

BAB II

KAJIAN KASUS DAN KAJIAN TEORI

A. Kajian Kasus

1. Asuhan Kebidanan Kehamilan

Pengkajian dilakukan dengan melakukan kunjungan rumah ke pasien dimulai sejak pengambilan data awal di Puskesmas Tegalrejo pada tanggal 3 Maret 2025. Pengkajian tidak hanya dilakukan secara langsung dengan kunjungan rumah tetapi juga dilakukan secara *online* menggunakan media *WhatsApp*. Jenis data yang digunakan yaitu data primer dari hasil anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan peunjang, serta data sekunder yang diperoleh melalui buku KIA.

a. Pengkajian ke-1 (3 Maret 2025)

Asuhan Kebidanan kehamilan pada Ny.F pertama kali dilakukan pada tanggal 3 Maret 2025 di Puskesmas Tegalrejo, diperoleh data Ny.F berusia 29 tahun beragama islam pendidikan terakhir SMK ibu rumah tangga lahir di Sleman, 2 April 1996 yang beralamat di Karangwaru Lor TR II/224 B 056/002, Ny.F tinggal bersama suaminya Tn. I berusia 33 tahun beragama islam pendidikan terakhir SMK pekerjaan Karyawan Swasta.

Berdasarkan riwayat menstruasi, menarche 12 tahun, siklus 28-30 hari, teratur, lama menstruasi 5-6 hari, tidak mengalami disminore, ganti pembalut 3-4 kali/hari serta tidak mengalami keputihan. Ny. F dan suami menikah selama 1 tahun. HPHT 28 Juni 2024 dan HPL 4 April 2025, saat ini umur kehamilan 35 minggu 3 hari. Kehamilan ini merupakan kehamilan pertama bagi Ny.F dan tidak pernah mengalami keguguran.

Ny.F mulai memeriksakan kehamilannya pada tanggal 22 Agustus 2024 saat umur kehamilan 7 minggu. 6 hari. Selama hamil Ny.F mengeluh pernah mual di Trimester I. Ny.F hanya mengkonsumsi obat yang diberikan oleh bidan dan dokter di Puskesmas Tegalrejo dan Klinik dokter SpOG yaitu asam folat,

Tablet tambah darah, kalsium, Vitamin C. Ny. F sebelumnya belum pernah menggunakan alat kontrasepsi apapun. Ny.F mengatakan dahulu dan sekarang tidak mempunyai sakit menurun dan menaun seperti (diabetes, TBC, IMS, HIV/AIDS, Hepatitis dll). Pemenuhan nutrisi sehari makan 3-4 kali/hari jenisnya nasi, lauk dan sayur buah porsi sedang Minum air putih kurang lebih 8-10 gelas ukuran sedang (± 350 ml) perhari. Pola eliminasi sering BAK terutama pada malam hari, pola istirahat tidur malam 6-8 jam dan tidur siang 30 menit - 1jam. Ibu mengatakan berhubungan suami istri dengan pasangan 1 minggu sekali selama hamil ini dan tidak ada masalah, Ny.F mengatakan penghasilan selama satu bulan sangat mencukupi dan ia bisa menabung perbulan $\pm 3.000.000$

Berdasarkan pengkajian pada tanggal 3 Maret 2025 di usia kehamilan 35 minggu 3 hari didapatkan data subjektif yaitu ibu mengatakan tidak ada keluhan ingin kontrol kehamilan, didapatkan data objektif, keadaan umum ibu baik TD: 115/71 mmHg, N: 87 x/m, R: 20 x/m, S:36.6 0C, BB: 61,5 kg. berat badan sebelum hamil 50 kg dan tinggi badan ibu 155cm dengan lila 25 cm. Pemeriksaan fisik dari kepala sampai dengan leher dalam batas normal tidak ada kelainan. Pemeriksaan abdomen tidak ada bekas luka operasi. Pemeriksaan palpasi leopold dengan ukuran 2 jari di bawah PX, dengan ukuran Mcdonald TFU 30 cm, punggung kanan, presentasi kepala, belum masuk panggul dengan DJJ 135 x/m, TBJ 2790 gram. Ekstermitas atas dan bawah tidak ada odema. Pemeriksaan penunjang terakhir yaitu pada tanggal 3/04/2025 di Puskesmas Tegalrejo di dapatkan HB: 11.3 g/dL, Protein urine (-), Leukosit (2-3) Uribilinogen (-), Bilirubin (-), Jamur (-), Nitrit (-), Bakteri (+) dan hasil pemeriksaan USG terakhir oleh dokter SpOG pada tanggal 3 Maret 2025 didapatkan Janin tunggal, Intraterine, presentasi kepala belum masuk panggul, DJJ (+), Gerakan (+), Plasenta di corpus tidak menutupi jalan lahir, air ketuban cukup, TBJ 2790 gram.

b. Pengkajian ke-2 (15 Maret 2025)

Melakukan kunjungan rumah pada Ny. F. Berdasarkan pengkajian pada tanggal 15 Maret 2025 di usia kehamilan 37 minggu 1 hari didapatkan data subjektif bahwa ibu tidak keluhan. Obat yang diberikan masih ada. Ibu mengatakan gerakan janin aktif > 10 kali dalam 12 jam. Berdasarkan hasil pemeriksaankeadaan umum baik, TD: 116//77 mmHg, N: 82x/m, RR: 20x/m.

c. Pengkajian ke-3 (23 Maret 2025)

Melakukan kunjungan rumah pada Ny. F. Berdasarkan pengkajian pada tanggal 23 Maret 2025 di usia kehamilan 38 minggu 2 hari didapatkan data subjektif bahwa ibu sudah ada tanda tanda persalinan yaitu kencang-kencang tetapi masih jarang. Obat yang diberikan masih ada. Ibu mengatakan gerakan janin aktif > 10 kali dalam 12 jam. Berdasarkan hasil pemeriksaankeadaan umum baik, TD: 120//76 mmHg, N: 87x/m, RR: 20x/m.

2. Asuhan Kebidanan Persalinan

Pengkajian asuhan kebidanan persalinan pada tanggal 26 Maret 2025 di usia kehamilan 38 minggu 5 hari Pengkajian dilakukan melalui pesan *WhatsApp* Ibu mengatakan keluar cairan dari jalan lahir sejak pukul 04.00 WIB. Kontraksi belum sering. Ibu datang ke Puskesmas Tegalrejo kemudian didapatkan hasil ketuban ibu sudah pecah dan belum ada pembukaan. Di Puskesmas Tegalrejo dilakukan observasi ibu selama 8 jam, namun ibu masih tidak ada pembukaan, sehingga ibu dirujuk ke RSA UGM pada tanggal 26 Maret 2025 pukul 12.00 WIB. Sampai di RS ibu mengatakan langsung dilakukan tindakan *sectio caesarea* oleh dokter. Bayi lahir pukul 15.00 WIB berjenis kelamin laki-laki.

3. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Pengkajian asuhan kebidanan persalinan pada tanggal 26 Maret 2025 Pengkajian dilakukan melalui pesan *WhatsApp* Ibu mengatakan

telah lahir anak laki-laki menangis kuat pukul 15.00 WIB dengan berat 3000 gram panjang 48 cm, bayi dalam keadaan baik. Dikategorikan sebagai By.Ny.F BBLC CB SMK.

Penatalaksanaan yang diberikan Ny.F oleh bidan di RSA UGM yaitu dengan IMD selama 1 jam, Injeksi Vitamik K, pemberian salep mata, Imunisasi Hb0, Skrining Hipotiroid Kongenital.

4. Asuhan Kebidanan Neonatus

a. Pengkajian tanggal 26 Maret 2025 (KN1 6 jam – 2 hari)

Pengkajian dilakukan melalui *whatsapp*. Bayi Ny. F usia 6 jam cukup bulan sesuai masa kehamilan lahir secara *caesar* pada tanggal 26 Maret 2025 pukul 15.00 WIB berjenis kelamin laki-laki. By.Ny. F dirawat gabung dengan ibu. Berdasarkan data pada buku KIA diperoleh berat badan lahir 3000 gram dan panjang badan 48 cm. Bayi sudah diberikan suntik vit k dan salep mata.

b. Pengkajian tanggal 30 Maret 2025 (KN2 3-7 hari)

Pengkajian dilakukan melalui *whatsapp*. Ibu mengatakan bayinya menyusui dengan baik, bayi kuning kramer II, tali pusat belum puput.

c. Pengkajian tanggal 10 April 2025 (KN3 8-28 hari)

By. Ny. F berusia 15 hari normal, kunjungan dilakukan di Rumah Ny. F, ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan, sehat, menyusunya kuat, bayi sudah tidak kuning, tali pusat sudah puput, BAK dan BAB lancar. Pemenuhan nutrisi : ASI *on demand*, BAK 6-8x/hari, BAB 3x/hari, tekstur lunak warna kekuningan. Berdasarkan pengkajian data objektif. N:134x/menit, RR 48x/menit, S: 36,7 oC. warna kulit merah muda, tali pusat sudah puput pada hari ke-7, pernafasan baik tidak ada tarikan dinding dada. BB 3600 gram.

5. Asuhan Kebidanan Nifas

a. Pengkajian tanggal 26 Maret 2025 (KF1 6 jam-2 hari)

Pengkajian via *Whatsapp*. Ny. F usia 29 tahun P1A0 *postpartum* SC hari ke-1. Ibu mengatakan tidak ada keluhan dan pengeluaran asinya masih sedikit. Ibu dapat menggerakkan anggota tubuhnya sedikit-sedikit di atas tempat tidur. Ibu sudah mengerti mengenai perawatan *personal hygiene* selama masa nifas karena bidan di RS sudah menjelaskan.

b. Pengkajian tanggal 30 Maret 2025 (KF2 3-7 hari)

Pengkajian dilakukan via *Whatsapp*. Ibu mengatakan saat ini keadaannya baik dan sehat. Perdarahan pervaginam dalam batas normal, darah berwarna merah bercampur kekuningan, luka jahitan di bawah perut sudah diganti perban. Bidan mengatakan luka jahitan *caesar* baik, tidak ada tanda infeksi seperti demam atau terasa nyeri dan bengkak, pengeluaran cairan dari vagina tidak berbau. Ibu sudah diperbolehkan pulang sejak hari senin tanggal 27 Maret 2025. ASI lancar dan ibu memberikan ASI secara langsung tanpa dipompa. Pemenuhan nutrisi : makan 3-4 kali/hari dengan nasi, sayur, laukdanbuah, minum 2-3 liter/hari dengan air putih, teh, jus. BAB dan BAK lancar tidak ada keluhan.

c. Pengkajian tanggal 10 April 2025 (KF3 8-28 hari)

Melakukan kunjungan rumah pada Ny. F usia 29 tahun P1A0 *postpartum* SC hari ke-15. Pola istirahat Ny. F dalam seminggu kurang karena merawat bayinya. Pada siang hari ibu tidur 1-2jam, saat malam ibu tidur kurang lebih 4-5 jam. Pengeluaran ASI lancar dan memberikan ASI tiap 2 jam sekali atau on demand. Pemenuhan nutrisi : makan 3-4 kali/hari dengan nasi, sayur, lauk dan buah, minum 2-3 liter/hari dengan air putih, teh, jus. BAB dan BAK tidak ada keluhan. Jahitan *caesar* sudah kering dan perban sudah dilepas. Berdasarkan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital TD: 115/75 mmHg, N : 78 x/menit, R 18 x/menit, S : 36,6 oC, konjungtiva merah

muda, puting susu menonjol, bersih, dan tidak lecet, pengeluaran ASI baik.

d. Pengkajian tanggal 30 April 2025 (KF4 29-42 hari)

Melakukan kunjungan rumah pada Ny. F usia 29 tahun P1A0 *postpartum caesar* hari ke- 35. Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan, seiring waktu ibu sudah dapat mengatur pola istirahatnya dengan baik, selain itu suami ikut membantu dalam urusan pekerjaan rumah dan merawat bayi. ASI keluar lancar. Ibu sudah bisa melakukan aktivitas normal. Pemenuhan nutrisi tidak ada keluhan. BAB dan BAK tidak ada keluhan. Luka jahitan sudah kering dan tidak ada keluhan. Ibu mengatakan sudah tidak ada pengeluaran dari jalan lahir. Pola tidur baik, ibu menyesuaikan dengan pola tidur bayinya sehingga pemenuhan istirahat ibu tercukupi. Ibu mengatakan ingin menggunakan alat kontrasepsi IUD.

6. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

a. Asuhan kebidanan keluarga berencana melalui kunjungan rumah tanggal 30 April 2025

Pengkajian pada tanggal 30 April 2025 saat kunjungan rumah Ny. F, Ibu mengatakan sudah mendiskusikan dengan suami dan ingin menggunakan metode kontrasepsi IUD namun belum dilakukan pemasangan. Dari hasil pemeriksaan yang dilakukan pada Ny. F meliputi keadaan umum baik dan vital sign dalam batas normal. Ny. F juga tidak memiliki riwayat penyakit seperti hipertensi, sakit kuning, perdarahan diluar siklus haid, kanker dan kanker. Analisis yang didapatkan yaitu Ny. F usia 29 tahun P1Ab0Ah1 akseptor KB IUD. Penatalaksanaan yang diberikan berupa memberikan KIE mengenai KB IUD, meliputi keuntungan, kekurangan dan kunjungan ulang. Menanyakan kembali apakah ibu sudah yakin memilih KB IUD, menyarankan ibu untuk segera datang ketenaga kesehatan atau

bidan bila terdapat keluhan, KIE kepada suami dan keluarga tentang macam macam alat kontrasepsi, kekurangan kelebihan dan cara kerja.

Pengkajian dilakukan via *Whatsapp* pada tanggal Mei 2025. Dilakukan *follow up* pada Ny. F pada tanggal 24 Mei 2025, Ibu mengatakan belum memasang KB IUD.

B. Kajian Teori

1. Asuhan Bekelanjutan (*Continuity of Care*)

Continuity of care dalam kebidanan merupakan serangkaian kegiatan pelayanan berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, serta keluarga berencana.¹⁰ Kemenkes RI menyatakan bahwa Asuhan Kebidanan Berkelanjutan terdiri dari Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual diselenggarakan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara menyeluruh terpadu dan berkesinambungan. *Continuity of care* yang dilakukan oleh bidan pada umumnya berorientasi untuk meningkatkan kesinambungan pelayanan dalam suatu periode.

Continuity of care memiliki 3 jenis pelayanan yaitu manajemen, informasi dan hubungan. Kesinambungan manajemen melibatkan komunikasi antar perempuan dan bidan. Kesinambungan informasi menyangkut ketersediaan waktu yang relevan. Kedua hal tersebut penting untuk mengatur dan memberikan pelayanan kebidanan. Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan dari bidan hampir delapan kali lipat lebih besar untuk melakukan persalinan di bidan yang sama.¹⁰ Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan dari bidan hampir delapan kali lipat lebih besar untuk melakukan persalinan di bidan yang sama. Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan oleh bidan melaporkan kepuasan lebih tinggi terkait

informasi, saran, penjelasan, tempat persalinan, persiapan persalinan, pilihan untuk menghilangkan rasa sakit dan pengawasan oleh bidan. Penelitian di Denmark memiliki kesamaan hasil penelitian bahwa dengan *Continuity of care* mendapatkan pengalaman yang membaik, mengurangi morbiditas maternal, mengurangi penggunaan intervensi pada saat persalinan, meningkatkan jumlah persalinan normal dibandingkan dengan perempuan yang merencanakan persalinan dengan tindakan. Hasil yang signifikan secara *continuity of care* secara *women center* meliputi dukungan, partisipasi dalam pengambilan keputusan, perhatian terhadap psikologis, kebutuhan dan harapan pada saat akan melahirkan, informasi dan menghargai perempuan.¹¹

2. Kehamilan

a. Pengertian

Kehamilan merupakan suatu proses yang alamiah dan fisiologis. Setiap wanita yang memiliki organ reproduksi sehat, yang telah mengalami menstruasi, dan melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang organ reproduksinya sehat sangat besar kemungkinannya akan mengalami kehamilan. Apabila kehamilan ini direncanakan, akan memberi rasa kebahagiaan dan penuh harapan. Masa kehamilan yaitu dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi menjadi 3 triwulan pertama dimulai sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan ke-4 sampai ke-6, triwulan ketiga dari bulan ke-7 sampai 9 bulan.¹²

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi,

kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan menurut kalender internasional.¹³

b. Tanda gejala kehamilan

Tanda dan gejala kehamilan dibagi menjadi 3 bagian, yaitu:¹⁴

a) Tanda duga kehamilan

1) *Amenore* (tidak dapat haid)

Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak haid dengan diketahuinya tanggal hari pertama menstruasi terakhir adalah penanda untuk menentukan tanggal taksiran persalinan.

2) Mual dan muntah

Biasa terjadi pada bulan pertama hingga bulan terakhir trimester pertama. Sering terjadi pada pagi hari atau sering disebut *morning sickness*.

3) Mengidam

Sering terjadi pada bulan pertama kehamilan akan tetapi akan menghilang dengan semakin tuanya usia kehamilan.

4) *Anoreksia* (tidak ada selera makan)

Hanya berlangsung ada triwulan pertama tetapi akan menghilang dengan semakin tuanya kehamilan.

5) *Mamae* menjadi tegang dan membesar

Keadaan ini disebabkan pengaruh hormon esterogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli payudara.

6) Sering BAK

Sering buang kecil disebabkan karena kandung kemih tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Gejala ini akan hilang pada triwulan kedua kehamilan. Pada akhir kehamilan gejala ini bisa kembali terjadi dikarenakan kandung kemih tertekan oleh kepala janin.

7) Konstipasi atau obstipasi

Hal ini bisa terjadi karena tonus otot usus menurun yang disebabkan oleh hormon steroid yang dapat menyebabkan kesulitan buang air besar.

8) Pigmentasi (perubahan warna kulit)

Pada areola mammae, genital, chloasma, serta linea alba akan berwarna lebih tegas, melebar, dan bertambah gelap pada bagian perut bagian bawah.

9) *Epulis*

Suatu hipertrofi papilla gingivae (gusi berdarah) hal ini sering terjadi pada trimester pertama.

10) *Varises*

Pengaruh hormon estrogen dan progesteron yang menyebabkan pembesaran pembuluh vena. Pembesaran pembuluh vena pada darah ini terjadi di sekitar genitalian eksterna, kaki, dan betis serta payudara.

b) Tanda kemungkinan kehamilan

1) Perut membesar

Perut membesar dapat dijadikan kemungkinan kehamilan bila usia kehamilan sudah memasuki lebih dari 14 minggu karena sudah adanya massa.

2) Uterus membesar

Uterus membesar karena terjadi perubahan dalam bentuk, besar, dan konsistensi dari rahim. Pada pemeriksaan dalam dapat diraba bahwa uterus membesar dan bentuknya semakin lama akan semakin membesar.

3) Tanda *Hegar*

Konsistensi rahim dalam kehamilan berubah menjadi lunak terutama daerah isthmus. Pada minggu-minggu pertama, isthmus uteri mengalami hipertrofi seperti korpus

uteri. Hipertrofi isthmus pada triwulan pertama mengakibatkan isthmus menjadi panjang dan lebih lunak.

4) Tanda *Chadwick*

Perubahan warna menjadi kebiruan atau keunguan pada vulva, vagina, dan serviks. Perubahan warna ini disebabkan oleh pengaruh hormon estrogen

5) Tanda *Piscesek*

Uterus mengalami pembesaran, kadang-kadang pembesaran itu tidak rata tetapi di daerah telur bernidasi lebih cepat tumbuhnya. Hal ini menyebabkan uterus membesar ke salah satu bagian.

6) Tanda *Braxton Hicks*

Tanda *braxton hicks* adalah tanda apabila uterus dirangsang mudah berkomunikasi. Tanda *braxton hicks* merupakan tanda khas uterus dalam kehamilan. Tanda ini terjadi karena pada keadaan uterus yang membesar tetapi tidak ada kehamilan misalnya pada mioma uteri tanda *braxton hicks* tidak ditemukan.

7) Teraba ballotment

Ballotement merupakan fenomena bandul atau pantulan balik. Hal ini adalah tanda adanya janin di dalam uterus.

c) Tanda pasti kehamilan

1) Gerakan janin yang dapat dilihat, dirasa

2) Teraba bagian bagian janin

3) Denyut jantung janin bisa didengar dengan stetoskop monoral leanec, dicatat dan didengar dengan alat dopplerdicatat dengan fotoelektro kardiograf, dan dilihat pada ultrasonografi.

4) Terlihat tulang-tulang janin dalam fotorontgen

c. Tanda bahaya kehamilan

1) Tanda Bahaya Kehamilan Trimester I (0 – 12 minggu)¹³

a) Perdarahan Pada Kehamilan Muda

Salah satu komplikasi terbanyak pada kehamilan ialah terjadinya perdarahan. Perdarahan dapat terjadi pada setiap kehamilan. Pada kehamilan muda sering dikaitkan dengan kejadian abortus, *misscarriage*, *early pregnancy loss*. Perdarahan pada kehamilan muda dikenal beberapa istilah sesuai dengan pertimbangan masing-masing, setiap terjadinya perdarahan pada kehamilan maka harus selalu berfikir tentang akibat dari perdarahan ini yang menyebabkan kegagalan kelangsungan kehamilan.¹⁵

(1) Abortus

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan. Sebagai batasan ialah kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram. Penyebab kematian ibu dikarenakan abortus (5%).

(a) *Abortus Imminens (threatened)*

Abortus imminens dicurigai bila terdapat pengeluaran vagina yang mengandung darah, atau perdarahan pervaginam pada trimester pertama kehamilan. Abortus imminens dapat atau tanpa disertai rasa mules ringan, dengan pada waktu menstruasi atau nyeri pinggang bawah. Perdarahan pada abortus imminens seringkali hanya sedikit, namun hal tersebut berlangsung beberapa hari atau minggu. Pemeriksaan vagina pada kelainan ini memperlihatkan tidak adanya pembukaan serviks. Sementara pemeriksaan dengan real time ultrasound pada panggul menunjukkan ukuran kantong amnion

normal, jantung janin berdenyut, dan kantong amnion kosong, serviks tertutup, dan masih terdapat janin utuh.

(b) *Abortus Insiptien (inevitable)*

Merupakan suatu abortus yang tidak dapat dipertahankan lagi ditandai dengan pecahnya selaput janin dan adanya pembukaan serviks. Pada keadaan ini didapatkan juga nyeri perut bagian bawah atau nyeri kolek uterus yang hebat. Pada pemeriksaan vagina memperlihatkan dilatasi ostium serviks dengan bagian kantung konsepsi menonjol. Hasil Pemeriksaan USG mungkin didapatkan jantung janin masih berdenyut, kantung gestasi kosong (lima hingga enam minggu) uterus kosong (tiga-lima minggu) atau perdarahan subkorionik banyak di bagian bawah.

(c) *Abortus Incompletus (incomplete)*

Adalah pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa yang tertinggal dalam uterus. Pada pemeriksaan vagina, kanalis servikalis terbuka dan jaringan dapat diraba dalam cavum uteri atau kadang-kadang sudah menonjol dari ostium uteri eksternum. Pada USG didapatkan endometrium yang tipis dan ireguler.

(d) *Abortus Completus (complete)*

Pada abortus completus semua hasil konsepsi sudah dikeluarkan. Pada penderita ditemukan perdarahan sedikit, ostium uteri telah menutup, dan uterus sudah banyak mengecil. Selain ini, tidak ada lagi gejala kehamilan dan uji

kehamilan menjadi negatif. Pada pemeriksaan USG didapatkan uterus yang kosong.

(e) *Missed Abortion*

Adalah kematian janin berusia sebelum 20 minggu, tetapi janin mati itu tidak dikeluarkan selama delapan minggu atau lebih.

(f) *Abortus Habitualis (habitual abortion)*

Adalah abortus spontan yang terjadi berturut-turut tiga kali atau lebih. Pada umumnya penderita tidak sukar menjadi hamil, namun kehamilannya berakhir sebelum 28 minggu.

(2) Kehamilan Ektopik¹⁶

Adalah kehamilan yang pertumbuhan sel telur telah dibuahi tidak menempel pada dinding endometrium kavum uteri. Lebih dari 95% kehamilan ektopik berada di saluran telur (tuba Fallopii). Kejadian kehamilan ektopik tidak terjadi diantara senter pelayanan kesehatan. Hal ini bergantung pada kejadian salpingitis seseorang. Di Indonesia kejadian sekitar lima-enam perseribu kehamilan. Patofisiologi terjadinya kehamilan ektopik tersering karena sel telur yang telah dibuahi dalam perjalanannya menuju endometrium terselat sehingga embrio sudah berkembang sebelum mencapai kavum uteri dan akibatnya tumbuh di luar rongga rahim. Bila kemudian tempat nidasi tersebut tidak dapat menyesuaikan diri dengan besarnya buah kehamilan, hal ini dapat menyebabkan terjadi rupture dan menjadi kehamilan ektopik terganggu.

Tanda dan gejala pada kehamilan muda, dapat atau tidak ada perdarahan pervaginam, ada nyeri perut

kanan/kiri bawah. Berat atau ringannya nyeri tergantung pada banyaknya darah yang terkumpul dalam peritoneum. Dari pemeriksaan fisik didapatkan rahim yang juga membesar, adanya tumor didaerah adneksa. Adanya tandatanda syok hipovolemik yaitu hipotensi, pucat dan ekstremitas dingin, adanya tandatanda abdomen akut yaitu perut tegang bagian bawah, nyeri tekan dan nyeri lepas dinding abdomen. Dari pemeriksaan dalam serviks teraba lunak, nyeri tekan, nyeri pada uterus kanan dan kiri.

(3) Mola Hidatidosa¹⁷

Adalah suatu kehamilan yang berkembang tidak wajar dimana tidak ditemukan janin dan hampir seluruh vili korialis mengalami perubahan berupa degenerasi hidropik. Secara makroskopik, mola hidatidosa mudah dikenal yaitu berupa gelembung-gelembung putih, tembus pandang, berisi cairan jernih, dengan ukuran bervariasi dari beberapa millimeter sampai satu atau dua cm. Permulaannya gejala mola hidatidosa tidak seberapa berbeda dengan kehamilan biasa yaitu mual, muntah, pusing, dan lain-lain, hanya saja derajat keluhannya sering lebih hebat. Selanjutnya perkembangan lebih pesat, sehingga pada umumnya besar uterus lebih besar dari umur kehamilan. Ada pula kasus-kasus yang uterusnya lebih kecil atau sama besar walaupun jaringannya belum dikeluarkan. Dalam hal ini perkembangan jaringan trofoblas tidak begitu aktif sehingga perlu dipikirkan kemungkinan adanya dyning mole. Perdarahan merupakan gejala utama mola. Biasanya keluhan perdarahan inilah yang menyebabkan mereka datang ke rumah sakit.¹⁸

Gejala perdarahan ini biasanya terjadi antara bulan pertama sampai ketujuh dengan rata-rata 12-14 minggu. Sifat perdarahan bisa intermiten, sedikit-sedikit atau sekaligus banyak sehingga menyebabkan syok atau kematian. Karena perdarahan ini umumnya pasien mola hidatidosa masuk dalam keadaan anemia.

b) Muntah Terus dan Tidak Bisa Makan pada Kehamilan

Mual dan muntah adalah gejala yang sering ditemukan pada kehamilan trimester I. Mual biasa terjadi pada pagi hari, gejala ini biasa terjadi enam minggu setelah HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir) dan berlangsung selama 10 minggu. Perasaan mual ini karena meningkatnya kadar hormon estrogen dan HCG (Human Chorionic Gonadotropin) dalam serum. Mual dan muntah yang sampai mengganggu aktifitas sehari-hari dan keadaan umum menjadi lebih buruk, dinamakan Hiperemesis Gravidarum.¹⁹

c) Selaput Kelopak Mata Pucat

Merupakan salah satu tanda anemia. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan keadaan hemoglobin di bawah 11 gr% pada trimester I. Anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi dan perdarahan akut bahkan tak jarang keduanya saling berinteraksi. Anemia pada trimester I bisa disebabkan karena mual muntah pada ibu hamil dan perdarahan pada ibu hamil trimester I.²⁰

d) Demam Tinggi

Ibu menderita demam dengan suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$ dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan. Penyebab kematian ibu karena infeksi (11%).²¹ Penanganan demam antara lain dengan istirahat baring, minum banyak

dan mengompres untuk menurunkan suhu. Demam dapat disebabkan oleh infeksi dalam kehamilan yaitu masuknya mikroorganisme patogen ke dalam tubuh wanita hamil yang kemudian menyebabkan timbulnya tanda atau gejala-gejala penyakit. Pada infeksi berat dapat terjadi demam dan gangguan fungsi organ vital. Infeksi dapat terjadi selama kehamilan, persalinan dan masa nifas.¹⁴

2) Tanda Bahaya Kehamilan Trimester II (13 – 28 minggu)²⁰

a) Demam Tinggi

Ibu menderita demam dengan suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$ dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan. Penyebab kematian ibu karena infeksi (11%). Penanganan demam antara lain dengan istirahat baring, minum banyak dan mengompres untuk menurunkan suhu.²¹ Demam dapat disebabkan oleh infeksi dalam kehamilan yaitu masuknya mikroorganisme patogen ke dalam tubuh wanita hamil yang kemudian menyebabkan timbulnya tanda atau gejala-gejala penyakit. Pada infeksi berat dapat terjadi demam dan gangguan fungsi organ vital. Infeksi dapat terjadi selama kehamilan, persalinan dan masa nifas.

b) Bayi Kurang Bergerak Seperti Biasa²²

Gerakan janin tidak ada atau kurang (minimal tiga kali dalam satu jam). Ibu mulai merasakan gerakan bayi selama bulan ke-lima atau ke-enam. Jika bayi tidak bergerak seperti biasa dinamakan IUFD (Intra Uterine Fetal Death). IUFD adalah tidak adanya tanda-tanda kehidupan janin didalam kandungan. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit tiga kali dalam

satu jam jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik.

c) Selaput Kelopak Mata Pucat

Merupakan salah satu tanda anemia. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan keadaan hemoglobin di bawah $< 10,5 \text{ gr}\%$ pada trimester II. Anemia pada trimester II disebabkan oleh hemodilusi atau pengenceran darah. Anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi.²⁰

3) Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III (29 – 42 minggu)

a) Perdarahan Pervaginam²¹

Penyebab kematian ibu dikarenakan perdarahan (28%). Pada akhir kehamilan perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tidak disertai dengan rasa nyeri. Perdarahan semacam ini berarti plasenta previa. Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat yang abnormal yaitu segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri interna. Penyebab lain adalah solusio plasenta dimana keadaan plasenta yang letaknya normal, terlepas dari perlekatannya sebelum janin lahir, biasanya dihitung sejak kehamilan 28 minggu.

b) Sakit Kepala yang Hebat¹⁴

Sakit kepala selama kehamilan adalah umum, seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin mengalami penglihatan yang kabur. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklampsia.

c) Penglihatan Kabur¹⁴

Penglihatan menjadi kabur atau berbayang dapat disebabkan oleh sakit kepala yang hebat, sehingga terjadi oedema pada otak dan meningkatkan resistensi otak yang mempengaruhi sistem saraf pusat, yang dapat menimbulkan kelainan serebral (nyeri kepala, kejang) dan gangguan penglihatan. Perubahan penglihatan atau pandangan kabur, dapat menjadi tanda pre-eklampsia. Masalah visual yang mengidentifikasi keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual yang mendadak, misalnya penglihatan kabur atau berbayang, melihat bintik-bintik (spot), berkunangkunang. Selain itu adanya skotoma, diplopia dan ambliopia merupakan tanda-tanda yang menunjukkan adanya preeklampsia berat yang mengarah pada eklampsia. Hal ini disebabkan adanya perubahan peredaran darah dalam pusat penglihatan di korteks cerebri atau didalam retina (oedema retina dan spasme pembuluh darah).

d) Bengkak di Muka atau Tangan¹⁴

Hampir separuh dari ibu-ibu akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat atau meletakkannya lebih tinggi. Bengkak dapat menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada permukaan muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan diikuti dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini bisa merupakan pertanda pre-eklampsia.

e) Janin Kurang Bergerak Seperti Biasa²²

Gerakan janin tidak ada atau kurang (minimal tiga kali dalam satu jam), ibu mulai merasakan gerakan bayi selama bulan ke-lima atau ke-enam. Jika bayi tidak bergerak seperti biasa dinamakan IUFD (Intra Uterine Fetal

Death). IUPD adalah tidak adanya tanda-tanda kehidupan janin di dalam kandungan. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit tiga kali dalam satu jam jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik.

f) Pengeluaran Cairan Pervaginam (Ketuban Pecah Dini)²³

Yang dimaksud cairan di sini adalah air ketuban. Ketuban yang pecah pada kehamilan aterm dan disertai dengan munculnya tanda-tanda persalinan adalah normal. Pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum dimulainya tanda-tanda persalinan ini disebut ketuban pecah dini. Ketuban pecah dini menyebabkan hubungan langsung antara dunia luar dan ruangan dalam rahim sehingga memudahkan terjadinya infeksi. Makin lama periode laten (waktu sejak ketuban pecah sampai terjadi kontraksi rahim), makin besar kemungkinan kejadian kesakitan dan kematian ibu atau janin dalam rahim.

g) Kejang

Penyebab kematian ibu karena eklamsi (24%). Pada umumnya kejang didahului oleh makin memburuknya keadaan dan terjadinya gejala-gejala sakit kepala, mual, nyeri ulu hati sehingga muntah. Bila semakin berat, penglihatan semakin kabur, kesadaran menurun kemudian kejang.²³

h) Selaput Kelopak mata Pucat

Merupakan salah satu tanda anemia. Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan keadaan hemoglobin di bawah 11 gr% pada trimester III. Anemia dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi dan perdarahan

akut bahkan tak jarang keduanya bisa berinteraksi. Anemia pada Trimester III dapat menyebabkan perdarahan pada waktu persalinan dan nifas, BBLR (Bayi Berat Lahir Rendah) yaitu kurang dari 2500 gram).

i) Demam Tinggi

Ibu menderita demam dengan suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$ dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan. Penyebab kematian ibu karena infeksi (11%). Penanganan demam antara lain dengan istirahat baring, minum banyak dan mengompres untuk menurunkan suhu. Demam dapat disebabkan oleh infeksi dalam kehamilan disebabkan masuknya mikroorganisme patogen ke dalam tubuh wanita hamil yang kemudian menyebabkan timbulnya tanda atau gejala-gejala penyakit. Pada infeksi berat dapat terjadi demam dan gangguan fungsi organ vital, infeksi dapat terjadi selama kehamilan, persalinan dan masa nifas.²³

d. Perubahan fisiologis dan psikologis

1) Perubahan Fisik:²⁴

a) Rahim

Rahim perubahan yang amat jelas adalah pembesaran rahim untuk menyimpan bayi yang ditumbuh. Peningkatan ukuran ini disebabkan membesar dan meragang yang disebabkan oleh rangsangan estrogen serta progesteron dan terjadi akibat tekanan mekanik dari dalam yaitu janin, plasenta serta cairan ketuban akan memerlukan lebih banyak ruangan.

b) Vagina

Vagina sampai minggu ke-8, meningkatnya vaskularisasi dan pengaruh hormone estrogen pada vagina menyebabkan tanda kehamilan yang khas disebut tanda

chadwick, yang berwarna kebiru-biruan yang dapat terlihat oleh pemeriksa. Respon lain pengaruh hormonal adalah sekresi sel-sel vagina meningkat, sekresi tersebut berwarna putih yang bersifat sangat asam, dikenal dengan istilah “putih” atau leucorrhoea.

c) Ovarium

Ovarium merupakan sumber hormone estrogen dan progesteron pada wanita tidak hamil. Pada kehamilan ovulasi berhenti, corpus luteum terus tumbuh sampai terbentuk plasenta yang mengambil alih pengeluaran hormone estrogen dan progesteron. Plasenta juga membentuk hormone yang lain: human chorionic gonadotropin (HCG), human placental lactogen (HPL), juga disebut human chorionic somatotropin (hCS) dan human chorionic thyrotropin (hCT).

d) Dinding perut

Dinding perut dengan pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya serabut elastis di bawah kulit, maka timbullah striae gravidarum. Kulit perut pada linea alba (garis keputih) bertambah pigmentasinya disebut linea nigra.

e) Kulit

Kulit akibat membesarnya rahim dan pertumbuhan janin, perut menonjol keluar. Serabut-serabut elastis dari lapisan kulit terdalam terpisah dan terputus karena regangan. Tanda regangan yang disebut striae gravidarum terlihat pada abdomen dan bokong terjadi pada 50% wanita hamil dan menghilang menjadi bayangan lebih terang setelah melahirkan. Perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh rangsangan hormone melanophore.

f) Payudara

Payudara terjadi perubahan secara bertahap mengalami pembesaran karena peningkatan pertumbuhan jaringan alveoli dan suplai darah. Putting susu menjadi menonjol dan keras, perubahan ini yang membawa fungsi laktasi, disebabkan oleh peningkatan kadar hormone estrogen, progesteron, laktogen dan prolaktin.

g) Sistem sirkulasi darah

System sirkulasi darah sebagaimana kehamilan berlanjut, volume darah meningkat bertahap sampai mencapai 30% sampai 50% diatas tingkat pada keadaan tidak hamil.

h) Sistem pernapasan

Wanita hamil kadang-kadang mengeluh sesak dan pendek nafas, dikarenakan pada wanita hamil terjadi perubahan system respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan oksigen. Disamping itu terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada umur kehamilan 32 minggu.

i) Sistem gastrointestinal

Sistem gastrointestinal dapat terpengaruh oleh karena kehamilan, penyebabnya adalah factor hormonal dan mekanis. Tingginya kadar progesteron mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah.

j) Sistem urinary

Sistem urinari pada awal kehamilan suplai darah ke kandung kemih meningkat dan pembesaran uterus menekan kandung kemih, menyebabkan sering kemih. Terjadinya

hemodilusi menyebabkan metabolisme air makin lancar sehingga pembentukan air seni pun bertambah.

k) Berat badan

Berat badan pada wanita hamil peningkatan berat badan normalnya sama dengan 25% dari berat badan sebelumnya, peningkatan yang utama adalah pada trimester kedua kehamilan.

l) Sistem musculoskeletal

Selama masa kehamilan wanita membutuhkan kira-kira lebih banyak kalsium dan fosfor, dengan makan makanan yang seimbang kebutuhan tersebut akan terpenuhi. Postur tubuh pada wanita mengalami perubahan secara bertahap karena janin membesar bertahap dalam rahim.

2) Perubahan Psikologis

Perubahan psikologis pada wanita hamil merupakan salah satu dari tiga perubahan dalam hidupnya, ialah puberta, kehamilan dan menopause perubahan yang terjadi merupakan suatu respon terhadap suatu respon terhadap kehamilannya, akibat peningkatan hormone dapat mempengaruhi suasana hati dan karena yang kadarnya yang naik turun maka demikian juga suasana hati wanita, biasanya wanita menjadi labil, lebih emosional, mudah tersinggung, mudah adanya depresi, marah, sedih, takut, khawatir, tingkah laku berubah lain tidak sama sebelum hamil perubahan ini harus di hadapi sekalipun agak membingungkan sementara waktu.

Perubahan selama kehamilan tidak dapat di hindari, sering dalam waktu yang singkat, ada beberapa sosial dan ahli klinis menyatakan bahwa kehamilan adalah salah satu tipe krisis, terdapat teori krisis yaitu pada awalnya mengalami syok dan menyangkal, kebingungan dengan masalah yang

mengganggu. Pada periode ini, berbagai alternative seperti aborsi, atau adopsi yang menjadi pertimbangan, legal etik, moral dan ekonomi agar dapat menerima keadaan ini membutuhkan waktu satu sampai enam minggu untuk mengatasinya membutuhkan dukungan situasional yang mereka harapkan.²⁵

e. Faktor yang mempengaruhi kehamilan

1) Faktor Fisik

Status kesehatan yang dikaji dari ujung kepala sampai ujung kaki.

2) Status Gizi

a) Berkaitan dengan berat badan, dari sebelum hamil hingga setelah peningkatan BB 6.5 kg – 16 kg

b) KEK, lingkaran lengan atas kurang dari 23.5 cm

c) Anemia pada pemeriksaan penunjang

3) Gaya Hidup

Perokok, minuman keras, menggunakan narkoba, pergaulan bebas

4) Faktor Psikologis

a) Cemas, rasa cemas dan ketakutan yang berlebihan dengan gejala (tremor, kaki bergetar, dingin di telapak kaki)

b) Panik, rasa takut dan gelisah yang hebat

c) Depresi berat, adanya perasaan sedih, menyendiri, insomnia, rasa tidak dihargai, ingin bunuh diri

5) Faktor Ekonomi yang berkaitan dengan penghasilan dan pendapatan keluarga

f. Faktor Risiko

Faktor risiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan risiko/bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan atau bayinya.²⁶

1) Pengertian faktor risiko

Faktor risiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan risiko/bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan/ bayinya. Skrining kehamilan dilakukan dengan menggunakan skor Poedji Rohjati. Skor Poedji Rochjati dalam buku Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil merupakan cara untuk mendeteksi dini kehamilan berisiko. Skor Poedji Rochjati berfungsi sebagai alat komunikasi untuk edukasi kepada ibu hamil, suami maupun keluarga untuk kebutuhan pertolongan mendadak ataupun rujukan terencana dan sebagai alat pengingat bagi petugas Kesehatan.²⁶

2) Kelompok faktor risiko

Faktor risiko pada ibu hamil dikelompokkan dalam 3 kelompok, berdasarkan kapan ditemukannya, cara pengenalan dan sifat/tingkat risikonya. Kelompok faktor risiko dikelompokkan sebagai berikut:²⁶

a) Kelompok I

Ada Potensi Gawat Obstetrik (APOG), meliputi 10 faktor risiko: 7 Terlalu, 3 Pernah. Kelompok ini pada kehamilan yang mempunyai masalah yang perlu diwaspadai. Selama kehamilan, ibu hamil sehat tanpa ada keluhan yang membahayakan tetapi harus waspada karena ada kemungkinan dapat terjadi penyulit atau komplikasi dalam persalinan.

| No | Faktor Risiko (FR I) | Batasan Kondisi Ibu |
|----|----------------------|---------------------------------------|
| 1 | Primi Muda | Terlalu muda, hamil pertama ≤ 16 |

| | | |
|----|---------------------------|--|
| | | tahun |
| 2 | Primi Tua | a. Terlalu tua, hamil pertama umur ≥ 35 tahun b. Terlalu lambat hamil, setelah kawin ≥ 4 tahun |
| 3 | Primi Tua Sekunder | Terlalu lama punya anak lagi, terkecil ≥ 10 tahun |
| 4 | Anak Terkecil <2 tahun | Terlalu cepat punya anak lagi, terkecil ≥ 2 tahun |
| 5 | Grande Multi | Terlalu banyak punya anak, 4 atau lebih |
| 6 | Umur >35 tahun | Terlalu tua, hamil umur 35 tahun atau lebih |
| 7 | Tinggi Badan <145 cm | Terlalu pendek dengan ibu hamil pertama; hamil kedua atau lebih, tetapi belum pernah melahirkan normal/spontan dengan bayi cukup bulan dan hidup |
| 8 | Pernah gagal kehamilan | a. Hamil kedua, pertama gagal b. Hamil ketiga/lebih mengalami gagal (abortus, lahir mati) 2 kali |
| 9 | Pernah melahirkan dengan: | a. Pernah melahirkan dengan tarikan tang/vakum b. Pernah uri dikeluarkan oleh penolong dari dalam rahim c. Pernah diinfus/transfusi pada perdarahan pasca persalinan |
| 10 | Pernah Operasi Sesar | Pernah melahirkan bayi dengan operasi sesar sebelum kehamilan ini |

Sumber: Rochjati (2015)

b) Kelompok II

Ada Gawat Obstetrik/AGO, ada 8 faktor risiko yaitu tanda bahaya pada kehamilan, ada keluhan tetapi tidak darurat.

| No | Faktor Risiko (FR II) | Batasan Kondisi Ibu |
|----|-----------------------------------|--|
| 1 | Penyakit ibu hamil | |
| | Anemia | Pucat, lemas badan, lekas, berkunang-kunang, lelah, lesu, mata |
| | Malaria | Panas tinggi, mengigil keluar keringat, sakit kepala |
| | Tuberkulosa paru | Batuk lama tidak sembuh-sembuh, batuk darah, badan lemah, lesu dan kurus |
| | Payah jantung | Sesak nafas, jantung berdebar-debar, kaki bangkak |
| | Kencing manis | Diketahui diagnosa dokter dengan pemeriksaan laboratorium |
| | PMS, dll | Diketahui diagnosa dokter dengan pemeriksaan laboratorium |
| 2 | Preeklamsia ringan | Bengkak tungkai dan tekanan darah tinggi |
| 3 | Hamil kembar/gemeli | Perut ibu sangat besar, gerak anak terasa dibanyak tempat |
| 4 | Hamil kembar air/Hidramnion | Perut ibu sangat membesar, gerak anak kurang terasa karena air ketuban terlalu banyak, biasanya anak kecil |
| 5 | Hamil lebih bulan/hamil serotinus | Ibu hamil 9 bulan dan lebih 2 minggu belum melahirkan |
| 6 | Janin mati di dalam rahim | Ibu hamil tidak merasakan gerakan anak lagi, perut mengecil |
| 7 | Letak sungsang | Rasa berat menunjukkan letak dari kepala janin di atas perut; kepala bayi ada di atas dalam rahim |
| 8 | Latak lintang | Rasa berat menunjukkan letak kepala janin di samping perut; kepala bayi dalam rahim terletak di sebelah kanan atau kiri. |

Sumber: Rochjati (2015)

c) Kelompok III

Ada Gawat Darurat Obstetrik AGDO, ada 2 faktor risiko, ada ancaman nyawa ibu dan bayi.

| No | Faktor Risiko (FR II) | Batasan Kondisi Ibu |
|----|-------------------------------------|--|
| 1 | Perdarahan sebelum bayi lahir | Mengelurkan darah pada waktu hamil, sebelum melahirkan bayi |
| 2 | Pereklampsia berat Eklampsia | Pada hamil 6 bulan lebih; sakit kepala/pusing, bengkak tungkai/wajah, tekanan darah tinggi, pemeriksaan urine ada albumin Ditambah dengan terjadi kejang-kejang |

Sumber: Rochjati (2015)

g. Kebutuhan fisiologis dan psikologis ibu hamil

Kebutuhan fisiologis dan psikologis ibu hamil yang utama adalah support mental. Support mental adalah bantuan atau dukungan yang diberikan kepada pasien untuk menyelesaikan masalahnya yang berhubungan dengan batin atau pikirannya. Alasan diberikan support mental adalah karena setiap wanita hamil akan mengalami perasaan khawatir kalau-kalau akan terjadi masalah dalam kehamilannya, khawatir kehilangan kecantikan dan khawatir ada kemungkinan bayinya tidak normal. Peran support mental pada wanita hamil ternyata sangat besar, selain itu mempunyai peran dalam memberikan support mental kepada ibu hamil ketika ibu hamil memeriksakan kehamilannya.²⁵

h. Ketuban Pecah Dini (KPD)

1) Pengertian Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan dan setelah satu jam ditunggu belum ada tanda-tanda persalinan.²⁷

Ketuban Pecah Dini (KPD) atau premature rupture of membrane (PROM) adalah pecahnya selaput ketuban sebelum proses persalinan, yaitu bila pembukaan pada primipara kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm dan dalam 1 jam tidak diikuti tanda-tanda inpartu. Sedangkan Ketuban Pecah Dini Preterm atau Preterm Premature Rupture of the Membran (PPROM) adalah pecahnya ketuban sebelum usia kehamilan mencapai 37 minggu.²⁸

2) Klasifikasi Ketuban Pecah Dini

Klasifikasi ketuban pecah dini dibagi atas usia kehamilan yaitu:²⁹

- a. Ketuban pecah dini atau disebut juga Premature Rupture of Membrane atau Prelabour Rupture of Membrane (PROM), adalah pecahnya selaput ketuban pada saat usia kehamilan *aterm*.
- b. Ketuban pecah prematur yaitu pecahnya membran korioamniotik sebelum usia kehamilan yaitu kurang dari 37 minggu atau disebut juga Preterm Premature Rupture of Membrane atau Preterm Prelabour Rupture of Membrane (PPROM).

3) Etiologi Ketuban Pecah Dini

Faktor yang menyebabkan kejadian ketuban pecah dini antara lain:³⁰

- a. Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban yang bisa menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini.
- b. Servik yang inkompetensia, kanalis servikalis yang selalu terbuka karena kelainan pada servik uteri akibat persalinan atau *curetage*.
- c. Tekanan intra uterin yang meningkat secara berlebihan

Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini, misalnya:

- 1) Trauma: saat berhubungan badan, pemeriksaan yang dilakukan saat kehamilan untuk memeriksa sampel air ketuban untuk mengetahui ada atau tidaknya kelainan pada janin (amniosintesis), trauma saat berkendara.
- 2) Gemelli: Kehamilan kembar adalah suatu kehamilan dua janin atau lebih. Pada kehamilan Gemelli terjadinya distensi uterus yang berlebihan sehingga menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebihan, hal ini terjadi karena jumlahnya berlebih, isi rahim yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relatif kecil sedangkan dibagian bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah.

d. Kelainan letak

Hubungan kelainan letak dengan adalah lebih dominan pada kelainan letak sungsang karena pada letak sungsang posisi janin berbalik, kepala berada dalam ruangan yang besar yaitu di fundus uteri sedangkan bokong dengan kedua tungkai yang terlipat lebih besar di paksa untuk menepati ruang yang kecil yaitu disegmen bawah rahim, sehingga dapat membuat ketuban bagian terendah langsung menerima tekanan intrauteri dan ketegangan rahim meningkat, sedangkan letak lintang bagian terendah adalah bahu sehingga tidak dapat menutupi pintu atas panggul (PAP) yang dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah maupun pembukaan servik.³¹

e. Faktor golongan darah

Inkompatibilitas rhesus dapat terjadi jika ibu yang bergolongan darah rhesus negatif mengandung janin yang bergolongan darah rhesus positif, perbedaan golongan darah ini terjadi akibat ayah memiliki golongan darah rhesus positif. Inkompatibilitas rhesus jarang terjadi pada kehamilan pertama. Hal ini karena ibu hamil dengan rhesus negatif baru membentuk antibodi terhadap rhesus positif setelah kehamilan pertama. Oleh karena itu, anak pertama ibu dengan kondisi ini umumnya terlahir normal. Sedangkan pada kehamilan kedua dan seterusnya, antibodi yang sudah terbentuk dalam tubuh ibu akan menyerang darah bayi dengan golongan rhesus positif, hal ini menyebabkan sel-sel darah bayi hancur.³²

f. Infeksi lokal pada saluran kelamin: infeksi saluran kemih.³¹

g. Faktor sosial seperti: peminum minuman keras dan keadaan sosial ekonomi rendah.³¹

h. Terdapat sefalopelvik disproporsi yaitu, kepala janin belum masuk pintu atas panggul dan kelainan letak janin, sehingga ketuban bagian terendah langsung menerima tekanan intrauteri yang dominan.³¹

4) Faktor risiko terjadinya Ketuban Pecah Dini

Faktor risiko terjadinya ketuban pecah dini diantaranya:³³

a. Usia

Usia memiliki dampak signifikan pada gambaran histologi reproduksi manusia. Usia 20-35 tahun merupakan usia reproduksi normal ketika organ reproduksi sudah berfungsi secara optimal. Organ reproduksi wanita pada usia >35 tahun. Hal ini dapat menyebabkan ketuban lebih tipis dan mudah pecah sebelum waktunya.

b. Paritas

Paritas merupakan banyaknya kelahiran hidup seorang wanita. Primipara adalah wanita yang telah melahirkan satu kali dan mencapai batas visabilitas baik janinnya hidup maupun mati saat dilahirkan. Multipara adalah wanita yang telah mengalami dua atau lebih kehamilan dan telah mencapai batas visabilitas. Paritas tidak melihat apakah janin tersebut hidup atau mati ataupun janin tunggal atau kembar. Peningkatan paritas menyebabkan kerusakan pada serviks selama kelahiran bayi sebelumnya sehingga mengakibatkan kerusakan pada selaput ketuban.

c. Pendidikan

Pendidikan adalah proses belajar sehingga terjadi proses pertumbuhan, perkembangan atau perubahan kearah yang lebih baik, dewasa, dan matang pada individu, kelompok dan masyarakat. Pendidikan yang tinggi membuat seseorang cenderung dapat memahami informasi dengan baik. Ibu dengan pendidikan tinggi cenderung mencari informasi mengenai kehamilan. Informasi tersebut membuat ibu menjadi lebih waspada akan faktor yang dapat memengaruhi proses kehamilan maupun melahirkan. Selain itu, ibu dapat mencegah factor risiko yang dapat membahayakan kehamilannya termasuk ketuban pecah dini.

d. Koroamnionitis

Koroamnionitis adalah keadaan ketika korion, amnion, dan cairan ketuban terinfeksi bakteri. Infeksi klamidia genitourinaria pada usia gestasi 24 minggu berkaitan dengan kejadian ketuban pecah dini. Herpes simpleks dan infeksi saluran kemih merupakan infeksi yang sering terjadi pada ibu hamil. Riwayat infeksi saluran kemih merupakan predictor obstetric dan ginekologi dari ketuban pecah dini.

5) Tanda dan Gejala

Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina. Aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah. Cairan ini tidak berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran.³⁴

- a. Keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina
- b. Aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetes dengan ciri pucat dan bergaris, warna darah.
- c. Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran.
- d. Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat

6) Diagnosis

Menegakkan diagnosa KPD sangatlah penting untuk menghindari intervensi seperti melahirkan bayi terlalu awal atau melakukan sectio yang sebetulnya tidak ada indikasinya. Oleh karena itu dibutuhkan diagnosa yang cepat dan tepat.

Diagnose KPD ditegakkan dengan cara:

a. Anamnesa

Penderita merasa basah pada vagina atau mengeluarkan cairan yang banyak secara tiba-tiba dari jalan lahir. Cairan berbau khas, perlu juga diperhatikan warnanya. Pada saat cairan keluar, his belum teratur atau belum ada dan belum ada pengeluaran lendir dan darah.

b. Inspeksi

Pengamatan dengan mata biasa akan tampak keluarnya cairan dari vagina, bila ketuban baru pecah

dan jumlah air ketuban masih banyak, pemeriksaan akan lebih jelas.

c. Pemeriksaan dengan speculum

Pemeriksaan dengan speculum pada KPD akan tampak keluar cairan dari orifisium uteri eksternum (OUE), kalau belum juga tampak keluar, fundus uteri ditekan, penderita diminta batuk, mengejan atau mengadakan manuver Valsalva, atau bagian terendah digoyangkan, akan tampak keluar cairan dari ostium uteri dan terkumpul pada fornix anterior.

d. Pemeriksaan dalam

Pemeriksaan dalam didapat cairan didalam vagina dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi. Mengenai pemeriksaan dalam vagina dengan tocher perlu dipertimbangkan, pada kehamilan yang kurang bulan yang belum dalam persalinan tidak perlu diadakan pemeriksaan dalam. Karena pada waktu pemeriksaan dalam, jari pemeriksa akan mengakumulasi segmen bawah rahim dengan flora vagina yang normal. Mikroorganisme tersebut bisa dengan cepat menjadi patogen. Pemeriksaan dalam vagina hanya dilakukan kalau KPD yang sudah dalam persalinan atau yang dilakukan induksi persalinan dan dibatasi sedikit mungkin.

e. Pemeriksaan penunjang

(1) Pemeriksaan laboratorium

- (a) Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa : warna, konsentrasi, bau dan pH nya
- (b) Cairan yang keluar dari vagina ini ada kemungkinan air ketuban, urine atau secret vagina

- (c) Sekret vagina ibu hamil pH: 4-5, dengan kertas nitrazin tidak berubah warna, tetap kuning
- (d) Tes lakmus (tes nitrazin), jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban (alkalis): pH air ketuban 7-7,5 darah dan infeksi vagina dapat menghasilkan tes yang positif palsu
- (e) Mikroskopik (tes pakis), dengan meneteskan air ketuban pada gelas objek dan dibiarkan kering. Pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambaran daun pakis

(2) Pemeriksaan ultrasonografi

- (a) Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan ketuban dalam kavum uteri
- (b) Pada kasus KPD terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun sering terjadi kesalahan pada penderita oligohidramnion

7) Komplikasi Ketuban Pecah Dini

Komplikasi ketuban pecah dini terhadap ibu dan janin yaitu:³⁵

a) Prognosis Ibu

Komplikasi yang dapat disebabkan ketuban pecah dini pada ibu yaitu infeksi saat persalinan, infeksi masa nifas, cairan ketuban sedikit atau kering, persalinan lama, perdarahan post partum, meningkatnya tindakan operatif obstetrik (khususnya *sectio caesarea*), meningkatnya angka kematian pada ibu.

b) Prognosis Janin

Komplikasi yang dapat disebabkan ketuban pecah dini pada janin itu yaitu prematuritas (sindrom distes pernapasan, hipotermia, masalah pemberian makanan neonatal), retinopati prematur, perdarahan intraventrikular,

enterecolitis necrotizing, gangguan otak dan risiko *cerebral palsy*, *hiperbilirubinemia*, anemia, sepsis, *prolaps funiculli* atau penurunan tali pusat, hipoksia dan asfiksia sekunder pusat, prolaps uteri, persalinan lama, skor APGAR rendah, *ensefalopati*, perdarahan intrakranial, gagal ginjal, distres pernapasan, oligohidromnion (sindrom deformitas janin, hipoplasia paru, deformitas ekstremitas dan pertumbuhan janin terhambat), dan meningkatkan angka kematian janin.

8) Penatalaksanaan Medis Ketuban Pecah Dini

Penatalaksanaan medis ketuban pecah dini, yaitu:³⁶

- (a) Ketuban pecah dini pada kehamilan aterm atau preterm dengan atau tanpa komplikasi harus dirujuk ke rumah sakit.
- (b) Bila janin hidup dan terdapat prolaps di tali pusat, ibu dirujuk dengan posisi panggul lebih tinggi dari badannya, bila mungkin dengan posisi bersujud.
- (c) Jika perlu kepala janin didorong ke atas dengan dua jari agar tali pusat tidak tertekan kepala janin
- (d) Jika ada demam atau dikhawatirkan terjadi infeksi saat rujukan atau KPD lebih dari 6 jam, berikan antibiotik
- (e) Bila keluarga ibu menolak dirujuk, ibu diharuskan beristirahat dengan posisi berbaring miring, berikan antibiotik
- (f) Pada kehamilan kurang dari 32 minggu dilakukan tindakan konservatif, yaitu tirah baring dan berikan sedatif, antibiotik dan tokolisis
- (g) Pada kehamilan 33-35 minggu dilakukan terapi konservatif selama 24 jam lalu induksi persalinan
- (h) Pada kehamilan lebih 36 minggu, bila ada his, pimpin meneran dan akselerasi bila ada inersia uteri

- (i) Bila tidak ada his, lakukan tindakan induksi persalinan bila ketuban pecah kurang dari 6 jam dan skor pelvik kurang dari 5 atau ketuban pecah dini lebih dari 6 jam dan skor pelvik lebih dari 5
- (j) Bila terjadi infeksi, akhiri kehamilan. Mengakhiri kehamilan dapat dilakukan dengan 3 cara, yaitu:
 - (1) Induksi
Induksi adalah proses stimulasi untuk merangsang kontraksi rahim sebelum kontraksi alami terjadi, dengan tujuan untuk mempercepat proses persalinan
 - (2) Persalinan secara normal/pervaginam
Persalinan normal adalah proses persalinan melalui kejadian secara alami dengan adanya kontraksi rahim ibu dan dilalui dengan pembukaan untuk mengeluarkan bayi
 - (3) *Sectio caesarea*
Sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut untuk melahirkan janin dari dalam rahim

2. Persalinan

a. Pengertian

Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37- 42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam produk konsepsi dikeluarkan sebagai akibat kontraksi teratur, progresif, sering dan kuat yang nampaknya tidak saling berhubungan bekerja dalam keharmonisan untuk melahirkan bayi.³⁷

Persalinan adalah rangkaian peristiwa keluarnya bayi yang sudah cukup berada dalam rahim ibunya, dengan disusul oleh keluarnya plasenta dan selaput janin dan selaput janin dari tubuh

ibu.³⁸ Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.³⁹

b. Etiologi

Selama kehamilan, didalam tubuh perempuan terdapat dua hormon yang dominan yaitu esterogen dan progesteron. Hormon esterogen berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim serta memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan mekanis. Sedangkan, hormon progesteron berfungsi untuk menurunkan sensitivitas otot rahim, menghambat rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin dan mekanis serta menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi. Sampai saat ini hal yang menyebabkan mulainya proses persalinan belum diketahui sehingga hanya ada teori-teori antara lain disebabkan olehhormon, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh tekanan pada saraf, dan nutrisi. Dengan demikian dapat disebutkan beberapa teori yang dapat menyebabkan persalinan yaitu sebagai berikut:²¹Dengan demikian dapat disebutkan beberapa teori yang dapat menyebabkan persalinan yaitu sebagai berikut:⁴⁰

1) Teori Penurunan Progesteron

Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his. Proses penuaan plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot

rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

2) Teori Oksitosin

Menjelang persalinan, terjadi peningkatan reseptor oksitosin dalam otot rahim, sehingga mudah terangsang saat disuntikkan oksitosin dan menimbulkan kontraksi.

3) Teori Keregangan Otot Rahim

Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenta sehingga plasenta mengalami degenerasi. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang sampai batas tertentu. Apabila batas tersebut sudah terlewati, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

4) Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F₂ atau E₂ yang diberikan secara intravena, intra dan extra amnial menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap umur kehamilan. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat keluar. Prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. Hal ini juga didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun daerah perifer pada ibu hamil, sebelum melahirkan atau selama persalinan.

5) Teori Janin

Terdapat hubungan hipofisis dan kelenjar suprarenal yang menghasilkan sinyal kemudian diarahkan kepada maternal

sebagai tanda bahwa janin telah siap lahir. Namun mekanisme ini belum diketahui secara pasti

6) Teori Plasenta Menjadi Tua

Plasenta yang semakin tua seiring dengan bertambahnya usia kehamilan akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron sehingga timbul kontraksi rahim

c. Faktor yang mempengaruhi persalinan

1) Jalan Lahir (*Passage*)

Passage adalah faktor jalan lahir atau bisa disebut punggung ibu. *Passage* memiliki 2 bagian, yaitu bagian keras dan bagian lunak.

a) Bagian Keras

(1) Tulang panggul

(a) *Os coxae* : *os ilium, os ischium, os pubis*

(b) *Os sacrum* : *promontorium*

(c) *Os coccyangis*

(2) Bidang Hodge

Bidang yang dipakai untuk mengetahui seberapa jauh turunnya bagian bawah anak kedalam panggul.

(a) Hodge I : sama dengan PAP

(b) Hodge II : sejajar dengan PAP, melewati bawah simfisis

(c) Hodge III : sejajar dengan PAP, melewati *spina isciadika*

(d) Hodge IV : sejajar dengan PAP, melewati *os coccyges*

(3) Ukurang-ukuran panggul

(a) *Distansia spinarum* (DS), yaitu jarak antara kedua *spina iliaka anterior superior* (23-26 cm).

(b) *Distansia cristarum* (DC), yaitu jarak antara kedua *crista iliaka* kanan dan kiri (26-29 cm).

(c) *Conjugata eksterna* (CE), yaitu jarak dari tepi atas simfisis dan ujung *processus spinosus* tulang lumbal V (18-20 cm).

(d) Lingkar panggul (LP), yaitu jarak dari tepi atas simfisis ke pertengahan antara spina iliaka *anterior superior* dengan *trochantor mayor* sebelah kanan, ke pertengahan antara *spina iliaka anterior superior* dan *trochantor mayor* sebelah kiri kembali ke tepi atas simfisis (80-90 cm).

b) Bagian Lunak

Bagian lunak terdiri atas otot, jaringan dan *ligament*.

Jalan lahir lunak yang berperan dalam persalinan adalah SBR, serviks uteri dan vagina.

2) Janin dan Plasenta (*Passanger*)

a) Janin

(1) Presentasi janin

(2) Letak janin

(3) Sikap janin

(4) Posisi janin

b) Plasenta

Plasenta adalah produk kehamilan yang akan lahir mengiringi kelahiran janin, yang berbentuk bundar atau oval, ukuran diameter 15-20 cm, tebal 2-3 cm, berat plasenta 500 - 600 gram.

c) Air ketuban

Volume air ketuban pada kehamilan cukup bulan kira-kira 1000-1500 cc. Ciri-ciri air ketuban: berwarna putih keruh, berbau amis dan berasa manis, reaksinya agak alkalis dan netral. Fungsi air ketuban Pada persalinan: selama selaput ketuban tetap utuh, cairan amnion/air ketuban melindungi plasenta dan tali pusat dari tekanan kontraksi

uterus. Cairan ketuban juga membantu penipisan dan dilatasi serviks.

3) Tenaga atau Kekuatan (*Power*)

a) His (kontraksi uterus)

His adalah kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Hal-hal yang perlu diperhatikan dari his:

- (1) Frekuensi his adalah jumlah his dalam waktu tertentu biasanya permenit atau per 10 menit.
- (2) Intensitas his adalah kekuatan his (adekuat atau lemah)
- (3) Durasi (lama his) adalah lamanya setiap his berlangsung dan ditentukan dengan detik, misalnya 50 detik.
- (4) Interval his adalah jarak antara his satu dengan his berikutnya. Misalnya his datang setiap 2-3 menit.
- (5) Datangnya his, apakah sering, teratur atau tidak.

Pembagian dan sifat his:

- (1) His pendahuluan: his tidak kuat dan tidak teratur namun menyebabkan keluarnya *bloody show*.
- (2) His pembukaan (kala I): menyebabkan pembukaan serviks, semakin kuat, teratur, dan sakit.
- (3) His pengeluaran (kala II): untuk mengeluarkan janin; sangat kuat, tertur, simetris, terkoordinasi dan lama. Berkoordinasi bersama antara kontraksi otot perut, diafragma dan *ligament*.³⁸

b) Tenaga mengejan

Tenaga ini serupa dengan tenaga mengejan waktu kitab uang air besar tapi jauh lebih kuat lagi. Tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil, bila pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu ada his.³⁸

4) Psikis Ibu

Menurut Sari dan Rimandini (2014), psikis ibu bersalin sangat berpengaruh dari dukungan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama bersalin dan kelahiran. Anjurkan mereka berperan aktif dalam mendukung dan mendampingi langkahlangkah yang mungkin akan sangat membatu kenyamanan ibu, hargai keinginan ibu untuk didampingi.

5) Penolong

Menurut Sari dan Rimandini (2014), Penolong persalinan adalah petugas yang mempunyai legalitas dalam menolong persalinan antara lain dokter, bidan serta mempunyai kompetensi dalam menolong persalinan, menangani kegawatdaruratan serta melakukan rujukan jika diperlukan.

d. Tanda persalinan

Tanda-tanda persalinan diantaranya adalah:⁴⁰

1) Tanda-tanda Persalinan Sudah Dekat

a) *Lightening*

Pada minggu ke-36 pada primigravida terjadi penurunan fundus karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh:

- (1) Kontraksi *Braxton Hicks*
- (2) Ketegangan otot perut
- (3) Ketegangan ligamentum rotundum
- (4) Gaya berat janin kepala ke arah bawah

b) Terjadinya His Permulaan

Makin tua usia kehamilan, pengeluaran progesteron dan estrogen semakin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi, yang lebih sering disebut his palsu. Sifat his palsu:

- (1) Rasa nyeri ringan dibagian bawah

- (2) Datangnya tidak teratur
- (3) Tidak ada perubahan serviks
- (4) Durasinya pendek
- (5) Tidak bertambah jika beraktivitas

2) Tanda Masuk dalam Persalinan

a) Terjadinya His Persalinan

- (1) Pinggang terasa sakit, yang menjalar ke depan
- (2) Sifatnya teratur, intervalnya makin pendek dan kekuatannya makin besar
- (3) Terjadi perubahan pada serviks

b) *Bloody Show*

Pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina. Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lendir yang terdapat di kanalis servikalis lepas, kapiler pembuluh darah pecah yang menjadikan perdarahan sedikit.

c) Pengeluaran Cairan

Terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tetapi kadang pecah pada pembukaan kecil.

e. Tahapan persalinan

Tahapan persalinan dibagi menjadi 4 kala yaitu:³⁸

1) Kala I atau kala pembukaan

Tahap ini dimulai dari his persalinan yang pertama sampai pembukaan serviks menjadi lengkap. Berdasarkan pembukaan maka kala I dibagi menjadi sebagai berikut:

a) Fase Laten

Fase laten adalah fase pembukaan yang sangat lambat yaitu dari pembukaan 0-3 cm yang membutuhkan waktu 8 jam.

b) Fase Aktif

Fase aktif adalah fase pembukaan yang lebih cepat terbagi lagi menjadi 3 fase, yaitu:

- (1) Fase akselerasi (fase percepatan), yaitu fase pembukaan dari pembukaan 3 cm sampai 4 cm yang dicapai dalam 2 jam.
- (2) Fase dilatasi maksimal, yaitu fase pembukaan dari pembukaan 4 cm sampai 9 cm yang dicapai dalam 2 jam.
- (3) Fase deselerasi (kurangnya kecepatan), yaitu fase pembukaan dari pembukaan dari pembukaan 9 cm sampai 10 cm selama 2 jam.

Namun lamanya Kala I pada Primigravida dan multigravida berbeda. Untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida berlangsung 8 jam. Berdasarkan hitungan fiedman, pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam.

Perubahan Fisiologis Kala I, yakni:

a) Perubahan serviks

- (1) Pendataran serviks atau penippisan serviks adalah pemendekan saluran serviks dari 2 cm menjadi hanya berupa muara melingkar dengan tepi hampir setipis kertas(Jannah, 2015).
- (2) Pembukaan serviks pada primigravisa didahului oleh pendataran serviks, sedangkan pada multigravida pembukaan serviks dapat terjadi bersamaan dengan pendataran (Jannah, 2015).

b) Kardiovaskular

Pada setiap kontraksi, 400 ml darah dikeluarkan dari uterus dan masuk ke dalam sistem vaskular ibu. Hal itu dapat meningkatkan curah jantung 10-15% (Jannah, 2015).

c) Perubahan Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi (kenaikan sistolik rata-rata 15 mmHg dan diastolic 5-10 mmHg). Tekanan darah diantara kontraksi kembali normal seperti sebelum persalinan. Rasa sakit, takut dan cemas dapat juga meningkatkan tekanan darah (Jannah, 2015).

d) Perubahasn Suhu

Suhu tubuh dapat sedikit naik (0,5-1 0C) selama persalinan dan segera turun setelah persalinan. Hal ini menunjukkan adanya peningkatan metabolisme dalam tubuh (Jannah, 2015).

e) Perubahan Nadi

Frekuensi nadi di antara dua kontraksi lebih meningkat dibandingkan sesaat sebelum persalinan. Perubahan tersebut disebabkan oleh metabolisme yang meningkat (Jannah, 2015).

f) Perubahan Pernapasan

Hiperventilasi dapat menyebabkan hipoksia dan hipokapnea (CO₂ menurun (Jannah, 2015).

g) Perubahan Ginjal

Poliuria dapat terjadi selama persalinan, hal ini dapat disebabkan oleh peningkatan curah jantung selama persalinan dan filtrasi glomerulus serta aliran plasma ginjal (Jannah, 2015).

h) Perubahan Gastrointestinal

Pergerakan lambung dan absorpsi pada makanan padat sangat berkurang selama persalinan. Hal ini diperberat dengan penurunan produksi asam lambung yang menyebabkan aktivitas pencernaan hampir berhenti, dan pengosongan lambung menjadi sangat lamban. Mual dan muntah bisaa terjadi sampai akhir kala I (Jannah, 2015).

i) Perubahan Hematologi

Hemoglobin meningkat sampai 1,2 mg/100 ml selama persalinan dan kembali pada tingkat sebelum persalinan sehari setelah pascapersalinan, kecuali ada perdarahan pascapartum (Jannah, 2015).

2) Kala II atau Pengeluaran

Tahap persalinan kala II dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi. Fisiologi yang terjadi dikala II:

- a) His menjadi lebih kuat, kontraksinya selama 50-100 detik, datangnya tiap 2-3 menit.
 - b) Ketuban biasanya pecah pada kala ini ditandai dengan keluarnya cairan kekuning-kuningan sekonyong-konyong dan banyak.
 - c) Pasien mulai mengejan.
 - d) Pada kala II sebagai tanda bahwa kepala sudah sampai di dasar panggul, adanya tekanan pada anus, vulva membuka, dan perineum menonjol.
 - e) Lama kala II pada primi berlangsung 2 jam pada multi 1 jam.
- Perubahan Fisiologis Kala II, yakni:

a) Kontraksi Uterus

Adapun kontraksi yang bersifat berkala dan yang harus di perhatikan adalah lamanya kontraksi berlangsung 60-90 detik, kekuatan kontraksi, kekuatan kontraksi secara klinis ditentukan dengan mencoba apakah jari kita dapat menekan dinding rahim ke dalam, interval antara kedua kontraksi pada kala pengeluaran sekali dalam 2 menit.⁴¹

b) Perubahan Uterus

Dalam persalinan perbedaan SAR dan SBR akan tampak lebih jelas, dimana SAR dibentuk oleh korpus uteri dan bersifat memegang peranan aktif (berkontraksi) dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan,

dengan kata lain SAR mengadakan suatu kontraksi menjadi tebal dan mendorong anak keluar. Sedangkan SBR dibentuk oleh isthimus uteri yang sifatnya memegang peranan pasif dan makin tipis dengan majunya persalinan (disebabkan karena regangan), dengan kata lain SBR dan serviks mengadakan relaksasi dan dilatasi.⁴¹

c) Perubahan Serviks

Perubahan pada serviks pada kala II ditandai dengan pembukaan lengkap, pada pemeriksaan dalam tidak teraba lagi bibir portio, Segmen Bawah Rahim (SBR), dan serviks.⁴¹

d) Perubahan Vagina dan Dasar Panggul

Setelah pembukaan lengkap dan ketuban telah pecah terjadi perubahan, terutama pada dasar panggul yang diregangkan oleh bagian depan janin sehingga menjadi saluran yang dindingdindingnya tipis karena suatu regangan dan kepala sampai di vulva, lubang vulva menghadap ke depan atas dan anus, menjadi terbuka, perineum menonjol dan tidak lama kemudian kepala janin tampak pada vulva.⁴¹

3) Kala III

Tahap persalinan kala III dimulai dari lahirnya bayi sampai dengan lahirnya plasenta. Plasenta bisaanya lepas dalam 6 menit - 15 menit setelah bayi lahir. Tanda-tanda pelepasan plasenta :

- a) Perubahan ukuran dan bentuk uterus
- b) Uterus menjadi bundar dan uterus terdorong ke atas
- c) Tali pusat memanjang.
- d) Semburan darah tiba tiba.

Metode pelepasan plasenta:

- a) Metode Ekspulsi *Schultze*

Pelepasan ini dapat di mulai dari tengah atau dari pinggir plasenta, ditandai oleh makin panjang keluarnya tali pusat dari vagina tanpa adanya perdarahan per vaginam.⁴¹

b) Metode Ekspulsi *Matthew-Duncan*

Ditandai oleh adanya perdarahan dari vagina apabila plasenta mulai terlepas, umumnya perdarahan tidak melebihi 400 ml lebih besar kemungkinan pada implantasi lateral.⁴¹

Cara pengecekan plasenta :

i. Perasat *Kustner*

Tali pusat diregangkan atau ditarik sedikit, tangan ditekankan diatas simfisis. Bila tali pusat masuk kembali, berarti plasenta belum lepas.⁴²

ii. Perasat *Strassman*

Tali pusat diregangkan, ditarik sedikit sambil tangan mengetok-ngetok fundus uteri. Bila terasa getaran pada tali pusat yang diregangkan, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus.⁴²

iii. Perasat *Klein*

Wanita diminta mengedan, sehingga tali pusat ikut turun atau memanjang. Bila pengedanan dihentikan dan tali pusat masuk kembali ke dalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus.⁴²

Manajemen Aktif Kala III:

- (1) Pemberian suntikan oksitosin.
- (2) Melakukan peregangan tali pusat terkendali.
- (3) Pemijatan atau masase fundus uteri (Lailiyana et al., 2012).

4) Kala IV

Masa 1-2 jam setelah plasenta lahir. Observasi yang dilakukan:

- a) Tingkat kesadaran penderita.
- b) Pemeriksaan tanda vital
- c) Kontraksi uterus

- d) Perdarahan, dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400- 500cc.
 - f. Kebutuhan dasar selama persalinan
- Kebutuhan dasar selama persalinan yaitu :³⁸

1) Kebutuhan fisiologis ibu bersalin

a) Kebutuhan oksigen

Suplai oksigen yang tidak adekuat, dapat menghambat kemajuan persalinan dan dapat mengganggu kesejahteraan janin. Hindari menggunakan pakaian yang ketat, sebaiknya penopang payudara/BH dapat dilepas/dikurangi kekencangannya. Indikasi pemenuhan kebutuhan oksigen adekuat adalah Denyut Jantung Janin (DJJ) baik dan stabil.

b) Kebutuhan cairan dan nutrisi

Selama kala I, anjurkan ibu untuk cukup makan dan minum, untuk mendukung kemajuan persalinan. Pada kala II, ibu bersalin mudah sekali mengalami dehidrasi, karena terjadi peningkatan suhu tubuh dan terjadinya kelelahan karena proses mengejan. Untuk itu disela-sela kontraksi, pastikan ibu mencukupi kebutuhan cairannya (minum).

Pada kala III dan IV, setelah ibu berjuang melahirkan bayi, maka bidan juga harus memastikan bahwa ibu mencukupi kebutuhan nutrisi dan cairannya, untuk mencegah hilangnya energi setelah mengeluarkan banyak tenaga selama kelahiran bayi (pada kala II).

c) Kebutuhan eliminasi

Anjurkan ibu untuk berkemih secara spontan sesering mungkin atau minimal setiap 2 jam sekali selama persalinan. Kandung kemih yang penuh, dapat mengakibatkan:

- (1) Menurunkan efisiensi kontraksi uterus/his

(2) Memperlambat kelahiran plasenta

(3) Mencetuskan perdarahan pasca persalinan, karena kandung kemih yang penuh menghambat kontraksi uterus.

Sebelum memasuki proses persalinan, sebaiknya pastikan bahwa ibu sudah BAB. Rektum yang penuh dapat mengganggu dalam proses kelahiran janin.

d) Kebutuhan hygiene (kebersihan diri)

Tindakan personal hygiene pada ibu bersalin yang dapat dilakukan bidan diantaranya: memberisihkan daerah genitalia (vulva-vagina, anus), dan memfasilitasi ibu untuk menjaga kebersihan badan dengan mandi. Pada kala II dan kala III, ibu dapat diberikan alas bersalin (under pad) yang dapat menyerap cairan tubuh (lendir darah, darah, air ketuban) dengan baik.

e) Kebutuhan istirahat

Ibu bisa berhenti sejenak untuk melepas rasa sakit akibat his, makan atau minum, atau melakukan hal menyenangkan yang lain untuk melepas lelah, atau apabila memungkinkan ibu dapat tidur. Namun pada kala II, sebaiknya ibu diusahakan untuk tidak mengantuk. Setelah proses persalinan selesai (pada kala IV), sambil melakukan observasi, bidan dapat mengizinkan ibu untuk tidur apabila sangat kelelahan.

f) Posisi dan ambulasi

Bidan harus memfasilitasi ibu dalam memilih sendiri posisi persalinan dan posisi meneran, serta menjelaskan alternatif alternatif posisi persalinan dan posisi meneran bila posisi yang dipilih ibu tidak efektif. Ibu dapat mencoba berbagai posisi yang nyaman dan aman. Pada kala I ini, ibu diperbolehkan untuk berjalan, berdiri, posisi berdansa,

duduk, berbaring miring ataupun merangkak. Hindari posisi jongkok, ataupun dorsal recumbent maupun lithotomi, hal ini akan merangsang kekuatan meneran. Posisi terlentang selama persalinan (kala I dan II) juga sebaiknya dihindari, sebab saat ibu berbaring telentang maka berat uterus, janin, cairan ketuban, dan placenta akan menekan vena cava inferior.

g) Pengurangan rasa nyeri

Adapun pendekatan-pendekatan yang dilakukan bidan untuk mengurangi rasa sakit pada persalinan menurut Hellen Varney adalah: pendamping persalinan, pengaturan posisi, relaksasi dan latihan pernafasan, istirahat dan privasi, penjelasan tentang kemajuan persalinan, asuhan diri, dan sentuhan.

h) Penjahitan perineum (jika diperlukan)

Proses kelahiran bayi dan placenta dapat menyebabkan berubahnya bentuk jalan lahir, terutama adalah perineum. Pada ibu yang memiliki perineum yang tidak elastis, maka robekan perineum seringkali terjadi. Oleh karena itu, penjahitan perineum merupakan salah satu kebutuhan fisiologis ibu bersalin.

i) Kebutuhan akan proses persalinan yang terstandar

Mendapatkan pelayanan asuhan kebidanan persalinan yang terstandar merupakan hak setiap ibu. Hal ini merupakan salah satu kebutuhan fisiologis ibu bersalin, karena dengan pertolongan persalinan yang terstandar dapat meningkatkan proses persalinan yang alami/normal.

2) Kebutuhan Psikologis

a) Pemberian sugesti

Pemberian sugesti bertujuan untuk memberikan pengaruh pada ibu dengan pemikiran yang dapat diterima

secara logis. Sugesti positif yang dapat diberikan bidan pada ibu bersalin diantaranya adalah dengan mengatakan pada ibu bahwa proses persalinan yang ibu hadapi akan berjalan lancar dan normal.

- b) Mengalihkan perhatian Upaya yang dapat dilakukan bidan dan pendamping persalinan untuk mengalihkan perhatian ibu dari rasa sakit selama persalinan misalnya adalah dengan mengajaknya berbicara, sedikit bersenda gurau, mendengarkan musik kesukaannya atau menonton televisi/film.
- c) Membangun kepercayaan Ibu harus mempunyai kepercayaan pada bidan sebagai penolongnya, bahwa bidan mampu melakukan pertolongan persalinan dengan baik sesuai standar, didasari pengetahuan dasar dan keterampilan yang baik serta mempunyai pengalaman yang cukup. Dengan kepercayaan tersebut, maka dengan sendirinya ibu bersalin akan merasa aman dan nyaman selama proses persalinan berlangsung.

3. Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Bayi baru lahir normal (neonatal) adalah bayi yang baru lahir pada usia kehamilan 37- 42 minggu, dengan persentasi belakang kepala atau letak sungsang yang melewati vagina tanpa menggunakan alat, dan berat badan lahir 2.500gram sampai dengan 4.000 gram sampai dengan umur bayi 4 minggu (28 hari) sesudah kelahiran. Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir. Neonatus dini adalah bayi 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 7-28 hari.⁴³

- b. Klasifikasi Neonatus⁴⁴
- 1) Neonatur menurut masa gestasinya
 - a) Kurang bulan (*preterm infant*): < 259 hari (37 minggu)
 - b) Cukup bulan (*term infant*): 259-294 hari (37-42 minggu)
 - c) Lebih bulan (*postterm infant*): > 294 hari (42 minggu atau lebih)
 - 2) Neonatus menurut berat badan lahir
 - a) Berat lahir rendah: < 2500 gram
 - b) Berat lahir cukup: 2500-4000 gram
 - c) Berat lahir lebih: > 4000 gram
 - 3) Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan)
 - a) Neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
 - b) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)
- c. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal
- 1) Berat badan 2.500-4.000 gram
 - 2) Panjang badan 48-52cm
 - 3) Lingkar dada 30-35cm
 - 4) Lingkar kepala 33-35cm
 - 5) Frekuensi jantung 120-160x/menit
 - 6) Pernapasan ±40-60x/menit
 - 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup.
 - 8) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
 - 9) Kuku agak panjang dan lemas
 - 10) Genetalia : pada perempuan, labia mayora sudah menutupi labia minora , pada laki-laki: testis sudah turun, skrotum sudah ada.
 - 11) Reflek isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik

- 12) Reflek moro atau gerak memeluk jika di kagetkan sudah baik.
- 13) Reflek gresp atau menggenggam sudah baik
- 14) Eliminasi baik, mekonium keluar dalam 24jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.⁴³

d. Penanganan Bayi Baru Lahir

1) Pematangan Dan Pengikatan Tali Pusat

Setelah penilaian sepiantas dan tidak ada tanda asfiksia pada bayi, dilakukan manajemen bayi baru lahir normal dengan mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, kemudian bayi diletakkan di atas dada atau perut ibu. Setelah pemberian oksitosin pada ibu, lakukan pemotongan tali pusat dengan satu tangan melindungi perut bayi. Perawatan tali pusat adalah dengan tidak membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apa pun pada tali pusat. Perawatan rutin untuk tali pusat adalah selalu cuci tangan sebelum memegangnya, menjaga tali pusat tetap kering dan terpapar udara, membersihkan dengan air, menghindari dengan alkohol karena menghambat pelepasan tali pusat, dan melipat popok di bawah umbilicus.⁴⁵

2) Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu 10 untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusui. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusui pertama biasanya berlangsung pada menit ke- 45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusui dari satu payudara.²⁴ Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu 10 untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusui.

Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusui pertama biasanya berlangsung pada menit ke- 45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusui dari satu payudara.⁴⁶

3) Mempertahankan suhu tubuh bayi

Mekanisme pengaturan temperatur bayi belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak dilakukan pencegahan kehilangan panas maka bayi akan mengalami hipotermia. Hipotermia dapat terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada dalam ruangan yang hangat. Pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi.

4) Pemberian Salep Mata

Pemberian salep atau tetes mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis (tetrasiklin 1%, oxytetrasiklin 1% atau 11 antibiotika lain). Pemberian salep atau tetes mata harus tepat 1 jam setelah kelahiran. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari 1 jam setelah kelahiran.

5) Penyuntikan Vitamin K1

Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (*Phytomenadione*) 1 mg intramuskuler di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir.

6) Pemberian imunisasi Hepatitis B

Pemberian imunisasi Hepatitis B (HB0) dosis tunggal di paha kanan Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam di paha kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk

mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati.

7) Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (BBL)

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi. Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan dianjurkan tetap berada di fasilitas tersebut selama 24 jam karena risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan. Serta dilanjutkan saat kunjungan tindak lanjut (KN) yaitu 1 kali pada umur 1-3 hari, 1 kali pada umur 4-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari.

8) Pemberian ASI Eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berusia 0-6 bulan dan jika memungkinkan dilanjutkan dengan pemberian ASI dan makanan pendamping sampai usia 2 tahun. Pemberian ASI eksklusif mempunyai dasar hukum yang diatur dalam SK Menkes Nomor 450/Menkes/SK/IV/2004 tentang pemberian ASI Eksklusif pada bayi 0-6 bulan. Setiap bayi mempunyai hak untuk dipenuhi kebutuhan dasarnya seperti Inisiasi Menyusu Dini (IMD), ASI Eksklusif, dan imunisasi serta pengamanan dan perlindungan bayi baru lahir dari upaya penculikan dan perdagangan bayi.

e. Keadaan Bayi Baru Lahir Normal

Bayi baru lahir dikatakan normal apabila;

- 1) Frekuensi napas 40-60 kali per menit
- 2) Frekuensi denyut jantung 120-160 kali per menit
- 3) Suhu badan bayi 36,5-37,5°C
- 4) Berat badan bayi 2500-4000 gram
- 5) Umur kehamilan 37-40 minggu
- 6) Gerakan aktif dan warna kulit kemerahan
- 7) Panjang lahir 48-52 cm

8) Kepala normal 33-37 cm

f. Skrining Penyakit Jantung Bawaan (PJB) pada Bayi Baru Lahir

Penyakit Jantung Bawaan (PJB) adalah kelainan struktur atau fungsi jantung yang terjadi sejak bayi dalam kandungan, akibat gangguan perkembangan jantung selama masa embrio. PJB merupakan salah satu penyebab utama kematian bayi, khususnya jika tidak terdiagnosis dan tertangani sejak dini. Tujuan skrining dini ini untuk:

- 1) Mendeteksi PJB yang kritis sebelum bayi menunjukkan gejala berat.
- 2) Menurunkan angka kematian dan komplikasi akibat PJB.
- 3) Memungkinkan penatalaksanaan atau intervensi segera, seperti bedah jantung atau pengobatan khusus.

Metode Skrining PJB pada Bayi Baru Lahir

1) *Pulse Oximetry Screening* (POS)

- a) Dilakukan pada 24-48 jam setelah lahir.
- b) Mengukur saturasi oksigen *pre-ductal* (tangan kanan) dan *post-ductal* (kaki). Kriteria skrining positif: Saturasi < 90% di salah satu ekstremitas. Saturasi 90–94% pada kedua ekstremitas secara berulang. Perbedaan saturasi $\geq 3\%$ antara tangan dan kaki.

2) Pemeriksaan Fisik Neonatal

Dilakukan oleh tenaga medis dengan mendeteksi tanda-tanda seperti:

- a) Murmur jantung
- b) Sianosis (kebiruan pada kulit dan bibir)
- c) Napas cepat atau kesulitan bernapas
- d) Kurang sensitif karena beberapa PJB tidak menunjukkan gejala awal

3) Ekokardiodiografi (ECHO)

- a) Pemeriksaan konfirmasi (bukan skrining massal)

- b) Digunakan jika skrining POS positif
 - c) Memvisualisasikan struktur dan aliran darah jantung
- 4) Jenis PJB Kritis yang dapat terdeteksi melalui skrining

PJB yang mengancam nyawa dan memerlukan tindakan dalam minggu pertama kehidupan, misalnya:

- a) Transposisi Arteri Besar (TGA)
 - b) Hipoplasia Jantung Kiri (HLHS)
 - c) Atresia Trikuspid
 - d) Atresia Pulmonal
 - e) Truncus Arteriosus
 - f) Koarktasio Aorta berat
 - g) TAPVR (*Total Anomalous Pulmonary Venous Return*).⁴⁷
- g. Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) pada Bayi Baru Lahir

Hipotiroid Kongenital (HK) adalah kondisi gangguan fungsi tiroid yang sudah ada sejak lahir, ditandai dengan defisiensi hormon tiroid. Hormon tiroid sangat penting untuk perkembangan otak dan pertumbuhan fisik bayi. Hipotiroid kongenital sering tidak menunjukkan gejala saat lahir. Ideal dilakukan pada usia 48–72 jam setelah lahir. Jika bayi lahir prematur, sakit berat, atau transfusi darah, skrining diulang setelah 2 minggu. Metode pengambilan darah dari tumit bayi (*heel prick*) dan sampel dikeringkan di kertas saring (*filter paper*). Jika tidak terdeteksi dini, dapat menyebabkan:

- (1) Menemukan kasus hipotiroid kongenital sebelum muncul gejala klinis
 - (2) Memberikan terapi hormon tiroid (*levothyroxine*) sedini mungkin (<14 hari usia bayi)
 - (3) Mencegah kerusakan neurologis permanen.⁴⁸
- h. Cek Kesehatan Gratis pada Bayi Baru Lahir di Fasilitas Kesehatan

Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan (Kemenkes) menjalankan berbagai program pelayanan kesehatan esensial dan gratis bagi bayi baru lahir sebagai bagian dari upaya

menurunkan angka kematian neonatal dan meningkatkan kualitas tumbuh kembang anak. Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan baik Puskesmas, rumah sakit, maupun klinik, berhak mendapatkan pemeriksaan kesehatan dasar secara gratis yang meliputi deteksi dini gangguan kesehatan dan perkembangan. Tujuan pemeriksaan kesehatan bayi baru lahir dan neonatus:

- (1) Mendeteksi kelainan kongenital (bawaan)
- (2) Menilai adaptasi bayi terhadap lingkungan luar kandungan
- (3) Menemukan dini penyakit yang tidak tampak secara fisik (seperti gangguan tiroid, metabolik, pendengaran)
- (4) Memberikan edukasi kepada orang tua tentang perawatan bayi dan tanda bahaya

Jenis pemeriksaan gratis pada bayi baru lahir

- (1) Pemeriksaan fisik lengkap, yaitu pemeriksaan kulit, kepala, mata, mulut, dada, jantung, perut, alat kelamin, tulang belakang, dan ekstremitas
- (2) Pemeriksaan refleks bayi (moro, rooting, sucking, grasping)
- (3) Penilaian tanda vital : Suhu tubuh, frekuensi napas dan denyut jantung
- (4) Pengukuran antropometri : berat badan, panjang badan dan lingkar kepala
- (5) Imunisasi : HB-0 (Hepatitis B dosis pertama), BCG, Polio 1, dan imunisasi lain diberikan sesuai usia dan jadwal imunisasi nasional
- (6) Pemberian Vitamin K1, untuk mencegah perdarahan akibat defisiensi vitamin K
- (7) Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan Edukasi ASI Eksklusif
- (8) Skrining Bayi Baru Lahir (jika tersedia) : Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK), Skrining pendengaran, Skrining kelainan metabolik.⁴⁹

i. Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya tiga kali yaitu:⁵⁰

- 1) Kunjungan neonatal I (KN 1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir:
 - a) Mempertahankan suhu tubuh bayi
 - b) Pemeriksaan fisik bayi
 - c) Dilakukan pemeriksaan fisik: telinga, mata, hidung, leher, dada.
 - d) Konseling: jaga kehangatan, pemberian Asi sulit, kesulitan bernafas, warna kulit abnormal.
- 2) Kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari
 - a) Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering
 - b) Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, dan diare
 - c) Memberikan Asi bayi disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam.
 - d) Menjaga suhu tubuh bayi
 - e) Menjaga kehangatan bayi
 - f) Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan Asi eksklusif, pencegahan hipotermi, dan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan buku KIA.
 - g) Diberitahukan teknik menyusui yang benar
- 3) Kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8-28 hari
Pelayanan kesehatan diberikan oleh dokter/bidan/perawat, dapat dilaksanakan di Puskesmas atau melalui kunjungan rumah:
 - a) Pemeriksaan fisik
 - b) Menjaga kebersihan bayi

- c) Memberitahukan ibu tentang tanda-tanda bahaya bayi baru lahir
- d) Memberikan Asi minimal 10-15 kali dalam 24 jam
- e) Menjaga kehangatan bayi
- f) Menjaga suhu tubuh bayi
- g) Memberitahu ibu tentang imunisasi BCG.

4. Nifas dan Menyusui

a. Definisi

Masa Nifas berasal dari bahasa latin yaitu *Puer* yang artinya bayi dan *Parous* melahirkan atau masa sesudah melahirkan. Asuhan kebidanan masa nifas adalah penatalaksanaan asuhan yang diberikan pada pasien mulai dari saat setelah lahirnya bayi sampai dengan kembalinya tubuh dalam keadaan seperti sebelum hamil atau mendekati keadaan sebelum hamil. Masa Nifas dimulai setelah 2 jam *postpartum* dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, biasanya berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan baik secara fisiologi maupun psikologis akan pulih dalam waktu 3 bulan.⁵¹ Masa Nifas dibagi dalam 3 tahap, yaitu:

1) Periode *immediate postpartum*

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini merupakan fase kritis, sering terjadi insiden perdarahan *postpartum* karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan perlu melakukan pemantauan secara kontinu, yang meliputi; kontraksi uterus, pengeluaran lokia, kandung kemih, tekanan darah dan suhu.

2) Periode *early postpartum* (>24 jam-1 minggu)

Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lokia tidak berbau busuk,

tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3) Periode *late postpartum* (>1 minggu-6 minggu)

Pada periode ini bidan tetap melakukan asuhan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling perencanaan KB.

b. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1) Perubahan Pada Sistem Reproduksi

a) Involusi

Involusi adalah kembalinya uterus pada ukuran, tonus dan posisi sebelum hamil. Mekanisme involusi uterus:

- (1) Iskemia miometrium, hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.
- (2) Atrofi jaringan yang terjadi sebagai reaksi penghentian hormon estrogen saat pelepasan plasenta.
- (3) Autolisis, merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Proses autolisis ini terjadi karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.
- (4) Efek Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi suplai darah pada tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.²

Dalam keadaan normal, uterus mencapai ukuran besar pada masa sebelum hamil sampai dengan kurang dari 4 minggu, berat uterus setelah kelahiran kurang lebih 1 kg sebagai akibat involusi. Satu minggu setelah melahirkan beratnya menjadi kurang lebih 500 gram, pada akhir minggu kedua setelah persalinan menjadi kurang lebih 300 gram, setelah itu menjadi 100gram atau kurang.⁵²

b) Pengeluaran lochea dan pengeluaran pervaginam

Lochea berasal dari bahasa Latin, yang digunakan untuk menggambarkan perdarahan pervaginam setelah persalinan. Macam-macam lokia:

(1) Lochea rubra (*crueanta*):

Berwarna merah karena berisi darah segar dan sisasisa selaput ketuban, set-set desidua, verniks caseosa, lanugo, dan mekoneum selama 2 hari pasca persalinan.

(2) Lochea sanguilenta

Berwarna merah kuning berisi darah dan lendir yang keluar pada hari ke-3 sampai ke-7 pasca persalinan.

(3) Lochea serosa

Lochea ini bentuk serum dan berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning. Cairan tidak berdarah lagi pada hari ke-7 sampai hari ke-14 pasca persalinan.

(4) Lochea alba

Dimulai dari hari ke-14, berbentuk seperti cairan putih serta terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua.

Selain lochea diatas, ada jenis lochia yang tidak normal,

(a) Lochea purulenta: Ini terjadi karena infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.

(b) Locheastasis: Lokia tidak lancar keluaranya.

c) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium uteri eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks akan menutup.²

d) Vulva, vagina, dan perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta perenggangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu postpartum, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae pada vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali. Himen tampak sebagai carunculae mirtyformis, yang khas pada ibu multipara.

Ukuran vagina agak sedikit lebih besar dari sebelum persalinan. Perubahan pada perineum *postpartum* terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada masa nifas dengan latihan atau senam nifas.⁵²

2) Perubahan Pada Tanda-Tanda Vital

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta perenggangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu postpartum, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae pada vagina secara berangsur-angsur

akan muncul kembali Himen tampak sebagai carunculae mirtyformis, yang khas pada ibu multipara.

Ukuran vagina agak sedikit lebih besar dari sebelum persalinan. Perubahan pada perineum *postpartum* terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada masa nifas dengan latihan atau senam nifas.⁵²

3) Perubahan Pada Sistem Kardiovaskuler

Perubahan volume darah bergantung pada beberapa faktor, misalnya kehilangan darah selama melahirkan dan mobilisasi, serta pengeluaran cairan ekstrasvaskular (edema fisiologis). Kehilangan darah merupakan akibat penurunan volume darah total yang cepat, tetapi terbatas. Setelah itu terjadi perpindahan normal cairan tubuh yang menyebabkan volume darah menurun dengan lambat. Pada minggu ke-3 dan ke-4 setelah bayi lahir, volume darah biasanya menurun sampai mencapai volume darah sebelum hamil.⁵²

Pada persalinan pervaginam, ibu kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Pada persalinan dengan tindakan SC, maka kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan pada sistem kardiovaskuler terdiri atas volume darah (*blood volume*) dan hematokrit (*haemoconcentration*). Pada persalinan pervaginam, hematokrit akan naik sedangkan pada persalinan dengan SC, hematokrit cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu *postpartum*. Tiga perubahan fisiologi sistem kardiovaskuler *pascapartum* yang terjadi pada wanita antara lain sebagai berikut:

- a) Hilangnya sirkulasi uteroplasenta yang mengurangi ukuran pembuluh darah maternal 10-15%.
- b) Hilangnya fungsi endokrin placenta yang menghilangkan stimulus vasodilatasi.
- c) Terjadinya mobilisasi air ekstravaskular yang disimpan selama wanita hamil.

Denyut jantung volume dan curah jantung meningkat sepanjang masa hamil. Segera setelah wanita melahirkan, keadaan ini meningkat bahkan lebih tinggi selama 30-60 menit karena darah yang biasanya melintasi sirkulasi uteroplasenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum. Nilai ini meningkat pada semua jenis kelahiran. Curah jantung biasanya tetap naik dalam 24-48 jam *postpartum* dan menurun ke nilai sebelum hamil dalam 10 hari. Frekuensi jantung berubah mengikuti pola ini. Resistensi vaskuler sistemik mengikuti secara berlawanan. Nilainya tetap di kisaran terendah nilai pada masa kehamilan selama 2 hari *postpartum* dan kemudian meningkat ke nilai normal sebelum hamil.⁵²

Perubahan faktor pembekuan darah yang disebabkan kehamilan menetap dalam jangka waktu yang bervariasi selama nifas. Peningkatan fibrinogen plasma dipertahankan minimal melewati minggu pertama, demikian juga dengan laju endap darah. Kehamilan normal dihubungkan dengan peningkatan cairan ekstraseluler yang cukup besar, dan diuresis *postpartum* merupakan kompensasi yang fisiologis untuk keadaan ini. Ini terjadi teratur antara hari ke-2 dan ke-5 dan berkaitan dengan hilangnya hipervolemia kehamilan residual. Pada preeklampsi, baik retensi cairan antepartum maupun diuresis *postpartum* dapat sangat meningkat.⁵³

4) Perubahan Pada Sistem Hematologi

Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas, dan juga terjadi peningkatan faktor pembekuan darah serta terjadi Leukositosis dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa postpartum. Jumlah sel darah putih tersebut masih bisa naik lagi sampai 25.000-30.000, terutama pada ibu dengan riwayat persalinan lama. Kadar hemoglobin, hematokrit, dan eritrosit akan sangat bervariasi pada awal-awal masa *postpartum* sebagai akibat dari volume placenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Semua tingkatan ini akan dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi ibu. Kira – kira selama persalinan normal dan masa *postpartum* terjadi kehilangan darah sekitar 250-500 ml. penurunan volume dan peningkatan sel darah merah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke-3 sampai 7 *postpartum* dan akan kembali normal dalam 4 sampai 5 minggu postpartum.⁵³

Selama kehamilan, secara fisiologi terjadi peningkatan kapasitas pembuluh darah digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh placenta dan pembuluh darah uteri. Penarikan kembali esterogen menyebabkan diuresis yang terjadi secara cepat sehingga mengurangi volume plasma kembali pada proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini, ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah urine. Menurunnya hingga menghilangnya hormon progesteron membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama

kehamilan bersama-sama dengan trauma masa persalinan. Setelah persalinan, shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menyebabkan beban pada jantung meningkat. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan adanya haemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sedia kala. Umumnya, ini akan terjadi pada 3-7 hari post partum. Pada sebagian besar ibu, volume darah hampir kembali pada keadaan semula sebelum hamil 1 minggu postpartum.⁵²

5) Perubahan Pada Sistem Pencernaan

Sistem pencernaan selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolestrol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal. Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain:

a) Nafsu makan

Pasca melahirkan biasanya ibu merasa lapar, karena metabolisme ibu meningkat saat proses persalinan, sehingga ibu dianjurkan untuk meningkatkan konsumsi makanan, termasuk mengganti kalori, energi, darah dan cairan yang telah dikeluarkan selama proses persalinan. Ibu dapat mengalami perubahan nafsu makan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.⁵²

b) Motilitas

Secara fisiologi terjadi penurunan tonus dan motilitas otot traktus pencernaan menetap selama waktu yang singkat beberapa jam setelah bayi lahir, setelah itu akan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Pada *postpartum* SC dimungkinkan karena pengaruh analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.⁵²

c) Pengosongan Usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum. Pada keadaan terjadi diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang asupan nutrisi, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi jalan lahir, meningkatkan terjadinya konstipasi postpartum. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu beberapa hari untuk kembali normal. Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain pengaturan diit yang mengandung serat buah dan sayur, cairan yang cukup, serta pemberian informasi tentang perubahan eliminasi dan penatalaksanaanya pada ibu.⁵²

6) Perubahan Pada Sistem Musculoskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah persalinan. Pembuluh-pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah placenta dilahirkan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fascia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi pulih kembali ke ukuran normal. Pada sebagian kecil kasus uterus menjadi retrofleksi karena ligamentum retundum menjadi kendur. Tidak jarang pula wanita mengeluh kandungannya turun. Setelah

melahirkan karena ligamen, fasia, dan jaringan penunjang alat genitalia menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusnya serat-serat kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada waktu hamil, dinding abdomen masih agak lunak dan kendur untuk sementara waktu. Untuk memulihkan kembali jaringan-jaringan penunjang alat genitalia, serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, dianjurkan untuk melakukan latihan atau senam nifas, bisa dilakukan sejak 2 hari *postpartum*.⁵²

7) Perubahan Pada Sistem Endokrin

Setelah melahirkan, sistem endokrin kembali kepada kondisi seperti sebelum hamil. Hormon kehamilan mulai menurun segera setelah plasenta lahir. Penurunan hormon estrogen dan progesteron menyebabkan peningkatan prolaktin dan menstimulasi air susu. Perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu setelah melahirkan melibatkan perubahan yang progresif atau pembentukan jaringan-jaringan baru. Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin, terutama pada hormon-hormon yang berperan dalam proses tersebut. Berikut ini perubahan hormon dalam sistem endokrin pada masa *postpartum*.⁵²

(a) Oksitosin

Oksitosin disekresikan dari kelenjar hipofisis posterior. Pada tahap kala III persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan meningkatkan sekresi oksitosin, sehingga dapat membantu uterus kembali ke bentuk normal.⁵²

(b) Prolaktin

Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar hipofisis posterior untuk mengeluarkan prolaktin. Hormon ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi ASI. Pada ibu yang menyusui bayinya, kadar prolaktin tetap tinggi sehingga memberikan umpan balik negatif, yaitu pematangan folikel dalam ovarium yang ditekan. Pada wanita yang tidak menyusui tingkat sirkulasi prolaktin menurun dalam 14 sampai 21 hari setelah persalinan, sehingga merangsang kelenjar gonad pada otak yang mengontrol ovarium untuk memproduksi estrogen dan progesteron yang normal, pertumbuhan folikel, maka terjadilah ovulasi dan menstruasi.⁵²

(c) Estrogen dan Progesterone

Selama hamil volume darah normal meningkat, diperkirakan bahwa tingkat kenaikan hormon estrogen yang tinggi memperbesar hormon antidiuretik yang meningkatkan volume darah. Disamping itu, progesteron mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah yang sangat mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva, serta vagina.⁵²

(d) Hormon Plasenta

Human chorionic gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat setelah persalinan dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke 7 postpartum. Enzyme insulinasasi berlawanan efek diabetogenik pada saat Penurunan hormon human placenta lactogen (HPL), estrogen dan kortisol, serta placenta kehamilan, sehingga

pada masa *postpartum* kadar gula darah menurun secara yang bermakna. Kadar estrogen dan progesteron juga menurun secara bermakna setelah plasenta lahir, kadar terendahnya dicapai kira-kira satu minggu *postpartum*. Penurunan kadar estrogen berkaitan dengan dieresis ekstraseluler berlebih yang terakumulasi selama masa hamil. Pada wanita yang tidak menyusui, kadar estrogen mulai meningkat pada minggu ke 2 setelah melahirkan dan lebih tinggi dari ibu yang menyusui pada *postpartum* hari ke 17.⁵²

(e) Hormon Hipofisis dan Fungsi Ovarium

Waktu mulainya ovulasi dan menstruasi pada ibu menyusui dan tidak menyusui berbeda. Kadar prolaktin serum yang tinggi pada wanita menyusui berperan dalam menekan ovulasi karena kadar hormon FSH terbukti sama pada ibu menyusui dan tidak menyusui, di simpulkan bahwa ovarium tidak berespon terhadap stimulasi FSH ketika kadar prolaktin meningkat. Kadar prolaktin meningkat secara progresif sepanjang masa hamil. Pada ibu menyusui kadar prolaktin tetap meningkat sampai minggu ke 6 setelah melahirkan. Kadar prolaktin serum dipengaruhi oleh intensitas menyusui, durasi menyusui dan seberapa banyak makanan tambahan yang diberikan pada bayi, karena menunjukkan efektifitas menyusui. Untuk ibu yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi. Sering kali menstruasi pertama itu bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar estrogen dan progesteron. Di antara wanita laktasi sekitar 15% memperoleh menstruasi selama 6 minggu dan 45% setelah 12 minggu dan 90% setelah 24 minggu. Untuk wanita laktasi, 80% menstruasi pertama anovulasi dan

untuk wanita yang tidak laktasi, 50% siklus pertama anovulasi.⁵²

8) Perubahan Pada Payudara

Pada saat kehamilan sudah terjadi pembesaran payudara karena pengaruh peningkatan hormon estrogen, untuk mempersiapkan produksi ASI dan laktasi. Payudara menjadi besar ukurannya bisa mencapai 800 gr, keras dan menghitam pada areola mammae di sekitar puting susu, ini menandakan dimulainya proses menyusui. Segera menyusui bayi segerai setelah melahirkan melalui proses inisiasi menyusui dini (IMD), walaupun ASI belum keluar lancar, namun sudah ada pengeluaran kolostrum.⁵¹

Proses IMD ini dapat mencegah perdarahan dan merangsang produksi ASI. Pada hari ke 2 hingga ke 3 *postpartum* sudah mulai diproduksi ASI matur yaitu ASI berwarna. Pada semua ibu yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Fisiologi menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis yaitu; produksi ASI dan sekresi ASI atau *let down reflex*. Selama kehamilan, jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi, maka terjadi *positive feed back hormone* (umpan balik positif), yaitu kelenjar pituitary akan mengeluarkan hormon prolaktin (hormon laktogenik). Sampai hari ketiga setelah melahirkan, efek prolaktin pada payudara mulai bisa dirasakan. Pembuluh darah payudara menjadi membesar terisi darah, sehingga timbul rasa hangat. Sel-sel acini yang menghasilkan ASI juga mulai berfungsi. Ketika bayi menghisap puting, reflek saraf merangsang kelenjar posterior hipofisis untuk mensekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang reflek *let down* sehingga menyebabkan ejeksi ASI

melalui sinus laktiferus payudara ke duktus yang terdapat pada puting.⁵²

9) Perubahan Pada Sistem Eliminasi

Pasca persalinan terdapat peningkatan kapasitas kandung kemih, pembengkakan dan trauma jaringan sekitar uretra yang terjadi selama proses melahirkan. Untuk *postpartum* dengan tindakan SC, efek konduksi anestesi yang menghambat fungsi neural pada kandung kemih. Distensi yang berlebihan pada kandung kemih dapat mengakibatkan perdarahan dan kerusakan lebih lanjut. Pengosongan kandung kemih harus diperhatikan. Kandung kemih biasanya akan pulih dalam waktu 5-7 hari pasca melahirkan, sedangkan saluran kemih secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 2-8 minggu tergantung pada keadaan umum ibu atau status ibu sebelum persalinan, lamanya kala II yang dilalui, besarnya tekanan kepala janin saat intrapartum. Dinding kandung kencing pada ibu *postpartum* memperlihatkan adanya oedem dan hyperemia. Kadang-kadang oedema trigonium, menimbulkan abstraksi dari uretra sehingga terjadi retensio urine.⁵²

Kandung kencing dalam masa nifas kurang sensitif dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kencing penuh atau sesudah kencing masih tertinggal urine residual (normal + 15 cc). Sisa urine dan trauma pada kandung kencing waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi. Dilatasi ureter dan pyelum normal dalam waktu 2 minggu. Urine biasanya berlebihan (poliuri) antara hari kedua dan kelima, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan dan sekarang dikeluarkan. Terkadang hematuri akibat proses katalitik involusi. Acetonuri terutama setelah partus yang sulit dan lama yang disebabkan pemecahan karbohidrat dan lemak untuk menghasilkan energi, karena

kegiatan otot-otot rahim meningkat. Terjadi proteinuri akibat dari autolisis sel-sel otot. Pada masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar steroid tinggi yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada pasca melahirkan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal.⁵²

Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12 – 36 jam sesudah melahirkan. Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama. Kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli ureter, karena bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12 – 36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu.⁵²

c. Perubahan Psikologis

Periode kehamilan, persalinan, dan pascanatal merupakan masa terjadinya stress yang hebat, kecemasan, gangguan emosi, dan penyesuaian diri. Periode *postpartum* menyebabkan stress emosional terhadap ibu baru, bahkan lebih menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang hebat. Menurut Reva Rubi, terdapat tiga fase dalam masa adaptasi peran pada masa nifas, yaitu:

1) Masa *Taking in*

Terjadi pada hari pertama dan kedua setelah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya. Ibu akan mengulang-mengulang menceritakan pengalamannya

waktu melahirkan. Pada saat ini, ibu memerlukan istirahat yang cukup agar ibu dapat menjalani masa nifas selanjutnya dengan baik. Ibu juga memerlukan nutrisi yang lebih, dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi aktif.⁵⁴

2) Masa *Taking Hold*

Berlangsung pada 3-10 hari postpartum. ibu lebih berkonsentrasi pada kemampuannya dalam menerima tanggung jawab sepenuhnya terhadap perawatan bayi. Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan perawatan bayi, misalnya menggendong, memandikan, memasang popok, dan sebagainya. Pada masa ini ibu agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut, cenderung menerima nasihat bidan, karena ia terbuka untuk menerima pengetahuan dan kritikan yang bersifat pribadi. Pada tahap ini Bidan penting memperhatikan perubahan yang mungkin terjadi dengan memperhatikan komunikasi yang tidak menyinggung perasaan ibu yang membuat tidak nyaman.⁵⁴

3) Masa *Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu mengambil langsung tanggung jawab dalam merawat bayinya, dia harus menyesuaikan diri dengan tuntutan ketergantungan bayinya dan terhadap interaksi social. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.⁵⁴

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan adaptasi pada masa transisi menuju masa menjadi orang tua pada saat *postpartum*, antara lain:⁵⁴

1) Respon dan dukungan keluarga dan lingkungan

Bagi ibu *postpartum*, apalagi pada ibu yang baru pertama kali melahirkan akan sangat membutuhkan dukungan orang-orang terdekatnya, karena ibu belum sepenuhnya berada pada kondisi stabil, baik fisik maupun psikologisnya. Ibu masih sangat asing dengan perubahan peran barunya yang begitu dramatis terjadi dalam waktu yang begitu cepat, yaitu peran sebagai seorang “ibu”. Dengan respon positif dari lingkungan terdekatnya, akan mempercepat proses adaptasi peran ini sehingga akan memudahkan bagi bidan untuk memberikan asuhan pada ibu *postpartum* dengan optimal.

2) Hubungan dari pengalaman melahirkan terhadap harapan dan aspirasi Hal yang dialami oleh ibu ketika melahirkan akan sangat mewarnai oleh alam perasaannya terhadap perannya sebagai ibu. Ibu akhirnya menjadi tahu bahwa masa transisi terkadang begitu berat untuk dilalui dan hal tersebut akan memperkaya pengalaman hidupnya untuk lebih dewasa. Banyak kasus terjadi, setelah seorang ibu melahirkan anaknya yang pertama, ibu akan bertekad untuk lebih meningkatkan kualitas hubungannya dengan ibunya, karena baru menyadari dengan nyata ternyata pengalaman menjadi ibu adalah tugas yang luar biasa dan mempunyai tanggung jawab yang berat. Ibu mulai merefleksikan pada dirinya bahwa, apa yang dialami orang tuanya terdahulu, terutama ibunya, adalah sama dengan yang dialaminya sekarang.

3) Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lalu atau terdahulu walaupun kali ini adalah bukan lagi pengalamannya yang pertama melahirkan bayinya, namun kebutuhan untuk mendapatkan dukungan positif dari

lingkungannya tidak berbeda dengan ibu yang baru melahirkan anak pertama. Hanya perbedaannya adalah teknik penyampaian dukungan yang diberikan lebih kepada support dan apresiasi dari keberhasilannya dalam melewati saat-saat sulit pada persalinannya yang lalu.

4) Pengaruh budaya

Adanya adat-istiadat yang dianut oleh lingkungan dan keluarga sedikit banyak akan mempengaruhi keberhasilan ibu dalam melewati saat transisi ini. Apalagi jika hal yang tidak sinkron atau berbeda antara arahan dari tenaga kesehatan dengan budaya yang dianut. Dalam hal ini, bidan harus bijaksana dalam menyikapi, namun tidak mengurangi kualitas asuhan kebidanan yang harus diberikan. Keterlibatan keluarga dari awal dalam menentukan bentuk asuhan dan perawatan yang harus diberikan pada ibu dan bayi akan memudahkan bidan dalam pemberian asuhan.

d. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

1) Ambulasi Dini

Ambulasi dini adalah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu *postpartum* bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. Keuntungan *early ambulation* adalah:

- a) Ibu merasa lebih sehat dan kuat dengan *early ambulation*.
- b) Faal dan kandung kemih lebih baik.
- c) Early ambulation memungkinkan kita mengajarkan ibu cara merawat anaknya selama ibu masih di rumah sakit. Misalnya memandikan, mengganti pakaian, dan memberi makan.
- d) Lebih sesuai dengan keadaan Indonesia (sosial early ambulation ekonomis), menurut penelitian-penelitian yang

seksama, tidak mempunyai pengaruh yang buruk, tidak menyebabkan pendarahan yang abnormal, tidak mempengaruhi penyembuhan luka episotomy atau luka di perut, serta tidak memperbesar kemungkinan prolapsus. Early ambulation tentunya tidak dibenarkan pada ibu *postpartum* dengan penyulit, misalnya anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam, dan sebagainya.⁵²

2) Nutrisi

Pada masa nifas masalah nutrisi perlu mendapat perhatian yang serius, karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi pada proses menyusui. Nutrisi yang diberikan harus begizi seimbang, cukup kalori, tinggi protein dan banyak mengandung cairan. Ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan agar gizi sebagai berikut:

- a) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari menjadi \pm 2700 – 3000 kalori.
- b) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup.
- c) Minum sedikitnya 3liter air tiap hari.
- d) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pasca persalinan
- e) Minum kapsul vitamin A 200.000unit agar dapat memberikan vitamin A kepada bayi melalui ASI.⁵²

3) *Personal Hygiene*

Pada masa nifas, seorang ibu sangat rentan terhadap penyakit infeksi. Oleh karena itu kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur dan lingkungan sangat penting untuk menjaga kebersihan dari ibu nifas adalah:

- a) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh, terutama Perineum

- b) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah disekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Anjurkan ibu untuk membersihkan vulva setiap kali setelah BAB atau BAK.
 - c) Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya 2 kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik dan dikeringkan di bawah matahari dan disetrika.
 - d) Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.
 - e) Jika ibu mempunyai luka *episiotomy* atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah tersebut.⁵²
- 4) Istirahat dan tidur

Hal yang bisa dilakukan pada ibu untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur adalah dengan menganjurkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan dan menyarankan ibu untuk kembali pada kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur.

Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa antarlain mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak pendarahan, dan menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.⁵²

5) Eliminasi

Ibu diminta untuk buang air kecil (BAK) 6 jam *postpartum*, jika dalam 8 jam *postpartum* belum dapat berkemih atau sekali berkemih belum melebihi 100 cc, maka

dilakukan kateterisasi. Akan tetapi, kalau ternyata kandung kemih penuh, tidak perlu 8 jam untuk kateterisasi.

Ibu *postpartum* diharapkan dapat buang air besar (BAB) setelah hari kedua *postpartum*. Jika hari ketiga belum juga BAB, maka perlu diberi obat pencahar per oral atau per rectal. Jika setelah pemberian obat pencahar masih belum bisa BAB, maka dilakukan klisma (huknah).⁵²

6) Perawatan Payudara

Menjaga payudara tetap bersih dan kering serta menggunakan BH yang menyokong payudara, jika puting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali selesai menyusui dan tetap menyusukan pada puting susu yang lecet, apabila lecet sangat berat istirahatkan selama 24 jam dan untuk menghindari nyeri dapat minum parasetamol 1 kaplet setiap 4 – 6 jam.⁵⁴

7) Aktivitas seksual

Aktivitas seksual yang dapat dilakukan oleh ibu dimasa nifas, dan harus memenuhi syarat anatara lain secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu dua jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri, maka ibu aman untyuk memulai melakukan hubungan suami istri kapanpun ibu siap. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan ini bergantung pada pasangan yang bersangkutan.⁵²

e. Asuhan Kebidanan Masa Nifas

Asuhan ibu masa nifas adalah asuhan yang diberikan kepada ibu segera setelah kelahiran sampai 6 minggu setelah kelahiran. Tujuan dari asuhan masa nifas adalah untuk memberikan asuhan yang adekuat dan terstandar pada ibu segera setelah

melahirkan dengan memperhatikan riwayat selama kehamilan, dalam persalinan dan keadaan segera setelah melahirkan. Adapun hasil yang diharapkan adalah terlaksanakannya asuhan segera atau rutin pada ibu *postpartum* termasuk melakukan pengkajian, membuat diagnose, mengidentifikasi masalah dan kebutuhan ibu, mengidentifikasi diagnose dan masalah potensial, tindakan segera serta merencanakan asuhan.⁵² Adapun jadwal kunjungan pada masa nifas adalah sebagai berikut:

- 1) Kunjungan I (6 -8 jam setelah persalinan)
 - a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
 - b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut
 - c) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
 - d) Pemberian ASI awal
 - e) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
 - f) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi
- 2) Kunjungan II (6 hari setelah persalinan)
 - a) Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau
 - b) Menilai adanya tanda -tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal
 - c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, ciaran, dan istirahat
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik, dan tidak memperlihatkan tanda - tanda penyulit
 - e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari –hari

- 3) Kunjungan III (2 minggu setelah persalinan)
 - a) Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau
 - b) Menilai adanya tanda -tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal
 - c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, ciaran, dan istirahat
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik, dan tidak memperlihatkan tanda - tanda penyulit
 - e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari –hari
- 4) Kunjungan IV (6 minggu pasca postpartum)
 - a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit - penyulit -penyulit yang ia alami atau bayinya
 - b) Membrikan konseling KB secara dini
 - c) Menganjurkan/mengajak ibu membawa bayinya ke posyandu atau puskesmas untuk penimbangan dan imunisasi

5. Keluarga Berencana

a. Pengertian Keluarga Berencana (KB)

Keluarga Berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan umur ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. Program KB memungkinkan pasangan dan individu untuk memutuskan secara bebas dan bertanggungjawab jumlah anak dan jarak umur antar anak (*spacing*) yang mereka inginkan, cara untuk mencapainya, serta menjamin tersedianya informasi dan berbagai metode yang aman dan efektif.⁵⁵

Tujuan KB adalah untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia. Di samping itu KB diharapkan dapat menghasilkan penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga. Sasaran dari program KB, meliputi sasaran langsung, yaitu pasangan usia subur yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan, dan sasaran tidak langsung yang terdiri dari pelaksana dan pengelola KB, dengan cara menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga Sejahtera.⁵⁶

Pelayanan KB merupakan salah satu strategi untuk mendukung percepatan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) melalui mengatur waktu, jarak dan jumlah kehamilan, kemudian untuk mencegah atau memperkecil kemungkinan seorang perempuan hamil mengalami komplikasi yang membahayakan jiwa atau janin selama kehamilan, persalinan dan nifas, dan mencegah atau memperkecil terjadinya kematian pada seorang perempuan yang mengalami komplikasi selama kehamilan, persalinan dan nifas.⁵⁷

b. Tujuan Program Keluarga Berencana

1) Tujuan Umum

Untuk mewujudkan visi dan misi program KB yaitu membangun kembali dan melestarikan fondasi yang kokoh bagi pelaksanaan program KB untuk mencapai keluarga berkualitas.⁵⁷

2) Tujuan Khusus

Untuk memperbaiki kesehatan dan kesejahteraan ibu, anak, keluarga dan bangsa; mengurangi angka kelahiran untuk

menaikkan taraf hidup rakyat dan bangsa; Memenuhi permintaan masyarakat akan pelayanan KB yang berkualitas, termasuk upaya-upaya menurunkan angka kematian ibu, bayi, dan anak serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi.⁵⁷

c. Sarana Keluarga Berencana

Sasaran Keluarga Berencana dibagi menjadi dua yaitu sasaran secara langsung dan sasaran tidak langsung. Adapun sasaran secara langsung adalah Pasangan Umur Subur (PUS) yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan. Sedangkan untuk sasaran tidak langsungnya adalah pelaksana dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran hidup melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera.⁵⁷

d. Manfaat Program Keluarga Berencana

Ada beberapa manfaat untuk berbagai pihak dari adanya program KB yaitu:⁵⁷

1) Bagi Ibu

Untuk mengatur jumlah anak dan jarak kelahiran sehingga dapat memperbaiki kesehatan tubuh karena mencegah kehamilan yang berulang kali dengan jarak yang dekat. Peningkatan kesehatan mental dan sosial karena adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak, beristirahat dan menikmati waktu luang serta melakukan kegiatan lainnya.

2) Bagi anak yang dilahirkan

Anak dapat tumbuh secara normal karena ibu yang hamil dalam keadaan sehat. Setelah lahir, anak akan mendapatkan perhatian, pemeliharaan dan makanan yang cukup karena kehadiran anak tersebut memang diinginkan dan direncanakan.

3) Bagi suami

Program KB bermanfaat untuk memperbaiki Kesehatan fisik mental, dan sosial karena kecemasan berkurang serta memiliki lebih banyak waktu luang untuk keluarganya.

4) Bagi seluruh keluarga

Dapat meningkatkan kesehatan fisik, mental dan sosial setiap anggota keluarga. Dimana kesehatan anggota keluarga tergantung kesehatan seluruh keluarga. Setiap anggota keluarga akan mempunyai kesempatan yang lebih besar untuk memperoleh pendidikan.

e. Fase dalam Penggunaan Kontrasepsi pada Program Keluarga Berencana

1) Fase Menunda/ Mencegah Kehamilan

Pada PUS dengan istri umur kurang dari 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilannya karena berbagai alasan. Untuk itu perlu penggunaan kontrasepsi untuk mencegah adanya kehamilan yang tidak direncanakan. Adapun syarat alat kontrasepsi yang diperlukan untuk fase ini adalah reversibilitas yang tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjamin hampir 100%, karena pada masa ini akseptor belum mempunyai anak; efektivitas yang tinggi, karena kegagalan akan menyebabkan terjadinya kehamilan dengan risiko tinggi dan kegagalan ini merupakan kegagalan program. Alat kontrasepsi yang direkomendasikan pada fase ini berturut-turut adalah pil, IUD mini, dan kontrasepsi sederhana.⁵⁵

2) Fase Menjarangkan Kehamilan

Periode umur istri antara 20-35 tahun merupakan periode umur paling baik untuk melahirkan dengan jumlah anak 2 orang dan jarak kelahiran adalah 2-4 tahun. Adapun ciri-ciri kontrasepsi yang sesuai pada fase ini adalah efektivitas cukup tinggi; reversibilitas cukup tinggi karena akseptor masih

mengharapkan punya anak lagi; dapat dipakai 2-4 tahun yaitu sesuai dengan jarak kehamilan yang disarankan; tidak menghambat ASI, karena ASI merupakan makanan terbaik untuk anak sampai umur 2 tahun dan akan mempengaruhi angka kesakitan serta kematian anak. Alat kontrasepsi yang direkomendasikan pada fase ini berturut-turut adalah IUD, suntik, pil, implant, dan kontrasepsi sederhana.⁵⁵

3) Fase Menghentikan/Mengakhiri Kehamilan

Periode istri berumur lebih dari 35 tahun sangat dianjurkan untuk mengakhiri kesuburan setelah mempunyai anak lebih dari 2 orang dengan alasan medis yaitu akan timbul berbagai komplikasi pada masa kehamilan maupun persalinannya. Adapun syarat kontrasepsi yang disarankan digunakan pada fase ini adalah efektivitas sangat tinggi karena kegagalan menyebabkan terjadinya kehamilan dengan risiko tinggi bagi ibu maupun bayi, terlebih lagi akseptor tidak mengharapkan punya anak lagi; dapat dipakai untuk jangka Panjang; tidak menambah kelainan yang sudah/mungkin ada karena pada masa umur ini risiko terjadi kelainan seperti penyakit jantung, hipertensi, keganasan, dan metabolic meningkat. Alat kontrasepsi yang direkomendasikan pada fase ini berturut-turut adalah kontrasepsi mantap, IUD, implant, suntik, sederhana, dan pil.⁵⁵

f. Macam-macam Alat Kontrasepsi

1) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

1) AKDR Copper

(a) Pengertian

AKDR Copper adalah suatu rangka plastic yang lentur dan kecil dengan lengan atau kawat Copper (tembaga) di sekitarnya. AKDR Cu T 380 A merupakan AKDR yang disediakan oleh Pemerintah (Program)

AKDR Nova T 380 tidak disediakan oleh Pemerintah (Non-Program) tetapi banyak digunakan sebagai KB mandiri.

(b) Cara Kerja

Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke saluran telur karena tembaga pada AKDR menyebabkan reaksi inflamasi steril yang toksik sperma.

(c) Jangka Waktu Pemakaian

Jangka waktu pemakaian berjangka panjang dapat hingga 10 tahun, serta sangat efektif dan bersifat reversibel.

(d) Efektivitas

Memiliki efektivitas tinggi berkisar 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan).

(e) Kembalinya Kesuburan

Kembalinya kesuburan tinggi setelah AKDR Copper T dilepas.

(f) Keuntungan

- (1) Mencegah kehamilan dengan sangat efektif kurang dari 1 kehamilan per 100 perempuan yang menggunakan AKDR selama tahun pertama
- (2) Efektif segera setelah pemasangan
- (3) Berjangka panjang, studi menunjukkan bahwa AKDR CuT-380A efektif hingga 12 tahun, namun izin edar berlaku untuk 10 tahun penggunaan.
- (4) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- (5) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)

(6) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)

(7) Kesuburan segera kembali setelah AKDR dilepas.

(g) Keterbatasan

(1) Pemasangannya dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih secara khusus memasangnya pada rahim perempuan melalui vagina dan serviks. Seringkali klien takut selama pemasangan

(2) Tidak ada perlindungan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS)

(3) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau Perempuan yang sering berganti pasangan

(4) Klien tidak dapat melepas AKDR sendiri

(5) AKDR mungkin keluar dari uterus tanpa diketahui

(6) Klien harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu dengan cara memasukkan jari ke dalam vagina (sebagian perempuan tidak mau melakukan ini).

2) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim Levonorgestrel (AKDR-LNG)

(a) Pengertian

AKDR LNG adalah suatu alat berbahan plastik berbentuk T yang secara terus-menerus melepaskan sejumlah kecil hormon progestin (levonorgestrel) setiap hari. AKDR Levonorgestrel tidak disediakan oleh Pemerintah (Non-Program) tetapi banyak digunakan sebagai KB Mandiri.

(b) Cara Kerja

Menghambat sperma membuahi sel telur.

(c) Jangka Waktu Pemakaian

Jangka waktu pemakaian berjangka panjang, efektif untuk pemakaian 5 tahun dan bersifat reversibel.

(d) Keuntungan

- (1) Mencegah kehamilan dengan sangat efektif kurang dari 1 kehamilan per 100 perempuan yang menggunakan AKDR-LNG selama tahun pertama (2 per 1.000 perempuan)
- (2) Berjangka Panjang
- (3) Studi menunjukkan bahwa AKDR Mirena efektif hingga 7 tahun, namun ijin edar berlaku untuk 5 tahun penggunaan.
- (4) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- (5) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
- (6) Kesuburan segera Kembali setelah AKDR dilepas
- (7) Mengurangi nyeri haid
- (8) Mengurangi jumlah darah haid sehingga dapat mencegah anemia defisiensi besi
- (9) Sebagai pengobatan alternatif pengganti operasi pada perdarahan uterus disfungsi dan adenomiosis

(e) Keterbatasan

- (1) Pemasangan dan pencabutan dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih secara khusus memasangnya pada uterus.
- (2) Mahal

2) Implan

a) Pengertian

Implan merupakan batang plastic berukuran kecil yang lentur, seukuran batang korek api, yang melepaskan progestin yang menyerupai hormon progesteron alami di tubuh Perempuan.

b) Jenis Implan

(1) Implant Dua Batang: terdiri dari 2 batang implant mengandung hormon Levonorgestrel 75 mg/batang. Efektif hingga 4 tahun penggunaan (studi terkini menunjukkan bahwa jenis ini memiliki efektivitas tinggi hingga 5 tahun).

(2) Implant Satu Batang (Implanon): terdiri dari 1 batang implant mengandung hormon Etonogestrel 68 mg, efektif hingga 3 tahun penggunaan (studi terkini menunjukkan bahwa jenis ini memiliki efektivitas tinggi hingga 5 tahun).

c) Cara Kerja

(1) Mencegah pelepasan telur dari ovarium (menekan ovulasi)

(2) Mengentalkan lendir serviks (menghambat bertemunya sperma dan telur)

d) Efektivitas

Kurang dari 1 kehamilan per 100 perempuan dalam 1 tahun pertama penggunaan implan. Risiko kecil kehamilan masih berlanjut setelah tahun pertama pemakaian.

3) Kontrasepsi Suntik

a) Suntik Kombinasi

(1) Jenis

Suntikan 1 bulan sekali mengandung medroxyprogesterone acetate 50 mg/ml, dan estradiol cypionate 10 mg/ml.

(2) Cara Kerja

(a) Mencegah pelepasan telur dari ovarium (menekan ovulasi).

- (b) Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu
- (c) Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu
- (d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba

(3) Keuntungan

- (a) Tidak perlu pemakaian setiap hari
- (b) Dapat dihentikan kapan saja
- (c) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- (d) Baik untuk menjarangkan kehamilan

(4) Keterbatasan

- (a) Harus Kembali ke tenaga kesehatan untuk disuntik tepat waktu
- (b) Efektivitas KSK tergantung pada kembalinya yang tepat waktu: risiko kehamilan meningkat saat klien terlambat suntik ulang atau melewatkan suatu suntikan.
- (c) Kemungkinan keterlambatan pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian
- (d) Mengganggu produksi ASI

b) Suntik Progestin

(1) Jenis

Depo Medroxyprogesterone Acetate (DMPA), 150 mg/vial (1 ml) merupakan suntikan intra muskuler.

(2) Cara Kerja

- (a) Mencegah pelepasan telur dari ovarium (menekan ovulasi)
- (b) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
- (c) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi

(3) Keuntungan

- (a) Suntikan setiap 3 bulan
- (b) Tidak perlu penggunaan setiap hari
- (c) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (d) Dapat digunakan oleh perempuan menyusui dimulai 6 bulan setelah melahirkan
- (e) Dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai premenopause
- (f) Membantu mencegah: Kanker Endometrium, Mioma Uteri
- (g) Mungkin membantu mencegah: Penyakit radang panggul simptomatis, Anemia defisiensi besi

(4) Keterbatasan

- (a) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan untuk suntikan ulang
- (b) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu
- (c) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian, rata-rata 4 bulan
- (d) Pada pemakaian jangka panjang dapat sedikit menurunkan densitas (kepadatan) tulang

4) Kontrasepsi Pil

a) Pil Kombinasi

(1) Pengertian

Pil yang mengandung 2 macam hormon berdosisi rendah - yaitu progestin dan estrogen-seperti hormon progesteron dan estrogen alami pada tubuh perempuan yang harus diminum setiap hari.

(2) Cara Kerja

- (a) Mencegah pelepasan telur dari ovarium (menekan ovulasi)

(b) Mengentalkan lendir serviks sehingga sulit dilalui oleh sperma

(c) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu

(3) Keuntungan

(a) Dapat mengontrol pemakaian

(b) Mudah digunakan

(c) Mudah didapat, misalnya di apotek atau toko obat

(d) Penghentian dapat dilakukan kapan pun tanpa perlu bantuan tenaga kesehatan

(e) Tidak mengganggu hubungan seksual

(f) Banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia)

(g) Tidak terjadi nyeri haid,

(h) Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan

(i) Membantu mencegah Kanker Endometrium, Kanker Ovarium, Kista ovarium Penyakit Radang Panggul, Anemia Defisiensi Besi

(j) Mengurangi nyeri haid, nyeri ovulasi, masalah perdarahan menstruasi dan jerawat

(4) Keterbatasan

(a) Mahal

(b) Harus diminum setiap hari secara teratur

(c) Mengurangi ASI pada perempuan menyusui

b) Pil Progestin

(1) Pengertian

Pil yang mengandung progestin saja dengan dosis yang sangat rendah seperti hormon progesteron alami pada tubuh Perempuan.

(2) Cara Kerja

- (a) Mencegah ovulasi,
- (b) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
- (c) Menjadikan endometrium tipis dan atrofi

(3) Keuntungan

- (a) Dapat diminum selama menyusui
- (b) Dapat mengontrol pemakaian
- (c) Penghentian dapat dilakukan kapan pun tanpa perlu bantuan tenaga kesehatan
- (d) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (e) Kesuburan cepat Kembali
- (f) Mengurangi nyeri haid
- (g) Mengurangi jumlah perdarahan haid

(4) Keterbatasan

- (a) Harus diminum setiap hari dan pada waktu yang sama, bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi lebih besar
- (b) Peningkatan/penurunan berat badan

5) Kondom

a) Pengertian

Merupakan selubung/sarung karet yang berbentuk silinder dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. Terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), polyurethane, polyisoprene, kulit domba, dan nitrile.

b) Jenis

- (1) Kondom berkontur (bergerigi)
- (2) Kondom beraroma

(3) Kondom tidak beraroma

c) Cara Kerja

(1) Menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tumpah ke dalam saluran reproduksi perempuan

(2) Khusus untuk kondom yang terbuat dari lateks dan vinil dapat mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain

d) Keuntungan

(1) Murah dan dapat dibeli bebas

(2) Tidak perlu pemeriksaan kesehatan khusus

(3) Proteksi ganda (selain mencegah kehamilan tetapi juga mencegah IMS termasuk HIV-AIDS)

(4) Membantu mencegah terjadinya kanker serviks (mengurangi iritasi bahan karsinogenik eksogen pada serviks)

e) Keterbatasan

(1) Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi

(2) Agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung),

(3) Bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi

(4) Malu membelinya di tempat umum

6) Tubektomi

a) Pengertian

Prosedur bedah sukarela untuk menghentikan kesuburan secara permanen pada perempuan yang tidak ingin anak lagi

b) Jenis

(1) Minilaparotomi dengan membuat insisi kecil pada perut. Tuba fallopi ditarik ke irisan untuk dipotong dan diikat.

Jenis:

(a) Minilaparotomi Suprapubik : pada masa interval

(b) Minilaparotomi Subumbilikus : pada pasca persalinan

(2) Laparoscopi dengan memasukkan pipa kecil panjang dengan lensa di dalamnya ke dalam perut melalui insisi kecil. Laparoskop memungkinkan dokter untuk mencapai dan memblok atau memotong tuba fallopi di dalam perut.

c) Cara Kerja

Mengoklusi tuba fallopii (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum

d) Keuntungan

(1) Sangat efektif

(2) Tidak mempengaruhi proses menyusui

(3) Tidak bergantung pada faktor senggama

(4) Tidak memiliki efek samping dalam jangka panjang

(5) Tidak perlu khawatir menjadi hamil atau khawatir mengenai

e) Kerugian

(1) Kesuburan tidak dapat dipulihkan kembali, kecuali dengan operasi rekanalisasi

(2) Rasa sakit dalam jangka pendek setelah tindakan

(3) Harus dilakukan oleh dokter yang terlatih (untuk laparoscopi dilakukan oleh Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi)

7) Vasektomi

a) Pengertian

Vasektomi adalah tindakan memotong dan mengikat vas (ductus) deferens tanpa menggunakan pisau bedah, dengan tujuan memutuskan aliran sperma dari testis sehingga terjadi azoospermia.

b) Cara Kerja

Mengikat dan memotong setiap saluran vas deferens sehingga sperma tidak bercampur dengan semen. Semen dikeluarkan, tetapi tidak dapat menyebabkan kehamilan

c) Keuntungan

- (1) Aman dan nyaman
- (2) Sangat efektif
- (3) Permanen
- (4) Laki-laki mengambil tanggung jawab untuk kontrasepsi
– mengambil alih beban perempuan
- (5) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual

d) Keterbatasan

- (1) Tidak segera efektif (WHO menyarankan kontrasepsi tambahan selama 3 bulan setelah prosedur, kurang lebih 20 kali ejakulasi)
- (2) Komplikasi minor seperti infeksi, perdarahan, nyeri pasca operasi. Teknik tanpa pisau merupakan pilihan mengurangi perdarahan dan nyeri dibandingkan teknik insisi
- (3) Harus dilakukan oleh dokter umum yang terlatih untuk vasektomi atau Dokter Spesialis Bedah dan Dokter Spesialis Urologi.

6. Kewenangan Bidan

Permenkes No. 21 tahun 2021 mengatur kewenangan bidan dalam pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan, masa sesudah melahirkan, pelayanan kontrasepsi, dan pelayanan kesehatan seksual. Kewenangan bidan meliputi asuhan kebidanan pada ibu hamil, persalinan normal tanpa komplikasi, pelayanan kontrasepsi, dan pelayanan kesehatan seksual.

Kewenangan Bidan dalam Permenkes No. 21 Tahun 2021:

a. Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil (Antenatal Care - ANC):

Bidan memberikan asuhan kebidanan yang berkualitas pada ibu hamil untuk mendeteksi dini adanya komplikasi dan memberikan edukasi tentang kehamilan.

b. Asuhan Persalinan

Bidan membantu proses persalinan normal tanpa adanya penyulit atau komplikasi.

c. Pelayanan Kesehatan Masa Sesudah Melahirkan

Bidan memberikan asuhan kebidanan pada ibu setelah melahirkan untuk memastikan kesehatan ibu dan bayi serta memberikan edukasi terkait perawatan bayi baru lahir dan ibu menyusui

d. Pelayanan Kontrasepsi

Bidan memberikan pelayanan kontrasepsi seperti pemasangan IUD, suntik KB, dan implant.

Peran Bidan dalam Permenkes No. 21 Tahun 2021:

a. Mendeteksi dini komplikasi kehamilan dan persalinan:

Bidan melakukan pemeriksaan rutin pada ibu hamil dan bayi baru lahir untuk mendeteksi dini adanya komplikasi atau masalah kesehatan

b. Memberikan edukasi dan konseling:

Bidan memberikan edukasi dan konseling kepada ibu hamil, ibu setelah melahirkan, serta pasangan suami istri terkait kesehatan

reproduksi, kehamilan, persalinan, perawatan bayi, dan penggunaan kontrasepsi.

c. Melakukan tindakan kebidanan sesuai kompetensi:

Bidan melakukan tindakan kebidanan sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya, seperti pemeriksaan, pengobatan, dan pemberian imunisasi.

d. Melakukan pencatatan dan pelaporan:

Bidan mencatat dan melaporkan hasil asuhan kebidanan serta kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan.

e. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan:

Bidan berkontribusi dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan ibu dan anak melalui asuhan kebidanan yang berkualitas dan pemberian edukasi yang tepat.⁵⁸