB

d. Penatalaksanaan

- 1) Melakukan pendekatan dan hubungan baik terhadap pasien dan keluarga
- 2) Menanyakan perihal riwayat penggunaan alat kontrasepsi sebelumnya, dan permintaan atau keinginan pemakaian alat kontrasepsi saat ini.
- 3) Menjelaskan berbagai macam alat kontrasepsi pada pasien.
- 4) Melakukan pemberian informed consent untuk membantu dalam pemilihan dan penentuan alat kontrasepsi pilihan pasien,
- 5) Menjelaskan secara mendalam perihal pilihan alat kontrasepsi meliputi: keuntungan, kerugian ataupun efek samping dari penggunaan yang dipilih pasien.
- 6) Mengajukan untuk kunjungan ulang untuk konseling atau konsultasi pada kartu akseptor KB.

2.3 Dokumentasi Kebidanan (SOAP)

Menurut Nurmuslihatun yang dikutip oleh (Nurul Hikmah Annisa, 2022), dalam praktik manajemen kebidanan, pencatatan atau dokumentasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP. Pendekatan ini mencakup empat komponen utama, yaitu data subjektif (S), data objektif (O), penilaian atau asesmen (A), dan perencanaan tindakan (P). Catatan yang disusun dengan format SOAP dibuat dengan cara yang sederhana, jelas, logis, dan ringkas, sehingga mempermudah tenaga kesehatan dalam memahami serta menindaklanjuti kondisi pasien. Selain itu, metode ini mencerminkan proses berpikir klinis yang diterapkan dalam penatalaksanaan kasus kebidanan. Untuk memperoleh pemahaman yang lebih mendalam mengenai penerapannya, setiap langkah dalam metode SOAP perlu ditelaah secara rinci.

1. Data Subjektif

Data subjektif merupakan informasi yang diperoleh berdasarkan sudut pandang klien, khususnya terkait dengan keluhan atau kekhawatiran yang dirasakannya. Ungkapan klien ini dapat dicatat secara langsung dalam bentuk kutipan atau dirangkum, selama informasi tersebut berkaitan erat dengan diagnosis yang akan ditegakkan. Dalam kasus klien yang mengalami gangguan bicara, seperti tuna wicara, maka pada bagian data setelah huruf “S” biasanya ditambahkan simbol “O” atau “X” sebagai penanda kondisi tersebut. Simbol ini membantu menjelaskan bahwa klien memiliki keterbatasan dalam komunikasi verbal. Informasi subjektif yang

diperoleh ini nantinya berperan penting dalam memperkuat penyusunan diagnosis kebidanan (Nurul Hikmah Annisa, 2022).

2. Data Objektif

Data objektif adalah hasil pendokumentasian yang diperoleh melalui pengamatan langsung, pemeriksaan fisik klien, serta hasil pemeriksaan penunjang seperti laboratorium. Selain itu, catatan medis dan informasi yang diberikan oleh keluarga atau pihak lain yang relevan juga dapat dimasukkan sebagai bagian dari data objektif. Data ini berfungsi sebagai bukti nyata mengenai gejala klinis yang dialami klien dan memberikan fakta-fakta yang mendukung dalam menetapkan diagnosis (Nurul Hikmah Annisa, 2022).

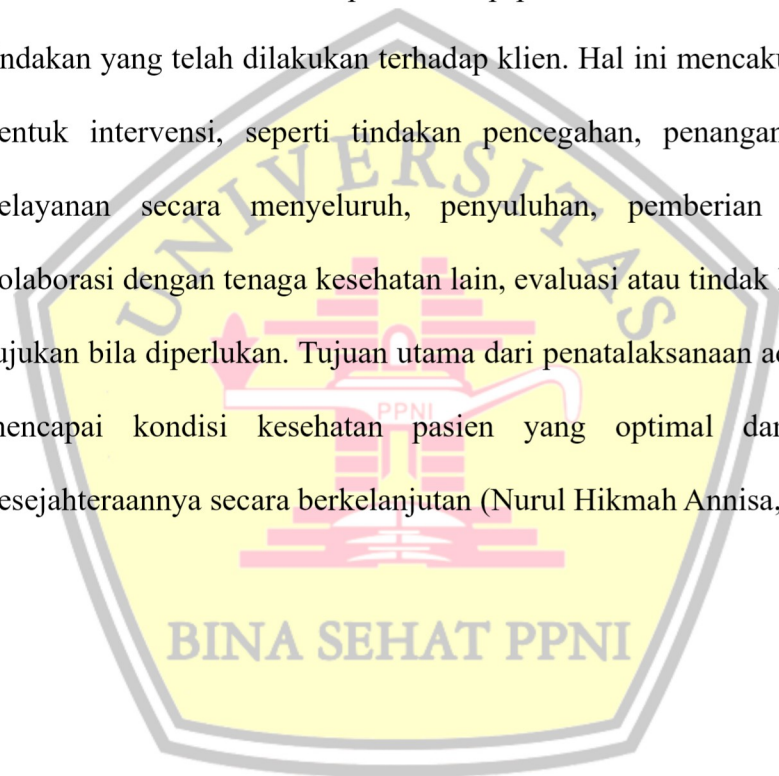
3. Analisa

Tahapan selanjutnya dalam metode SOAP adalah analisis. Pada tahap ini, dilakukan pencatatan hasil analisis dan interpretasi dari data subjektif serta data objektif yang telah dikumpulkan sebelumnya. Karena kondisi klien dapat berubah sewaktu-waktu dan informasi baru dapat terus muncul, maka proses pengkajian menjadi sangat dinamis. Oleh karena itu, bidan dituntut untuk secara aktif dan berkelanjutan menganalisis data agar dapat mengikuti perkembangan kondisi klien. Analisis yang dilakukan secara tepat dan akurat akan membantu dalam mendeteksi perubahan

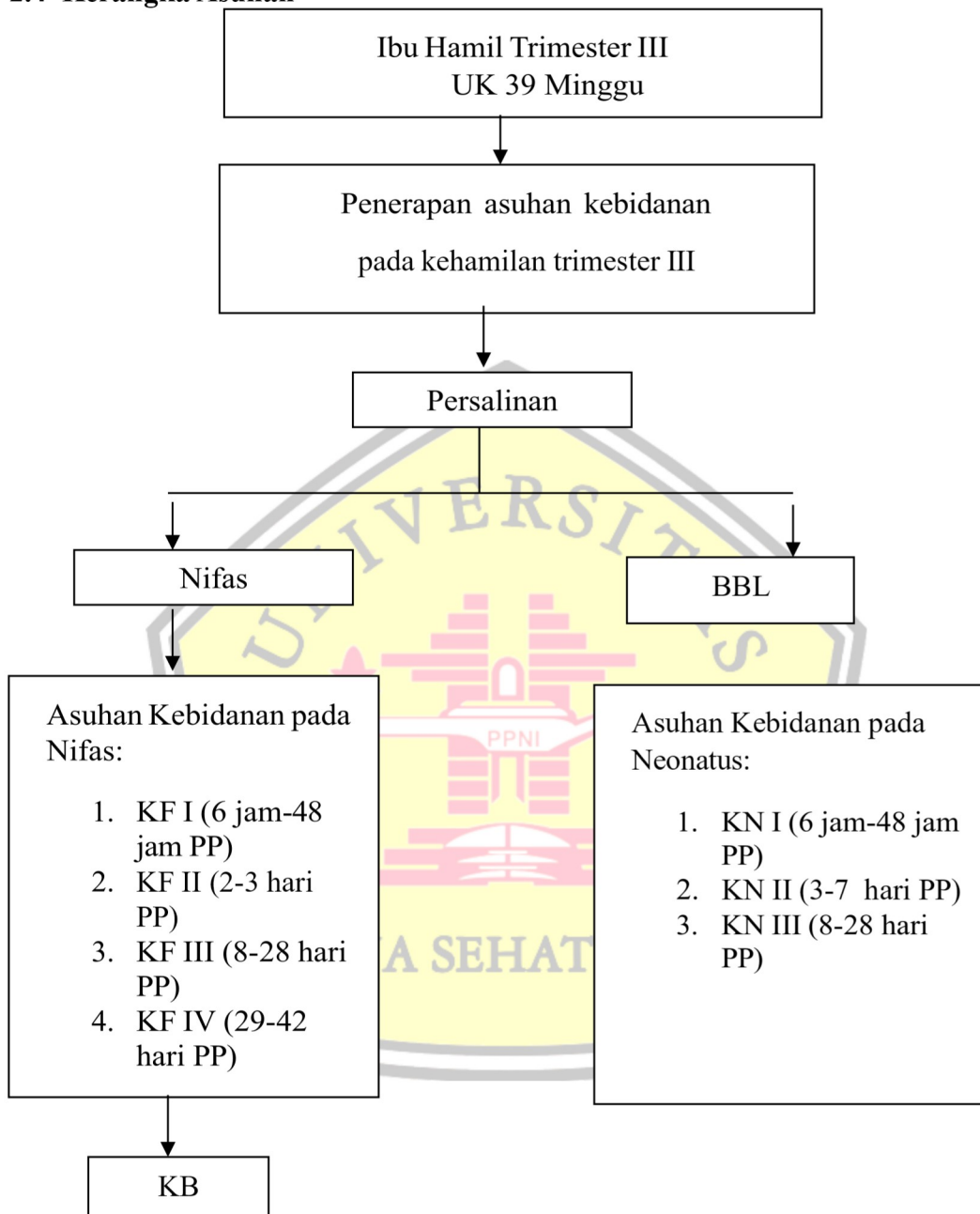
kondisi secara cepat, sehingga memungkinkan pengambilan keputusan atau tindakan yang sesuai. Proses analisis ini mencakup penafsiran data untuk menetapkan diagnosis, mengidentifikasi masalah kebidanan, serta menentukan kebutuhan klien (Nurul Hikmah Annisa, 2022).

4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan merupakan tahap pencatatan seluruh rencana dan tindakan yang telah dilakukan terhadap klien. Hal ini mencakup berbagai bentuk intervensi, seperti tindakan pencegahan, penanganan segera, pelayanan secara menyeluruh, penyuluhan, pemberian dukungan, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain, evaluasi atau tindak lanjut, serta rujukan bila diperlukan. Tujuan utama dari penatalaksanaan adalah untuk mencapai kondisi kesehatan pasien yang optimal dan menjaga kesehatannya secara berkelanjutan (Nurul Hikmah Annisa, 2022).



2.4 Kerangka Asuhan



Gambar 2. 1 Kerangka Asuhan