

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

1. Asuhan Kebidanan Ibu Hamil

Pengkajian yang pertama dilakukan pada hari Sabtu, 21 Februari 2026 di Puskesmas Galur II saat Ny. P melakukan kunjungan kontrol kehamilan dan didapatkan hasil sebagai berikut. Ny. P datang ingin kontrol kehamilan, keluhan, saat ini perut kadang terasa kenceng-kenceng. Ibu ingin memperpanjang rujukan untuk periksa ke Poli Obsgyn RS RAM dengan diagnose Hipertensi pada kehamilan. HPHT lupa karena ibu gagal KB Pil, HPL USG dokter Obgyn 1 Maret 2026, saat ini usia kehamilannya 39 minggu 2 hari. Ny. P mengatakan kehamilan ini merupakan kehamilan kedua, dan tidak pernah mengalami keguguran. Riwayat pernikahan Ny. P mengatakan ini merupakan pernikahan pertama dengan Tn. AP. Ny. P pernah menggunakan KB Pil dan lupa minum sehingga hamil. Jarak kehamilan (spasing) dengan anak pertama yaitu 20 bulan. Riwayat menstruasi Ny. P menstruasi pertama kali saat umur 12 tahun, siklus 28 hari teratur, lama 6-7 hari, ganti pembalut 3-4 kali/hari, tidak nyeri haid maupun keputihan. Ny. P juga mengatakan bahwa dirinya maupun keluarga tidak menderita penyakit menurun, menahun, maupun menular. Pemenuhan nutrisi makan sehari 3x, jenisnya nasi, sayur dan lauk. Minum air putih kurang lebih 9 gelas perhari, tidak ada keluhan. Dilihat dari hasil pemeriksaan di buku KIA, Ny.P sudah melakukan ANC terpadu di Puskesmas Galur II. Riwayat penyakit keluarga yaitu ayah kandung menderita penyakit Hipertensi, selama kehamilan pertama ibu mengalami hipertensi juga. Selama ini ibu minum obat Aspilet 1 kali sehari diminum 1 tablet dari dokter kandungan.

Dilakukan pengukuran tanda-tanda vital dan antropometri. Hasil pemeriksaan tekanan darah pertama 146/94 mmHg (MAP=111,3

mmHg), pemeriksaan tekanan darah kedua 136/84 mmHg (MAP=101 mmHg). Selama awal kehamilan Tekanan darah ibu sering >120/80 semenjak usia kehamilan 23 minggu, sudah dilakukan rujukan ke dokter Obgyn RS RAM dan ibu rutin periksa ke RS RAM. Hasil pemeriksaan vital sign yaitu nadi 109 x/ menit, pernapasan 20 x/ menit, Suhu: 36,3⁰C, tinggi badan 153 cm, berat badan sekarang 87 kg, berat badan sebelum hamil 73 kg, LILA TM3 30,5 cm. IMT= 31,6 (Obesitas). Selisih berat badan sebelum hamil sampai kehamilan 39 minggu 4 hari ini yaitu bertambah 14 kg. Selama awal kehamilan Pemeriksaan fisik dari kepala sampai dengan leher dalam batas normal tidak ada kelainan. Pemeriksaan abdomen tidak ada bekas luka operasi. Pemeriksaan palpasi leopoad hasilnya janin tunggal, letak janin normal presentasi kepala masuk PAP, TFU 36 cm. DJJ 134x/menit punggung kanan. Ekstremitas atas dan bawah ibu tidak ada odema. Pemeriksaan penunjang terakhir dilakukan saat ANC Terpadu pada tanggal 24 Januari 2026 yaitu pemeriksaan Hb 12,1 gr/dl (normal) dan protein urine negatif

Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberikan KIE tentang hipertensi dalam kehamilan, KIE tanda-tanda persalinan dan P4K, KB pasca salin, KIE senam hamil, memberikan suplemen vitamin, dan kunjungan ulang 1 minggu lagi.

Pada tanggal 24 Februari dilakukan kunjungan rumah untuk menyampaikan pada ibu bahwa akan dilakukan pendampingan secara berkelanjutan pada ibu mulai dari hamil sampai nanti melahirkan dan memakai alat kontrasepsi, dan meminta persetujuan / *inform consent* apabila ibu menyetujui. Ibu mengatakan tidak ada keluhan. Hasil pemeriksaan Tekanan Darah Ibu 138/92 mmHg, Gerakan janin >10 kali/24 jam

Pada tanggal 25 Februari 2026 ibu melakukan pemeriksaan ulang di RS RAM poli Obsgyn dengan hasil Ny P G3P1A0 usia kehamilan 40 minggu 4 hari. Hasil pemeriksaan yaitu tekanan darah 148/89 mm Hg. N: 76 x / mt. BB 73,3 kg. TFU 32 cm, presentasi kepala, DJJ 142 x /

menit. Saat periksa dokter menyarankan jika sampai dengan tanggal 5 ibu belum merasakan kenceng-kenceng persalinan maka ibu dianjurkan ke RS RAM untuk mendapatkan induksi persalinan.

Pada tanggal 28 Februari Ibu melakukan kunjungan di Posyandu Pedukuhan Samiranan, ibu melakukan pemeriksaan dengan keluhan kalau malam tidak bisa tidur. Hasil pengukuran Tekanan Darah 142/94 mmHg, Nadi 92 x/menit. Berat Badan 87,2 kg. Usia kehamilan 39 minggu 6 hari

2. Asuhan Kebidanan Persalinan

Berdasarkan wawancara kepada Ny. P didapatkan data Ny. P G2P2Ab0Ah2 umur kehamilan 41 minggu 2 hari datang ke RS RAM pada tanggal 5 Maret 2026 pukul 16.00 WIB ibu datang sesuai perintah dokter untuk dilakukan induksi persalinan. Tablet misoprostol pertama diminum pada jam 17.00 WIB, ibu belum merasakan kenceng – kenceng. Tablet misoprostol kedua diminum pada jam 12 malam, ibu belum merasakan kenceng-kenceng. Pada jam 9 pagi ibu diperiksa dalam dengan hasil pemeriksaan ibu mengalami pembukaan 1 cm, kemudian ibu dipasang infus induksi. Ibu mengatakan mulai merasakan kenceng-kenceng semakin sering, dilakukan evaluasi pembukaan pada pukul 11.00 WIB dengan hasil pembukaan 3 cm. Pada jam 16.00 WIB ibu mengatakan ingi mengejan, setelah diperiksa pembukaan sudah 10 cm dan ibu diperkenankan untuk mengejan.

Setelah dilakukan pimpin persalinan kurang lebih 20 menit, bayi lahir spontan langsung menangis, tonus otot kuat, warna kulit badan kemerahan, jenis kelamin perempuan, lahir tanggal 06 Maret 2026 pukul 16.20 WIB. Plasenta lahir spontan dan ibu tidak mengalami perdarahan setelah persalinan. Ny. P mengatakan telah dipasang IUD pasca persalinan setelah plasenta lahir atas persetujuan Ny. P dan suami.

3. Asuhan Bayi Baru Lahir

By. Ny. P lahir pada tanggal 06 Maret 2026 pukul 16.20 WIB berjenis kelamin perempuan, lahir spontan pada umur kehamilan 39

minggu 4 hari, penilaian awal bayi lahir langsung menangis, tonus otot aktif, warna kulit badan dan ekstermitas kemerahan, denyut jantung 139 x/menit, refleks baik, didapatkan skor APGAR di menit pertama yaitu 9, menit ke 5 skor 9, menit ke 10 skor 10. Setelah dilakukan jepit potong tali pusat, Bayi di IMD selama 1 jam. Kemudian dilakukan pemeriksaan fisik atau antropometri didapatkan hasil pernafasan 44x/menit, denyut jantung 139x/menit, Berat badan 3720 gram, Panjang badan 52 cm, lingkar dada 32 cm, lingkar kepala 34 cm, LILA 13 cm, jari kaki dan tangan lengkap, terdapat labia mayora dan minora, terdapat lubang anus dan tidak ada kelainan/cacat bawaan. Reflek Moro, Rooting, Sucking dan Swallowing Positif. Setelah dilakukan pemeriksaan, By.Ny. P diberikan injeksi vit K, pemberian salep mata dan 1 jam kemudian bayi diberikan imunisasi Hb 0

4. Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas

a. Pengkajian tanggal 09 Maret 2026 (dilakukan secara langsung)

Pada tanggal 09 Maret 2026 pukul 15.00.45 WIB, dilakukan PHN ke rumah Ny. P. Saat ini Ny P nifas hari ke 3 (KF 1), ibu mengatakan tidak ada keluhan hanya saja kadang masih nyeri luka jahitan. Ibu mengatakan ASI sudah keluar lancar dan bayi menyusu dengan baik. Ny. P mengatakan BAK lancar, tetapi belum BAB setelah melahirkan. Dari hasil pemeriksaan didapatkan hasil keadaan umum baik, pemeriksaan vital sign tekanan darah 132/93 mmHg, Nadi 88 kali/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,3⁰C. Pemeriksaan fisik mata sklera putih konjungtiva merah muda.. TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi keras, kandung kemih kosong. Luka jahitan bersih dan masih basah, lochea sanguinolenta, warna merah kekuningan berisi darah dan lendir. Ibu mengatakan rencana kontrol ke Poli Obsgyn RS RAM besok sore tanggal 10 Maret 2026. Dilakukan KIE tentang tanda bahaya masa Nifas seperti perdarahan, pusing hebat, nyeri perut, demam, dan lochea berbau busuk.

b. Pengkajian tanggal 13 Maret 2026 (secara langsung)

Tanggal 13 Maret 2026, Ny. P 8 hari pasca salin (KF2) dilakukan pengkajian secara langsung di rumah Ny. P. Ny. P mengatakan tidak ada keluhan, ASI keluar lancar. Sudah bisa BAB. Meskipun saat BAB/BAK jahitan masih sedikit nyeri. KU baik, Tekanan Darah 134/89 mmHg. TFU teraba 2 jari diatas simfis. Darah masih keluar berwarna kecoklatan (lochea serosa). Ny P mengatakan tanggal 12 Maret kemarin ibu melakukan kontrol nifas di PMB Eko Murniwati dan dinyatakan sehat. Dilakukan KIE tentang tanda bahaya masa Nifas seperti perdarahan, pusing hebat, nyeri perut, demam, dan lochea berbau busuk.

c. Pengkajian tanggal 20 Maret 2026 (secara langsung)

Pada tanggal 20 Maret 2024 bertempat di Rumah Ny. P dilakukan kunjungan hari ke-14 pasca salin. Ny. P mengatakan tidak ada keluhan, ASI lancar. Hasil pemeriksaan KU baik , Tekanan Darah 129 / 79 mmHg. Nadi 82 x/mt, Respirasi 20 x/ mt, TFU tidak teraba, lochea alba. Memberikan KIE untuk kontrol Nifas ke 3 pada tanggal 5 April 2026 ke fasilitas pelayanan Kesehatan sekaligus kontrol IUD.

5. Asuhan Kebidanan pada Neonatus

a. Pengkajian tanggal 9 Maret 2026 (secara langsung)

Pada tanggal 9 Maret 2026 melakukan kunjungan rumah. By.Ny. P untuk melakukan kunjungan neonatal pada usia 3 hari (KN2). Ny. P mengatakan bahwa tidak ada keluhan, bayi menangis kuat dan menyusu kuat. By.Ny. P BAB sehari 3-4x dan BAK 6-7x sehari. Dilakukan pemeriksaan dengan hasil pemeriksaan dalam batas normal, berat badan 2470 gram, nadi 128x/menit, pernafasan 42x/menit, dan suhu 36,6⁰C.

Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberikan KIE tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir, tetap menjaga

kehangatan pada bayi, ASI eksklusif, dan menyusui secara *on demand*.

b. Pengkajian tanggal 13 Maret 2026 (secara langsung)

Pada tanggal 13 Maret 2026 Ny. P membawa bayinya periksa ke Puskesmas karena bayinya kuning. Ny. P mengatakan Ny. P mengatakan bayinya juga tidak ada keluhan, bayi menyusui dengan kuat, gerak aktif dan tidak kuning. Tali pusat masih basah dan tidak ada tanda-tanda infeksi. BAB +, BAK +. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu mengajarkan cara menyusui yang benar kepada ibu.

c. Pengkajian tanggal 20 Maret 2026 (secara langsung)

Pada tanggal 20 Maret 2026 dilakukan kunjungan neonatus hari ke 14 (KN3). KU bayi baik, bayi menangis kuat, menyusui kuat, tali pusat sudah lepas pada hari ke 10 dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Bayi menyusui kuat, gerak aktif. BAK +, BAB +

Melakukan KIE tentang imunisasi BCG bagi bayi. Rencana ibu melakukan imunisasi di PMB Eko Murniwati pada tanggal 25 Maret 2026.

6. Asuhan Kebidanan pada Akseptor KB

a. Pengkajian tanggal 9 Maret 2026

Ibu megatakan sudah menggunakan KB IUD pasca salin, Tidak ada keluhan saat menggunakan KB ini.

Evaluasi : ibu berencana control KB IUD pada tanggal 25 Maret 2026 bersamaan dengan imunisasi bayi.

B. Kajian Teori

1. Asuhan Berkesinambungan (*Continuity of Care*)

Continuity of care dalam kebidanan merupakan serangkaian kegiatan pelayanan berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, serta keluarga berencana.⁵ 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 8 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 termasuk operasi *Caesar*, 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.⁶

2. Kehamilan

a. Pengertian

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu (10 bulan atau 9 bulan). Masa kehamilan 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 (HPHT).⁷

b. Klasifikasi Kehamilan

Klasifikasi kehamilan berdasarkan usia yaitu:

- 1) Trimester 1, dimana usia kehamilan 0-12 minggu;
- 2) Trimester 2, dimana usia kehamilan >12-28 minggu;
- 3) Trimester 3, dimana usia kehamilan >28-40 minggu.

Kehamilan berdasarkan dari lamanya, yaitu:

- 1) Kehamilan prematur, yaitu kehamilan antara 28-36 minggu.
- 2) Kehamilan matur, yaitu kehamilan antara 24-42 minggu.
- 3) Kehamilan postmatur yaitu kehamilan lebih dari 43 minggu

c. *Antenatal Care* (ANC)⁸

Antenatal Care (ANC) adalah pelayanan pemeriksaan yang ditujukan kepada ibu hamil untuk memastikan bahwa ibu serta janin dalam kondisi sehat selama masa kehamilan. *Antenatal Care* mencakup identifikasi risiko, pencegahan komplikasi kehamilan, serta edukasi dan promosi kesehatan.

Dalam PERMENKES RI No.43 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidan Kesehatan disebutkan bahwa standar

pelayanan antenatal yaitu pelayanan yang dilakukan kepada ibu hamil dengan memenuhi kriteria 10T yaitu:⁹

- 1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
 - 2) Ukur tekanan darah
 - 3) Nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas/LILA)
 - 4) Ukur tinggi puncak rahim (fundus uteri)
 - 5) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
 - 6) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus toksoid (TT) bila diperlukan
 - 7) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan
 - 8) Tes laboratorium : tes kehamilan, pemeriksaan hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya), pemeriksaan protein urin (bila ada indikasi); yang pemberian pelayanannya disesuaikan dengan trimester kehamilan.
 - 9) Tatalaksana/ penanganan kasus sesuai kewenangan
 - 10) Temu wicara (konseling).
- d. Perubahan Fisiologi Trimester III

Perubahan fisiologi pada masa kehamilan Trimester III adalah¹⁰:

- 1) Minggu ke-28/bulan ke-7

Fundus berada dipertengahan antara pusat dan *sifoudeus*. Hemoroid mungkin terjadi. Pernapasan dada menggantikan pernapasan perut. Garis bentuk janin dapat dipalpasi. Rasa panas perut mungkin terasa.

- 2) Minggu ke-32/ bulan ke-8

Fundus mencapai *prosesus sifoideus*, payudara penuh, dan nyeri tekan. Sering BAK mungkin kembali terjadi. Selain itu, mungkin juga terjadi dispnea.

3) Minggu ke-39/ bulan ke-9

Penurunan bayi ke dalam pelvis/panggul ibu (*lightening*). Plasenta setebal hampir 4 kali waktu usia kehamilan 18 minggu dan beratnya 0,5-0,6 kg. Sakit punggung dan sering BAK meningkat. *Braxton Hicks* meningkat karena serviks dan segmen bawah rahim disiapkan untuk persalinan.

e. Ketidakyamanan Trimester III

Berikut adalah ketidaknyamanan ibu hamil trimester III :

1) Sering buang air kecil

Sering buang air kecil disebabkan oleh adanya pembesaran rahim dan saat kepala bayi turun kerongga panggul yang menekan kandung kemih sehingga membuat ibu sering buang air kecil.

Cara menangani dan mencegah bisa dengan cara latihan kegel, menganjurkan ibu untuk buang air kecil secara teratur dan tidak menahan BAK, serta menghindari penggunaan pakaian yang ketat.

2) Nyeri pinggang¹¹

Nyeri pada pinggang, hal ini karena ada peningkatnya beban berat yang dibawa oleh ibu yaitu bayi dalam kandungan. Cara menanganinya ataupun mencegahnya dengan cara hindari sikap membungkuk saat mengangkat beban sebaiknya tekuk lutuk terlebih dahulu sebelum mengangkat beban.

3) Sulit bernapas

Ibu hamil yang sudah memasuki trimester tiga yaitu usia kehamilan 28 minggu. Janin semakin membesar dan akan terus menekan rahim. Sehingga tekanan ini membuat otot-otot yang berada dibawah paru-paru hanya menaik sekitar 4 cm dari posisi sebelumnya. Hal ini menyebabkan ruang udara didalam paru-paru menyempit. Tetapi ketika kepala bayi sudah masuk

kedalam rongga panggul biasanya ibu dapat merasakan lega dan mudah untuk bernapas kembali.

Cara menanganinya ataupun cara mencegah yaitu dengan melakukan teknik relaksasi yaitu Tarik napas panjang lalu hembuskan secara perlahan.

4) Kontraksi

Kontraksi yang dirasakan ibu merupakan kontraksi palsu atau *Braxton hicks*. Hal ini dapat ibu rasakan ketika menjelang hari H-persalinan berupa rasa sakit yang ringan, tidak teratur, dan hilang bila ibu duduk atau istirahat.

5) Varises pada kaki atau vulva

Peningkatan volume darah dan alirannya selama kehamilan akan menekan daerah panggul dan vena di kaki atau vulva, yang menyebabkan vena menonjol. Pada akhir kehamilan kepala bayi juga akan menekan vena daerah panggul sehingga menimbulkan varises.

Cara menangani ataupun mencegah yaitu lakukan olahraga ataupun senam secara teratur, hindari duduk ataupun berdiri dalam jangka waktu yang lama. Hindari memakai sepatu ataupun sandal yang ber hak tinggi, dan ketika tertidur kaki posisikan lebih tinggi daripada kepala.

6) Konstipasi

Pada trimester ke-3 ini konstipasi juga dirasakan karena adanya tekanan rahim yang membesar ke daerah usus selain peningkatan hormon progesterone. Atasi dengan makanan berserat, buah-buahan, sayur-sayuran, minum air yang banyak, dan olahraga. Cara menangani dan mencegahnya yaitu lebih banyak mengonsumsi makanan yang berserat, melakukan olahraga ringan ataupun senam hamil secara rutin, tidak menahan BAB.

7) Kram dan nyeri kaki

Kram pada kaki biasanya timbul pada usia kehamilan 24 minggu. Hal ini dirasakan oleh ibu hamil sanget sakit, kadang-kadang masih terjadi pada saat persalinan sehingga sangat mengganggu ibu dalam proses persalinan. Serta penyebabnya pun belum pasti, tetapi ada beberapa kemungkinan terjadi karena adanya kadar kalsium yang rendah, uterus membesar sehingga menekan pembuluh darah pelvik, kelelahan dan sirkulasi darah ke tingkai bagian bawah berkurang.

Cara untuk mengurangi kram dan nyeri kaki yaitu: olahraga atau senam secara teratur, meningkatkan asupan kalsium (susu, sayuran yang berwarna hijau gelap) dan air putih yang cukup, pada saat bangun tidur, sebaiknya jari-jari kaki ditegakkan sejajar dengan tumit untuk mencegah kram yang mendadak. Dan hindari sepatu atau sandal yang hak tinggi.

8) Peningkatan cairan vagina

Peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal. Cairan biasanya jernih, pada awal kehamilan biasanya agak kental mendekati persalinan lebih cair, yang terpenting adalah tetap menjaga kebersihan. Cara menanganinya dengan mengganti celana dalam jika sudah terasa lembab dan basah, memelihara kebersihan alat reproduksi. Tidak menggunakan bahan celana dalam yang ketat lebih baiknya untuk menggunakan bahan celana dalam yang berbahan katun.¹²

9) Oedema

Ini sering terjadi pada kehamilan trimester ke-2 dan 3, biasanya berhubungan dengan karena adanya pembesaran uterus pada ibu hamil yang mengakibatkan vena pelvik tertekan sehingga menimbulkan gangguan sirkulasi, tekanan pada saraf dikaki atau karena rendanya kadar kalsium. Cara menanganinya yaitu dengan meningkatkan periode istirahat

dan berbaring dengan posisi miring kiri, tidak menggantung kaki saat duduk, perbanyak konsumsi cairan (minimal 6-8 gelas/ hari) untuk membantu diuresis natural, hindari pakaian dan kaos kaki yang ketat.

3. Hipertensi gestasional

a. Pengertian

Hipertensi pada kehamilan merupakan penyakit tidak menular penyebab kematian maternal. Penyakit tidak menular (PTM) merupakan penyakit kronis yang tidak ditularkan dari orang ke orang. PTM diantaranya adalah hipertensi, diabetes, penyakit jantung, stroke, kanker, dan penyakit paru obstruktif kronis (PPOK). PTM merupakan penyebab kematian hampir 70% di dunia. Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 dan 2013, tampak kecenderungan peningkatan prevalensi PTM seperti hipertensi, diabetes, stroke, dan penyakit sendi/rematik/encok. Fenomena ini diprediksi akan terus berlanjut.

Menurut WHO, Hipertensi adalah suatu kondisi dimana pembuluh darah memiliki tekanan darah tinggi (tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg). Hipertensi pada kehamilan sering terjadi dan merupakan penyebab utama kematian ibu melahirkan serta memiliki efek serius. Hipertensi pada kehamilan dapat digolongkan menjadi pre-eklampsia, eklampsia, hipertensi kronis pada kehamilan, hipertensi kronis disertai pre-eklampsia, dan hipertensi gestasional.¹³

b. Klasifikasi Hipertensi Dalam Kehamilan

Hipertensi pada kehamilan apabila tekanan darahnya $\geq 140/90$ mmHg. Dibagi menjadi ringan- sedang ($140 - 159 / 90 - 109$ mmHg) dan berat ($\geq 160/110$ mmHg). Hipertensi pada kehamilan sering terjadi dan merupakan penyebab utama kematian ibu melahirkan serta memiliki efek serius. Hipertensi pada kehamilan dapat digolongkan menjadi

- 1) pre-eklampsia, eklampsia,
- 2) hipertensi kronis pada kehamilan,
- 3) hipertensi kronis disertai pre-eklampsia, dan
- 4) hipertensi gestasional.

Tabel 1. Perbedaan Hipertensi kronis, hipertensi gestasional dan pre-eklampsia/eklampsia pada kehamilan ⁴

Temuan	Hipertensi kronis	Hipertensi gestasional	Pre-eklampsia atau eklampsia
Waktu onset	<20 minggu	Pertengahan kehamilan	≥20 minggu
Proteinuria	Tidak ada	Tidak ada	Ada
Hemokonsentrasi	Tidak ada	Tidak ada	Ada
Trombositopenia	Tidak ada	Tidak ada	Ada
Disfungsi hati	Tidak ada	Tidak ada	Ada
Kreatinin serum >1.2 mg/dL	Tidak ada	Tidak ada	Ada
Peningkatan asam urat serum	Tidak ada	Tidak ada	Ada
Gejala klinik	Tidak ada	Tidak ada	Ada

1) Preeklamsia dan Eklamsia

Pre-eklampsia adalah sindrom pada kehamilan (>20 minggu), hipertensi ($\geq 140/90$ mmHg) dan proteinuria ($>0,3$ g/hari). Terjadi pada 2-5% kehamilan dan angka kematian ibu 12-15%. Pre-eklampsia juga dapat disertai gejala sakit kepala, perubahan visual, nyeri epigastrium, dan dyspnoea. Beberapa faktor telah diidentifikasi terkait dengan peningkatan risiko pre-eklampsia seperti usia, paritas, pre-eklampsia sebelumnya, riwayat keluarga, kehamilan ganda, kondisi medis yang sudah ada sebelumnya (diabetes mellitus tipe I), obesitas dan resistensi insulin, hipertensi kronis, penyakit ginjal, penyakit autoimun, sindrom anti-fosfolipid, penyakit rematik), merokok, peningkatan indeks massa tubuh (BMI), peningkatan tekanan darah, dan proteinuria.¹⁴ Selain itu, beberapa faktor yang terkait termasuk keterpaparan sperma yang

terbatas, primiparitas, kehamilan setelah inseminasi donor / sumbangan oosit / embrio telah ditemukan memainkan peran penting pada kejadian pre-eklampsia/eklampsia.

Faktor risiko pre-eklampsia/eklampsia adalah hipertensi kronis, obesitas, dan anemia parah. Faktor risiko utama pre-eklampsia adalah sindrom antifosfolipid, relative risk, pre-eklampsia sebelumnya, diabetes tipe I, kehamilan ganda, belum pernah melahirkan (nulliparity), sejarah keluarga, obesitas, usia >40 tahun, hipertensi . Sindrom antibodi antifosfolipid, pre-eklampsia sebelumnya, hipertensi kronik, diabetes tipe I, teknologi pembantu reproduksi dan BMI (body mass index) sangat berkaitan erat dengan terjadinya pre-eklampsia.¹⁵

2) Hipertensi kronis dalam kehamilan

Hipertensi kronis pada kehamilan apabila tekanan darahnya $\geq 140/90$ mmHg, terjadi sebelum kehamilan atau ditemukan sebelum 20 minggu kehamilan. Seringkali merupakan hipertensi esensial/primer, dan didapatkan pada 3,6-9% kehamilan. Hipertensi kronis pada kehamilan adalah hipertensi ($\geq 140/90$ mmHg) yang telah ada sebelum kehamilan. Dapat juga didiagnosis sebelum minggu ke-20 kehamilan. Ataupun yang terdiagnosis untuk pertama kalinya selama kehamilan dan berlanjut ke periode post- partum.¹⁶

Peningkatan tekanan darah pada hipertensi kronis terjadi sebelum minggu ke-20 kehamilan, dapat bertahan lama sampai lebih dari 12 minggu pasca persalinan. Hipertensi, obesitas dan usia merupakan faktor risiko hipertensi kronis. Hipertensi kronis pada kehamilan meningkatkan risiko pre- eklampsia, pertumbuhan janin, persalinan dini, dan kelahiran dengan caesar.

Wanita hipertensi yang hamil memiliki kecenderungan mengalami pre-eklampsia, eklampsia, sindroma HELLP. detachment plasenta, gagal hati, gagal ginjal dan sesak nafas karena pada paru. Hipertensi kronis pada cairan kehamilan umumnya

berasal dari hipertensi essensial terlihat dari riwayat keluarganya. Tetapi bisa juga berasal dari kelainan ginjal parenkim, hiperplasia fibromuskular atau hiperakdosteronisme hanya kasusnya jarang.

Wanita hipertensi yang hamil memiliki kecenderungan mengalami pre-eklampsia, eklampsia, sindroma HELLP, detachment plasenta, gagal hati, gagal ginjal dan sesak nafas karena cairan pada paru. Hipertensi kronis pada kehamilan umumnya berasal dari hipertensi essensial terlihat dari riwayat keluarganya. Tetapi bisa juga berasal dari kelainan ginjal parenkim, hiperplasia fibromuskular atau hiperaldosteronisme hanya saja kasusnya jarang.

Hipertensi kronis berat ($SBP \geq 180$ mmHg dan atau $DBP \geq 110$ mmHg) akan disertai dengan penyakit ginjal, kardiomiopati, koarktation aorta, retinopati, diabetes (B sampai F), kolagen vaskular, sindrom antibodi antifosfolipid, pre- eklampsia. Wanita hamil dengan hipertensi kronis berat memiliki risiko tinggi terkena stroke, serbral hemorage, hipertensi enelopati, pre-eklampsia, serangan jantung, gagal ginjal akut, abruptio plasenta, koagulopati intravaskular diseminata dan kematian. Mayoritas wanita hipertensi kronis mengalami penurunan tekanan darah menjelang akhir trimester pertama sekitar 5-10 mmHg mirip seperti siklus pada wanita normal. Bahkan ada beberapa yang menjadi normal tekanan darahnya. Kemudian tekanan darah naik kembali pada trimester ketiga sehingga mirip dengan hipertensi gestasional. Tetapi hipertensi kronis dapat bertahan sampai lebih dari 12 minggu setelah persalinan.

Wanita hipertensi kronis setelah persalinan memiliki kemungkinan terkena komplikasi edema pulmonari, hipertensi enelopati dan gagal ginjal. Sehingga perlu dilakukan terapi anti hipertensi yang baik untuk mengontrol tekanan darah.

3) Hipertensi Kronik yang disertai Pre-eklampsia

Orang dengan hipertensi sebelum kehamilan (hipertensi kronis) memiliki risiko 4-5 kali terjadi pre-eklampsia pada kehamilannya. Angka kejadian hipertensi kronis pada kehamilan yang disertai pre-eklampsia sebesar 25%. Sedangkan bila tanpa hipertensi kronis angka kejadian pre-eklampsia hanya 5%. Hipertensi yang disertai pre-eklampsia biasanya muncul antara minggu 24-26 kehamilan berakibat kelahiran preterm dan bayi lebih kecil dari normal (IUGR).

4) Hipertensi Gestasional

Hipertensi gestasional adalah hipertensi yang terjadi setelah 20 minggu kehamilan tanpa proteinuria. Angka kejadiannya sebesar 6%. Sebagian wanita (> 25%) berkembang menjadi pre-eklampsia diagnosis hipertensi gestasional biasanya diketahui setelah melahirkan (Leslie and Collins, 2016; Malha et al., 2018). Hipertensi Hipertensi gestasional berat adalah kondisi peningkatan tekanan darah >160/110 mmHg. Tekanan darah baru menjadi normal pada post partum, biasanya dalam sepuluh hari. Pasien mungkin mengalami sakit kepala, penglihatan kabur, dan sakit perut dan tes laboratorium abnormal, termasuk jumlah trombosit rendah dan tes fungsi hati abnormal.¹⁷

Hipertensi gestasional terjadi setelah 20 minggu kehamilan tanpa adanya proteinuria. Kelahiran dapat berjalan normal walaupun tekanan darahnya tinggi. Penyebabnya belum jelas, tetapi merupakan indikasi terbentuknya hipertensi kronis di masa depan sehingga perlu diawasi dan dilakukan tindakan pencegahan.¹⁸

c. Komplikasi hipertensi dalam kehamilan

Hipertensi merupakan salah satu faktor risiko penting pada penyakit kardiovaskular, penyakit jantung koroner, penyakit pembuluh darah perifer, stroke dan penyakit ginjal. Untuk menghindari komplikasi tersebut diupayakan pengendalian tekanan darah dalam batas normal

baik secara farmakologis maupun non farmakologis. Lima penyebab kematian ibu terbesar di Indonesia diantaranya adalah karena hipertensi dalam kehamilan. menyatakan bahwa hipertensi dalam kehamilan juga dapat mengakibatkan komplikasi jangka pendek dan jangka panjang. Adapun komplikasi jangka pendek yaitu Ibu hamil akan mengalami eklampsia, hemoragik, isemik stroke, kerusakan hati (HELLP sindrom, gagal hati, disfungsi ginjal, persalinan caesar, persalinan dini, dan abruptio plasenta dan pada janin akan mengalami kelahiran preterm, induksi kelahiran, gangguan pertumbuhan janin, sindrom pernapasan, dan kematian janin.¹⁹ Sedangkan komplikasi jangka panjang yaitu pada wanita yang mengalami hipertensi saat hamil memiliki risiko kembali mengalami hipertensi pada kehamilan berikutnya, juga dapat menimbulkan komplikasi kardiovaskular, penyakit ginjal dan timbulnya kanker. Hipertensi pada kehamilan dapat berkembang menjadi pre-eklampsia, eklampsia dan sindrom HELLP. Kemudian dapat bermanifestasi dengan kejadian serebral iskemik atau hemoragik pada pra, peri, dan postpartum menjadi penyakit stroke. Gejala pre-eklampsia/eklampsia adalah sakit kepala, gangguan penglihatan (kabur atau kebutaan) dan kejang. Hal ini dapat menyebabkan kecacatan bahkan kematian bagi ibu dan janin bila tidak segera dilakukan penanganan

d. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan hipertensi dalam kehamilan yaitu dengan mengkonsumsi obat antihipertensi sesuai instruksi dokter (Rahayu et al., 2024).²⁰ Hipertensi pada kehamilan harus dikelola dengan baik agar dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu / janin, yaitu dengan menghindarkan ibu dari risiko peningkatan tekanan darah, mencegah perkembangan penyakit, dan mencegah timbulnya kejang dan pertimbangan terminasi kehamilan jika ibu atau janin dalam keadaan bahaya. Penderita hipertensi pada kehamilan dan pre-eklampsia ringan disarankan melakukan partus pada minggu ke-37.²¹

Pada pre-eklampsia berat disarankan profilaksis magnesium sulfat dan waspada terjadinya hipertensi pasca persalinan. Obat yang umum digunakan dalam pengobatan hipertensi pada kehamilan adalah labetalol, methyldopa, nifedipine, clonidine, diuretik, dan hydralazine.²²

4. Persalinan

a. Pengertian

Persalinan adalah suatu proses dimana seorang wanita melahirkan bayi yang diawali dengan kontraksi uterus yang teratur dan memuncak pada saat pengeluaran bayi sampai dengan pengeluaran plasenta dan selaputnya dimana proses persalinan ini akan berlangsung selama 12 sampai 14 jam.

Persalinan atau partus, merupakan proses fisiologis terjadinya kontraksi uterus secara teratur yang menghasilkan penipisan dan pembukaan serviks secara progresif. Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (24-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.²³

b. Macam-macam persalinan

1) Persalinan Spontan

Persalinan spontan yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.

2) Persalinan Buatan

Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi forceps, atau dilakukan operasi *Sectio Caesaria*.

3) Persalinan Anjuran

Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin.²⁴

c. Sebab-sebab Persalinan

1) Teori Penurunan Progesteron

Perubahan-perubahan pada villi korialis menyebabkan kadar estrogen dan progesterone menurun. Kedua kadar hormone ini menurun sekitar 1-2 minggu sebelum partus dimulai kemudian otot rahim menjadi sensitive terhadap oksitosin. Kadar progesterone yang menurun pada tingkat tertentu menyebabkan otot rahim mulai berkontraksi.²⁵

2) Teori oksitosin

Terjadi peningkatan reseptor oksitosin dalam otot rahim menjelang persalinan, sehingga mudah terangsang saat disuntikkan oksitosin dan akan menimbulkan kontraksi. Pembentukan prostaglandin yang disebabkan oleh oksitosin akan menyebabkan persalinan akan terus berlangsung.

3) Teori keregangan otot Rahim

Uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplaster sehingga plasenta mengalami degenerasi. Apabila otot rahim meregang melewati batas maksimalnya, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.²⁶

4) Teori prostaglandin

Pada minggu ke 15 hingga aterm terjadi peningkatan prostaglandin, dan kadarnya akan terus meningkat hingga waktu partus²⁷. Diperkirakan terjadinya penurunan progesterone dapat memicu interleukin-1 untuk dapat melakukan "*hidrolisis gliserofosfolipid*", sehingga terjadi pelepasan dari asam arakidonat menjadi prostaglandin, PGE2 dan PGF2 alfa. Ketika persalinan sudah dimulai, didalam cairan amnion akan terjadi penimbunan asam arakidonat dan prostaglandin dalam jumlah yang besar. Disamping itu, dalam myometrium, desidua, dan

korion leave terjadi pembentukan prostasiklin. Pemberian prostraglandin dapat melunakkan serviks dan merangsang kontraksi, bila diberikan dalam bentuk infus, per oral, atau intravaginal.²⁸

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 berkurangnya nutrisi

Bila nutrisi telah berkurang, hasil konsepsi akan segera dikeluarkan .

d. Tanda-Tanda Persalinan

1) Timbulnya his persalinan ialah his pembukaan dengan sifat-sifatnya sebagai berikut: Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan, teratur, makin lama makin pendek intervalnya dan makin kuat intensitasnya, jika dibawa berjalan bertambah kuat, dan mempunyai pengaruh pada pendataran atau pembukaan *serviks* ²⁹

2) *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 darah sedikit.

3) Pendataran dan pembukaan

Lendir dari canalis servikalis keluar di sertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa kapiler terputus.

4) Pengeluaran cairan

Terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tetapi kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, hal ini di sebut dengan ketuban pecah dini.³⁰

e. Faktor-faktor yang Memengaruhi Persalinan

Keberhasilan proses persalinan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor ibu (*power, passage, psikologis*), faktor janin, plasenta dan air ketuban (*passenger*), dan faktor penolong persalinan. Hal ini sangat penting, mengingat beberapa kasus kematian ibu dan bayi yang disebabkan oleh tidak terdeteksinya secara dini adanya salah satu dari faktor-faktor tersebut

1) *Power* (tenaga / kekuatan)

a) His (kontraksi uterus)

Merupakan kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, *fundus dominial*, terkordinasi dan relaksasi. Kontraksi ini bersifat *involunter* karena berada dibawah saraf *intrinsic*.

b) Tenaga mengejan

Setelah pembukaan lengkap dan ketuban pecah atau dipecahkan, serta sebagian presentasi sudah berada di dasar panggul, sifat kontraksinya berubah, yakni bersifat mendorong keluar dibantu dengan keinginan ibu untuk mengedan atau usaha *volunteer*. Keinginan mengedan ini di sebabkan karena, kontraksi otot-otot dinding perut yang mengakibatkan peninggian tekanan intra *abdominal* dan tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan untuk mendorong keluar, tenaga ini serupa dengan tenaga mengedan sewaktu buang air besar (BAB) tapi jauh lebih kuat, saat kepala sampai kedasar panggul timbul *reflex*

yang mengakibatkan ibu menutup *glotisnya*, mengkontraksikan otot-otot perut dan menekan diafragmanya kebawah, tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil bila pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu ada his dan tanpa tenaga mendedan bayi tidak akan lahir.

2) *Passage* (jalan lahir)

Merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, *serviks*, dan vagina. Syarat agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal.

3) *Passanger* (janin, plasenta, dan air ketuban)

a) Janin

Passenger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin.³¹

b) Plasenta

Plasenta juga harus melewati jalan lahir maka dia di anggap sebagai bagian dari *passenger* yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan normal.³²

c) Air ketuban

Amnion pada kehamilan aterm merupakan suatu membran yang kuat dan ulet tetapi lentur. Amnion adalah jaringan yang menentukan hampir semua kekuatan regangan membran janin, dengan demikian pembentukan komponen *amnion* yang mencegah *ruptur* atau robekan. Penurunan ini terjadi atas tiga kekuatan yaitu salah satunya adalah tekanan dari cairan *amnion* dan juga saat terjadinya dilatasi *serviks* atau pelebaran muara dan saluran *serviks* yang terjadi di awal persalinan, dapat juga karena tekanan yang ditimbulkan oleh cairan *amnion* selama ketuban masih utuh.³²

- 4) Faktor Psikis (psikologis) Perasaan *positif* berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas, “kewanitaan sejati” yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan atau memproduksi anak.
 - a) Psikologis meliputi: Kondisi psikologis ibu sendiri, emosi dan persiapan intelektual, pengalaman melahirkan bayi sebelumnya, kebiasaan adat, dan dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.
 - b) Sikap negatif terhadap persalinan dipengaruhi oleh: Persalinan semacam ancaman terhadap keamanan, persalinan semacam ancaman pada self-image, medikasi persalinan, dan nyeri persalinan dan kelahiran.³²

5) *Pysician* (Penolong)

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini adalah bidan, yang mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin.³² Tidak hanya aspek tindakan yang diberikan, tetapi aspek konseling dan memberikan informasi yang jelas dibutuhkan oleh ibu bersalin untuk mengurangi tingkat kecemasan ibu dan keluarga.³¹

f. Tahap Terjadinya Persalinan

1) Kala 1

Kala 1 ditandai dengan terjadinya kontraksi, keluar lendir darah (*bloody show*) karena terjadinya dilatasi dan penipisan serviks. Terdapat 2 fase dalam pembukaan, yaitu fase laten yang berlangsung selama 7-8 jam. Fase laten dimulai pada pembukaan 1 sampai 3 cm. fase selanjutnya adalah fase aktif, yang dibagi menjadi 3 subfase yaitu fase akselerasi yang berlangsung selama 2 jam dan pembukaan menjadi 4 cm, dilanjutkan dengan fase dilatasi maksimal yang berlangsung dengan cepat menjadi 9 cm dalam waktu 2 jam, dan yang

terakhir adalah fase deselerasi. Fase ini berlangsung selama 2 jam dan pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap³³.

2) Kala II

Kala II dimulai sejak pembukaan serviks 10 cm sampai dengan lahirnya janin. Pengeluaran janin pada kala II ditandai dengan adanya dorongan ibu untuk mengeran, tekanan pada anus, perineum ibu menonjol, dan vulva membuka. Hal ini dipengaruhi pula oleh adanya *power* atau kekuatan ibu untuk mendorong janin keluar, *passage* atau jalan lahir yang terdiri dari jalan lahir keras (pelvis/panggul) dan jalan lahir lunak, dan penumpang yaitu janin dan plasenta.

Pada primigravida kala II yang normal berlangsung selama 1 sampai dengan 2 jam dan pada multigravida kala II berlangsung selama maksimal setengah sampai 1 jam³⁴.

3) Kala III

Persalinan Kala III terjadi sejak janin lahir sampai plasenta lahir²⁷. Proses ini biasanya berlangsung selama 5 sampai 30 menit setelah bayi lahir³⁴.

4) Kala IV

Kala IV dimulai ketika plasenta lahir sampai dua jam setelahnya. Pemantauan pada satu jam pertama dilakukan setiap 15 menit dan setiap 30 menit pada satu jam kedua. Hal yang perlu diobservasi pada kala IV adalah tekanan darah, nadi, temperature, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan. Observasi yang dilakukan pada kala IV bertujuan untuk menilai deteksi dini risiko dan mengantisipasi terjadinya komplikasi perdarahan postpartum.

6. Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

Bayi baru lahir (BBL) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru

lahir) sampai dengan usia 28 hari. Masa neonatal sendiri dapat dibedakan lagi menjadi neonatal dini (0-7 hari) dan neonatal lanjut (8-28 hari).³⁵ BBL memerlukan penyesuaian fisiologi berupa maturasi, adaptasi (menyusuaikan diri dari kehidupan intrauteri ke kehidupan ekstrasurine) dan toleransi BBL untuk dapat hidup dengan baik. Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrasuterin.³⁶

b. Ciri-ciri Bayi Normal

Ciri-ciri bayi baru lahir normal adalah lahir aterm antara 24-42 minggu, berat badan 2500-4000 gram, panjang lahir 48-52 cm, lingkar dada 30-39 cm, lingkar kepala 33-24 cm, lingkar lengan 11-12 cm, frekuensi denyut jantung 120-160 kali permenit, kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup, rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai *Appearance Pulse Grimace Activity Respiration* (APGAR)>7, gerakan aktif, bayi langsung menangis kuat, genetalia pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang sedangkan genetalia pada perempuan kematangan ditandai dengan labia mayora menutupi labia minora, refleks *rooting* susu terbentuk dengan baik, refleks *sucking* sudah terbentuk dengan baik, refleks *grasping* sudah baik, eliminasi baik, urin dan meconium keluar dalam 24 jam pertama.³⁷

c. Klasifikasi

Bayi baru lahir atau neonatus di bagi dalam beberapa kasifikasi, yaitu:

1) Neonatus menurut masa gestasinya:

- a) Kurang bulan (preterm infant): < 259 hari (24 minggu)
- b) Cukup bulan (term infant): 259-294 hari (24-42 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).
- d. Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir

Semua bayi diperiksa segera setelah lahir untuk mengetahui apakah transisi dari kehidupan intrauterine ke ekstrauterine berjalan dengan lancar dan tidak ada kelainan. Pemeriksaan medis komprehensif dilakukan dalam 24 jam pertama kehidupan. Pemeriksaan rutin pada bayi baru lahir harus dilakukan, tujuannya untuk mendeteksi kelainan atau anomali kongenital yang muncul pada setiap kelahiran dalam 10-20 per 1000 kelahiran, pengelolaan lebih lanjut dari setiap kelainan yang terdeteksi pada saat antenatal, mempertimbangkan masalah potensial terkait riwayat kehamilan ibu dan kelainan yang diturunkan, dan memberikan promosi kesehatan, terutama pencegahan terhadap *sudden infant death syndrome* (SIDS).

Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir adalah untuk membersihkan jalan napas, memotong dan merawat tali pusat, mempertahankan suhu tubuh bayi, identifikasi, dan pencegahan infeksi. Asuhan bayi baru lahir meliputi:

- 1) Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi

Untuk menilai apakah bayi mengalami asfiksia atau tidak dilakukan penilaian sepintas seluruh tubuh bayi lahir dengan tiga pertanyaan:

- a) Apakah kehamilan cukup bulan?
- b) Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?
- c) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

Jika ada jawaban “tidak” kemungkinan bayi mengalami asfiksia sehingga harus segera dilakukan resusitasi. Penghisapan lendir pada jalan napas bayi tidak dilakukan secara rutin.

2) Pemotongan dan Pengikatan Tali Pusat

Setelah penilaian sepintas 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 apapun 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.³⁹

3) Inisiasi Menyusu 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 menyusu dari satu payudara.³⁹

Jika bayi belum menemukan puting ibu dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selama 30-60 menit berikutnya. Jika bayi masih belum melakukan IMD dalam waktu 2 jam, lanjutkan asuhan perawatan neonatal esensial lainnya (menimbang, pemberian vitamin K, salep mata, serta pemberian gelang pengenalan) kemudian dikembalikan lagi kepada ibu untuk belajar menyusu.⁴⁰

4) 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 enam jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi.

5) Pemberian salep mata/tetes 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 satu jam setelah kelahiran. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari satu jam setelah kelahiran.

6) Pencegahan perdarahan melalui penyuntikan vitamin K1 dosis tunggal di paha kiri

Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (Phytomenadione) satu mg intramuskuler di paha kiri, untuk

mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir.

- 7) Pemberian imunisasi Hepatitis B (HB 0) 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.

- 8) 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. saat kunjungan tindak lanjut (KN) yaitu satu kali pada umur 1-3 hari, satu kali pada umur 4-7 hari dan satu kali pada umur 8-28 hari.

- e. Keadaan Bayi Baru Lahir Normal

Menurut Kemenkes tahun 2010, bayi baru lahir dikatakan normal apabila:⁴¹

- 1) Frekuensi napas 40-60 kali per menit
- 2) Frekuensi denyut jantung 120-160 kali per menit
- 3) Suhu badan bayi 36,5 – 38,5°C
- 4) Berat badan bayi 2500-4000 gram
- 5) Gerakan aktif dan warna kulit kemerahan

- f. Tanda Bahaya pada Bayi Baru Lahir

- 1) Pernapasan sulit atau lebih dari 60 kali permenit
- 2) Kehangatan terlalu panas ($> 39^{\circ}\text{C}$ atau terlalu dingin $< 36^{\circ}\text{C}$)
- 3) Warna kuning, biru atau pucat, memar
- 4) Pemberian makan, hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah.

- 5) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, pernapasan sulit
- 6) Tidak berkemih dalam 24 jam, tinja lembek, ada lender atau darah pada tinja.
- 7) Aktivitas menggigil atau tangis tidak biasa, sangat mudah tersinggung, lemas, terlalu mengantuk, lunglai, kejang, menangis terus menerus.

7. Asuhan pada Masa Nifas

a. Pengertian

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak dua jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan enam minggu (42 hari) setelah itu. Pelayanan pascapersalinan harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, yang meliputi upaya pencegahan, deteksi dini dan pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan, imunisasi, dan nutrisi bagi ibu.⁴²

Nifas atau Puerperium dari kata Puer yang artinya bayi dan parous melahirkan. Jadi, Puerperium berarti masa setelah melahirkan bayi. Masa Nifas adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil.⁴³

Pelayanan kesehatan ibu nifas oleh bidan dan dokter dilakukan minimal tiga kali yaitu enam jam sampai tiga hari setelah melahirkan, hari ke-4 – 28 hari setelah melahirkan, hari ke-29 – 42 hari setelah melahirkan.⁴⁴

b. Tujuan Asuha pada Masa Nifas

Adapun tujuan asuhan kebidanan pada masa nifas adalah sebagai berikut:⁴⁵

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun psikologis
- 2) Mendeteksi masalah, mengobati dan merujuk apabila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi.

- 3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan diri, nutrisi, cara dan manfaat menyusui, imunisasi, serta perawatan bayi sehari-hari.
- 4) Memberikan pelayanan KB.
- 5) Memberikan pendidikan mengenai laktasi dan perawatan payudara.

c. Tahapan Masa Nifas

Tahapan masa nifas merupakan suatu rangkaian setelah proses persalinan dilalui oleh seorang wanita, beberapa tahapan masa nifas yang harus dipahami oleh seorang bidan antara lain:

- 1) Periode pasca salin segera / *immediate postpartum* (0 – 24 jam)

Masa segera setelah plasenta lahir sampai 24 jam. Sering terdapat banyak masalah, misal perdarahan karena *atonia uteri*. Oleh sebab itu tenaga kesehatan harus teratur melakukan pengecekan lochea, tekanan darah dan suhu.

- 2) Periode pasca salin awal / *early postpartum* (24 jam – satu minggu)

Pada periode ini tenaga kesehatan memastikan *involution uteri* dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak ada demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui bayinya dengan baik

- 3) Periode pasca salin lanjut / *late postpartum* (satu minggu sampai enam minggu)

Pada periode ini tenaga kesehatan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari – hari serta konseling KB.

d. Periode Masa Nifas

Nifas dibagi menjadi tiga periode:

- 1) *Puerperium* Dini : merupakan kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.

2) *Puerpurium Intermedial* : kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia, lamanya 6-8 minggu.

3) *Remote Puerpurium*

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau bersalin mempunyai komplikasi.

e. Perubahan Fisik Masa Nifas

Selama menjalani masa nifas, ibu mengalami perubahan yang bersifat fisiologis yang meliputi perubahan fisik yaitu:

1) *Involusi*

Involusi adalah perubahan yang merupakan proses kembalinya alat kandungan atau uterus dan jalan lahir setelah bayi dilahirkan hingga mencapai keadaan seperti sebelum hamil. *Involusi* pada alat kandungan meliputi:

a) Uterus

Setelah plasenta lahir uterus merupakan alat yang keras, karena kontraksi dan retraksi otot-ototnya. Perubahan uterus setelah melahirkan dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 1. Perubahan Uterus Setelah Melahirkan

Involusi	Uterus	Berat Uterus
Bayi lahir	Sepusat	1000 gram
Plasenta lahir	2 jari dibawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat symphysis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba	240 gram
6 minggu	Berukuran normal seperti semula	50 gram

b) Involusi tempat plasenta

Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh *trombus*. Luka

bekas implantasi plasenta tidak meninggalkan parut karena dilepaskan dari dasarnya dengan pertumbuhan *endometrium* baru dibawah permukaan luka. *Endometrium* ini tumbuh dari pinggir luka dan juga sisa-sisa kelenjar pada dasar luka.

c) Perubahan pembuluh darah rahim

Gestasional, uterus mempunyai banyak pembuluh darah yang besar, tetapi karena setelah persalinan tidak diperlukan lagi peredaran darah yang banyak maka arteri harus mengecil lagi dalam masa nifas.

d) Perubahan pada *cervix* dan vagina

Beberapa hari setelah persalinan *ostium eksternum* dapat dilalui oleh dua jari, pada akhir minggu pertama dapat dilalui oleh satu jari saja. Karena *hiperplasi* ini dan karena karena retraksi dari *cervix*, robekan *cervix* jadi sembuh. Vagina yang sangat diregang waktu persalinan, lambat laun mencapai ukuran yang normal. Pada minggu ke-3 *post partum ruggae* mulai nampak kembali. Luka jalan lahir bila tidak disertai infeksi akan sembuh selama 6-7 hari.

2) *After pains* / Rasa sakit (meriang atau mules-mules)

Disebabkan kontraksi rahim biasanya berlangsung 3 - 4 hari pasca persalinan. Perlu diberikan pengertian pada ibu mengenai hal ini dan bila terlalu mengganggu analgesic.

3) Dinding perut dan *peritonium*

Setelah persalinan dinding perut longgar karena diregang begitu lama, namun berangsur-angsur akan pulih kembali dalam enam minggu.

4) Saluran kencing

Dapat terjadi odema dan *hyperemia*, pada masa nifas kandung kemih kurang sensitif dan kapasitasnya bertambah sehingga kandung kencing masih terdapat urine residual. Sisa

urin dan trauma kandung kemih waktu persalinan akan memudahkan terjadinya infeksi.

5) Laktasi

Laktasi dapat diartikan dengan pembentukan dan pengeluaran air susu ibu. Air susu ibu ini merupakan makanan pokok, makanan yang terbaik dan bersifat alamiah bagi bayi yang disediakan oleh ibu yang baru saja melahirkan bayi akan tersedia makanan bagi bayinya dan ibunya sendiri. Selama kehamilan hormon *estrogen* dan *progesteron* merangsang pertumbuhan kelenjar susu sedangkan *progesteron* merangsang pertumbuhan saluran kelenjar, kedua hormon ini mengerem LTH. Setelah plasenta lahir maka LTH dengan bebas dapat merangsang laktasi. *Lobus posterior hypofise* mengeluarkan oksitocin yang merangsang pengeluaran air susu. Pengeluaran air susu adalah reflek yang ditimbulkan oleh rangsangan penghisapan puting susu oleh bayi. Rangsang ini menuju ke *hypofise* dan menghasilkan oksitocin yang menyebabkan buah dada mengeluarkan air susunya.

Keadaan payudara dua hari pertama nifas sama dengan keadaan gestasional. Payudara belum mengandung susu melainkan kolostrum. Mulai tiga hari pospartum buah dada membesar, keras dan nyeri. Ini menandai permulaan sekresi air susu, dan kalau *areola mammae* dipijat, keluarlah cairan putih dari puting susu. Air susu ibu kurang lebih mengandung Protein 1-2%, lemak 3-5 %, gula 6,5-8 %, garam 0,1–0,2 %.

Menurut penelitian minggu – minggu pertama menyusui adalah hal yang sangat penting untuk meningkatkan produksi ASI. Pada satu jam pertama setelah melahirkan dan hari pertama ibu yang menyusui akan menghasilkan 0-5 ml kolostrum. Pada hari ketiga jumlah ASI akan bertambah menjadi 24-169 ml. Setelah 6 hari, ASI akan bertambah menjadi 556-705 ml.

Dengan sering menyusui bayi maka volume ASI akan semakin banyak.⁴⁶

6) Lokhea

Lokhea adalah cairan yang dikeluarkan dari uterus melalui vagina dalam masa nifas. Lokhea bersifat alkalis, jumlahnya lebih banyak dari darah menstruasi. Lokhea ini berbau anyir dalam keadaan normal, tetapi tidak busuk. Pengeluaran lokhea dapat dibagi berdasarkan jumlah dan warnanya yaitu:

a) Lokhea rubra (*cruenta*)

Berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel *desidua*, *vernix caseosa*, lanugo, mekonium. Selama dua hari pasca persalinan.

b) Lokhea sanguinolenta

Berwarna merah kuning berisi darah dan lendir, hari tiga sampai tujuh pasca persalinan.

c) Lokhea serosa

Warnanya kecoklatan mengandung banyak serus, lebih sedikit darah dan laserasi plasenta

d) Lokhea alba

Warnanya putih kekuningan mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan mati

e) Lokhea purulenta

Terjadi infeksi keluar cairan seperti nanah, berbau busuk.

f. Adaptasi Psikologi Masa Nifas

Proses adaptasi psikologi sudah terjadi selama kehamilan, menjelang proses kelahiran maupun setelah persalinan. Pada periode tersebut, kecemasan seorang wanita dapat bertambah. Pengalaman yang unik dialami oleh ibu setelah persalinan. Masa nifas merupakan masa yang rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi.

Tanggung jawab ibu mulai bertambah. Fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas antara lain:⁴³

1) *Fase Taking In*

Fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari ke dua setelah melahirkan. Lebih terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi. Gangguan psikologis yang dapat dialami oleh ibu pada fase ini adalah:

- a) Kekecewaan pada bayinya.
- b) Ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami
- c) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.
- d) Kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya

2) *Fase Taking Hold*

Fase ini berlangsung antara 3 - 10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan/pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya.

Tugas bidan antara lain: Mengajarkan cara perawatan bayi, cara menyusui yang benar, cara perawatan luka jahitan, senam nifas, pendidikan kesehatan gizi, istirahat, kebersihan diri dan lain-lain.

3) *Fase Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu merasa percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya. Dukungan suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi. Kebutuhan akan istirahat masih diperlukan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya. Hal-hal yang harus dipenuhi selama nifas adalah sebagai berikut:

- a) Fisik.
- b) Psikologi.
- c) Sosial.

g. Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan masa nifas dilakukan paling sedikit empat kali yaitu pada 6 jam, 6 hari, 2 minggu dan 6 minggu. Kunjungan ini bertujuan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir juga untuk mencegah, mendeteksi, serta menangani masalah-masalah yang terjadi.⁴⁴

Tabel 2. Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika 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 terjadi hipotermi. g. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, petugas kesehatan harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.
2	6 hari setelah persalinan	a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi dengan baik, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal atau tidak ada bau. b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal. c. Memastikan ibu cukup mendapatkan makanan, cairan 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 agar tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari
3	2 minggu setelah persalinan	Sama seperti kunjungan II yaitu: a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi dengan baik, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal atau tidak ada bau. b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal. c. Memastikan ibu cukup mendapatkan makanan, cairan 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 agar tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
4	6 minggu setelah persalinan	a. Menanyakan pada ibu, penyulit yang ibu atau bayi alami. b. Memberikan konseling KB secara dini.

8. Keluarga Berencana (KB)

a. Pengertian KB

Keluarga berencana merupakan usaha suami istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Prinsip dasar metode kontrasepsi adalah mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi telur wanita (fertilisasi) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang didalam rahim.⁴⁷

Keluarga Berencana (KB) adalah merupakan salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan jalan memberikan nasehat perkawinan, pengobatan kemandulan dan penjarangan kelahiran. KB merupakan tindakan membantu individu atau pasangan suami istri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kelahiran. KB adalah proses yang disadari oleh pasangan untuk memutuskan jumlah dan jarak anak serta waktu kelahiran.⁴⁸

b. Tujuan KB

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. Selain itu, KB juga bertujuan untuk untuk

menurunkan angka kelahiran yang bermakna, untuk mencapai tujuan tersebut maka diadakan kebijakan yang dikategorikan dalam tiga fase (menjarangkan, menunda, dan menghentikan) maksud dari kebijakan tersebut yaitu untuk menyelamatkan ibu dan anak akibat melahirkan pada usia muda, jarak kelahiran yang terlalu dekat dan melahirkan pada usia tua.⁴⁹

c. Pengertian Kontrasepsi

Kontrasepsi berasal dari kata kontra berarti melawan atau mencegah, sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur (sel wanita) yang matang dan sel sperma (sel pria) yang mengakibatkan kehamilan. Maksud dari kontrasepsi adalah menghindari/mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma tersebut.⁵⁰

d. Macam-Macam Metode Kontrasepsi⁵¹

Macam-macam metode kontrasepsi dibagi atas antara lain :

1) Metode Tradisional

Metode yang sudah lama digunakan akan tetapi memiliki tingkat keberhasilan yang rendah. Metode tradisional ini antara lain penggunaan semprot vagina, senggama terputus dan penggunaan agens pembersih vagina.

2) Metode Alamiah tanpa Alat

Metode alamiah yang tanpa alat antara lain metode kelender, metode suhu basal badan, metode lendir servik, metode pantang berkala, metode amenorae laktasi, metode senggama terputus.

3) Metode Alamiah dengan Alat (Metode Barrier)

Metode barrier merupakan metode alamiah yang menggunakan alat terdiri atas kondom, spermiside, diafragma, kap serviks.

4) Metode Modern

Metode modern terdiri dari metode kontrasepsi hormonal dan non hormonal. Metode hormonal terdiri dari pil KB, suntik dan implan dan metode non hormonal terdiri dari IUD.

5) Metode mantap

- a) Kontrasepsi mantap pada wanita Penyinaran, Medis Operatif Wanita (MOW), penyumbatan tuba fallopii secara mekanis dan penyumbatan tuba fallopii secara kimiawi.
- b) Kontrasepsi mantap pada pria Medis Operatif Pria (MOP), penyumbatan vas deferens secara mekanis dan penyumbatan vas deferens secara kimiawi.⁵²

e. Penapisan Kriteria Kelayakan Media Penggunaan Kontrasepsi dengan Roda Klop

1) Pengertian

Kriteria kelayakan medis dalam penggunaan kontrasepsi merupakan bagian dari proses untuk meningkatkan kualitas pelayanan dalam keluarga berencana. Keamanan setiap metode kontrasepsi ditentukan oleh beberapa pertimbangan berkesinambungan kondisi medis atau karakteristik medis terkait; terutama apakah metode kontrasepsi memperburuk kondisi medis atau menciptakan risiko kesehatan tambahan, dan apakah keadaan medis yang membuat metode kontrasepsi kurang efektif.

Keamanan dari metode ini harus dipertimbangkan bersama dengan manfaat mencegah kehamilan yang tidak diinginkan.⁵³

Kategori kondisi klien yang memerlukan penapisan kriteria kelayakan medis:

- a) Kategori 1: Kondisi yang tidak ada batasan untuk penggunaan metode kontrasepsi

- b) Kategori 2: Suatu kondisi di mana keuntungan menggunakan metode umumnya lebih besar dari risiko baik secara teoritis maupun terbukti.
- c) Kategori 3: Suatu kondisi di mana risiko teoritis atau terbukti biasanya lebih besar daripada keuntungan menggunakan metode ini.
- d) Kategori 4: Suatu kondisi yang memiliki risiko kesehatan yang tidak dapat diterima jika metode kontrasepsi digunakan.

2) Tujuan

Penapisan kriteria kelayakan medis dalam penggunaan kontrasepsi dengan Roda KLOP bertujuan untuk:⁵³

- a) Mengidentifikasi kondisi klien yang memerlukan perhatian khusus sebelum menggunakan suatu metode KB, misal merokok, diabetes melitus, hipertensi, HIV, dan lain-lain
- b) Menawarkan panduan tentang keamanan dan penggunaan metode yang berbeda untuk perempuan dan laki-laki dengan karakteristik atau kondisi medis tertentu
- c) Meningkatkan pemahaman penyedia layanan dalam memberikan pelayanan kontrasepsi sesuai kondisi medis dan karakteristik khusus klien
- d) Meningkatkan kualitas pelayanan kontrasepsi yang dapat memenuhi kebutuhan klien sesuai kondisi dan karakteristik khusus yang dimiliki
- e) Meningkatkan angka dan durasi penggunaan kontrasepsi
- f) Memberikan kontribusi terhadap penurunan risiko kematian ibu dan anak

3) Cara menggunakan Roda Klop

Diagram lingkaran ini mencocokkan metode-metode kontrasepsi, ditunjukkan lingkaran yang sebelah dalam, dengan kondisi-kondisi medis spesifik atau karakteristik yang

ditunjukkan lingkaran sebelah luar. Nomor yang ditunjukkan pada bagian tersebut menunjukkan apakah wanita dengan kondisi medis atau karakteristik tertentu dapat memulai menggunakan metode kontrasepsi tersebut.⁵³

Tabel 3. Kategori Penilaian Klien

Kategori	Dengan Penilaian Klinik	Dengan Keterbatasan Penilaian Klinik
1	Metode tersebut dapat digunakan dalam setiap keadaan	Dapat digunakan
2	Secara umum metode tersebut dapat digunakan	
3	Penggunaan metode tersebut biasanya tidak direkomendasikan kecuali tidak ada metode lain yang tersedia atau dapat diterima pasien	Tidak dapat digunakan
4	Metode tersebut tidak dapat digunakan	

4) Prosedur Penggunaan Roda Klop

Setelah klien memperoleh informasi terkait kondisi dan masalah kesehatan klien pada tahap konseling, maka dilakukan penapisan kelayakan medis menggunakan Roda KLOP dengan langkah sebagai berikut:⁵³

- a) Tanyakan kondisi dan masalah kesehatan klien dengan menggali riwayat penyakit sekarang dan riwayat penyakit dahulu.
- b) Cocokkanlah kondisi-kondisi medis atau karakteristik khusus yang dimiliki klien (ditunjukkan pada diagram lingkaran sisi luar) dengan metode-metode kontrasepsi (ditunjukkan pada diagram lingkaran sisi dalam).

- c) Lihatlah rekomendasi penggunaan metode-metode kontrasepsi yang ditunjukkan dengan nomor atau huruf. Nomor atau huruf ini merupakan kategori yang menunjukkan apakah klien dapat mulai menggunakan suatu metode kontrasepsi.
- d) Selain terdapat pada diagram lingkaran sisi luar, beberapa kondisi medis atau karakteristik khusus tertentu juga dapat dilihat pada diagram lingkaran sisi belakang.
Seluruh kondisi medis atau karakteristik khusus yang terdapat pada diagram lingkaran sisi belakang memiliki Kategori 1 dan 2, artinya setiap metode kontrasepsi non-sterilisasi dapat digunakan.
- e) Lihatlah deskripsi nomor dan huruf untuk rekomendasi penggunaan kontrasepsi. Kategori ini dibedakan untuk metode kontrasepsi non-sterilisasi dan metode kontrasepsi sterilisasi
- f) Jika nomor atau huruf diikuti kode tertentu misal (3A, Cb), lihatlah keterangan kode tersebut pada diagram lingkaran sisi belakang.
- g) Jika diperlukan, buatlah tabel bantu untuk mempermudah penapisan kelayakan medis. Pada kolom kondisi, isilah dengan kondisi medis atau karakteristik khusus yang dimiliki klien. Pada kolom “Metode” isilah dengan nomor atau kode rekomendasi yang tertera pada diagram lingkaran.
- h) Berikanlah informasi kepada klien tentang hasil penapisan kelayakan medis sesuai kondisi medis dan karakteristik khusus yang dimiliki klien.
- i) Bila klien setuju dengan hasil penapisan, lanjutkanlah dengan permintaan informed consent dan pemberian pelayanan kontrasepsi sesuai standar.

- j) Bila klien tidak setuju dengan hasil penapisan, lakukanlah konseling ulang pada kunjungan berikutnya atau berikanlah kesempatan kepada klien untuk berdiskusi bersama pasangan. Sementara itu, anjurkan klien dan pasangan untuk menggunakan kontrasepsi metode barrier/ kondom.
- k) Lakukan pencatatan hasil penapisan dan keputusan klien pada rekam medis dan buku KIA.

f. KB IUD

a) Pengertian

IUD adalah salah satu alat kontrasepsi modern yang telah dirancang sedemikian rupa (baik bentuk, ukuran, bahan, dan masa aktif fungsi kontrasepsinya), diletakkan dalam kavum uteri sebagai usaha kontrasepsi, menghalangi fertilisasi, dan menyulitkan telur berimplimentasi dalam uterus.⁵⁴

AKDR adalah suatu alat untuk mencegah kehamilan yang efektif, aman dan refersible yang terbuat dari plastik atau logam kecil yang dimasukkan dalam uterus melalui kanalis servikalis.⁵⁵ IUD adalah suatu alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rahim yang bentuknya bermacam-macam, terdiri dari plastic (polythylene), ada yang dililit tembaga (Cu) ada pula yang tidak, tetapi ada pula yang dililit dengan tembaga bercampur perak (Ag). Selain itu ada pula yang batangnya berisi hormon progesterone.⁵⁶

b) Waktu Pemasangan IUD

- 1) Immediate Post Partum Insertion (IPP) IUD yang dipasang dalam waktu 10 menit setelah plasenta dilahirkan.
- 2) Early Post Partum Insertion (EP) IUD yang dipasang dalam waktu 48 jam setelah plasenta dilahirkan.
- 3) Interval Insertion (INT) IUD yang dipasang setelah 6 minggu post partum.

c) Mekanisme Kerja Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR)

Cara kerja AKDR yaitu mencegah sperma dan ovum bertemu dengan mempengaruhi kemampuan sperma agar tidak mampu fertilisasi, mempengaruhi implantasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, dan menghalangi implantasi embrio pada endometrium.⁵⁶ AKDR mencegah terjadinya fertilisasi, tembaga pada AKDR menyebabkan reaksi inflamasi steril, toksik buat sperma sehingga tidak mampu untuk fertilisasi. Cara kerja dari AKDR yaitu menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii karena adanya ion tembaga yang dikeluarkan AKDR dengan cupper menyebabkan gangguan gerak spermatozoa.

AKDR memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus karena terjadinya pematatan endometrium oleh leukosit, makrofag, dan limfosit menyebabkan blastoksis mungkin dirusak oleh makrofag dan blastoksis. Alat ini merupakan metode kontrasepsi yang paling efektif. Tetapi menyebabkan pola perdarahan menstruasi berubah dan tidak teratur, selama tiga sampai enam bulan pertama, jumlah hari perdarahan dan bercak darah dapat meningkat, selama enam bulan kedua, jumlah hari perdarahan dan bercak darah masih tidak teratur, tetapi berkurang. Amenore dapat dialami oleh kurang lebih 20% wanita pada akhir tahun pertama penggunaan alat kontrasepsi IUD. Seorang wanita dapat kembali subur jika IUD dilepas, tetapi alat ini tidak melindungi wanita dari penyakit menular seksual atau infeksi HIV.⁵⁷

d) Efektivitas IUD

Efektivitas AKDR tergolong tinggi yaitu 99,2 – 99,4% (0,6 – 0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama). Telah dibuktikan tidak menambah risiko infeksi, perforasi dan

perdarahan. Kemampuan penolong meletakkan di fundus amat memperkecil risiko ekspulsi.⁵⁸

- 1) Efektifitas dan AKDR/IUD dilihat dari berapa lama AKDR/IUD tetap tinggal in-utero tanpa ekspulsi spontan, terjadinya kehamilan dan pengangkatan/pengeluaran karena alasan-alasan medis atau pribadi.
- 2) Efektifitas dari bermacam-macam AKDR/IUD tergantung pada ukuran IUD, bentuk IUD, IUD yang mengandung progesterone serta umur, paritas dan frekuensi sanggama pada akseptor.
- 3) Dari faktor-faktor yang berhubungan dengan akseptor yaitu ummur dan paritas diketahui makin tua usia maka makin rendah angka kehamilan, ekspulsi dan pengangkatan/pengeluaran AKDR/IUD. Makin muda usia, terutama pada mulligard maka makin tinggi angka ekspulsi dan pengangkatan/pengeluaran AKDR/IUD.
- 4) Use-effectiveness dari AKDR/IUD tergantung pada variabel administrative, pasien dan medis, termasuk kemudahan insersi, pengalaman pemasang, kemungkinan ekspulsi dari pihak akseptor, kemampuan akseptor untuk mengetahui terjadinya ekspulsi dan kenudahan akseptor untuk mendapatkan pertolongan medis.⁵⁵

e) Keuntungan dan Kerugian KB IUD

- 1) Keuntungan
 - Efektifitasnya tinggi
 - IUD sangat efektif segera setelah pemasangan
 - Sangat efektif karena tidak perlu mengingat-ingat kapan harus ber KB
 - Tidak mempengaruhi hubungan seksual
 - Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut hamil

- Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
- Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
- Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir).
- Mencegah kehamilan ektopik

2) Kerugian

- Perubahan siklus haid (pada tiga bulan pertama dan akan berkurang setelah tiga bulan)
- Haid lebih lama dan banyak
- Perdarahan (spotting) antar menstruasi
- Saat haid lebih sakit
- Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang berganti-ganti pasangan

9. Kewenangan Bidan

Wewenang bidan sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2021 tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan dan masa sesudah melahirkan, pelayanan kontrasepsi dan pelayanan kesehatan seksual yaitu pada pasal 5 ayat 2 yaitu dengan kegiatan pelayanan kesehatan masa sebelum hamil sebagaimana dimaksud yaitu pemberian KIE, pelayanan konseling, pelayanan suplemen gizi dan lain lain, pada pasal 8 ayat 2 poin (c) yaitu dilakukan pemeriksaan tanda dan gejala anemia pada ibu hamil. Pada pasal 13 ayat 7 poin (g) yaitu pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet, pada poin (h) yaitu melakukan tes laboratorium salah satunya pemeriksaan Hb pada ibu hamil.⁵⁹

Bagian Ketiga Permenkes Nomor 21 Tahun 2021 tentang Persalinan pasal 16 menyebutkan bahwa dalam memberikan pertolongan persalinan harus dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan, dilakukan oleh tim paling sedikit 1 orang tenaga medis dan 2 orang tenaga

kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan tim yang dimaksud yaitu dokter, bidan atau perawat. Pada pasal 18 menyebutkan bahwa persalinan harus memenuhi 7 aspek meliputi: membuat keputusan klinik, asuhan sayang ibu dan bayi termasuk IMD dan resusitasi BBL, pencegahan infeksi, pencegahan penularan penyakit dari ibu ke anak, persalinan bersih dan aman, pencatatan atau rekam medis asuhan persalinan dan rujukan pada kasus komplikasi ibu dan bayi baru lahir.⁵⁹

Peran bidan terhadap kesehatan reproduksi wanita tertuang dalam Kepmenkes No. 320 Tahun 2020 tentang standar profesi bidan yang sesuai kasus yakni bidan berwenang memberikan Asuhan Kebidanan pada pelayanan keluarga berencana dan Kesehatan reproduksi. Melakukan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi pada Kesehatan reproduksi, atau masa subur, dan KB masa nifas, serta asuhan pascakeguguran dan dilanjutkan dengan rujukan.⁶⁰

10. Asuhan Kebidanan

a. Pengkajian Data Subjektif

1. Identitas

- a. Nama: Nama jelas dan lengkap agar tidak keliru dalam memberikan penanganan.
- b. Umur: Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Usia pasien merupakan faktor penting dalam evaluasi.
- c. Pendidikan: Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkatan intelektualnya, sehingga dan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya
- d. Pekerjaan: Mengetahui pekerjaan klien adalah penting untuk mengetahui apakah klien berada dalam keadaan masih sekolah, bekerja, dan status ekonomi keluarga

e. Alamat: Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan.

2. Data Subjektif

Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang mempunyai ketidaksempurnaan dalam wicara, di bagian data di belakang huruf “S”, diberi tanda huruf “O” atau “X”. Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderita tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.⁶¹

a) Keluhan Utama: Pasien harus didorong untuk mengekspresikan keluhannya dengan menggunakan kata-katanya sendiri. Pertanyaan- pertanyaan terbuka yang terkait dengan keluhan tersebut dapat membantu mengklarifikasi rincian keluhan tersebut.

b) Riwayat Menstruasi:

- 1) Menarche: Menarche adalah usia pertama kali mengalami menstruasi. Wanita haid pertama kali umumnya sekitar 12-16 tahun. Hal ini dipengaruhi oleh keturunan, keadaan gizi, bangsa, lingkungan, iklim, dan keadaan umum.
- 2) Siklus Haid: Siklus haid adalah jarak antara haid yang dialami dengan haid berikutnya, dalam hitungan hari. Biasanya sekitar 23-32 hari, siklus haid yang normal adalah 28 hari.
- 3) Lamanya Haid: Lamanya haid yang normal adalah ± 7 hari. Apabila sudah mencapai 15 hari berarti sudah abnormal dan kemungkinan adanya gangguan ataupun penyakit yang mempengaruhi.

- 4) Volume: Data ini menjelaskan seberapa banyak darah yang dikeluarkan. Sebagai acuan biasanya digunakan kriteria banyak, sedang, dan sedikit. Biasanya untuk menggali lebih dalam pasien ditanya sampai berapa kali ganti pembalut dalam sehari. Normalnya yaitu 2 kali ganti pembalut dalam sehari. Apabila darahnya terlalu berlebih, itu berarti telah menunjukkan gejala kelainan banyaknya darah haid
- c) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu
Untuk mengetahui jumlah kelahiran, persalinan, nifas, dan komplikasi yang pernah dialami, penentuan metode untuk ber-KB dapat dipertimbangkan berdasarkan jumlah kelahiran atau anak yang dimiliki, saat dalam masa nifas atau menyusui terdapat jenis kontrasepsi yang tidak dianjurkan untuk menyusui, sehingga perlu dilakukan pengkajian dalam hal ini.
- d) Riwayat kontrasepsi sebelumnya
Jenis kontrasepsi sebelumnya sangat penting dikaji terkait masa habis penggunaan kontrasepsi sebelumnya, dan masalah atau keluhan yang dialami dalam penggunaan alat kontrasepsi sebelumnya.
- e) Riwayat Penyakit
- (1) Riwayat penyakit sekarang
Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan keadaannya.
- (2) Riwayat penyakit sistemik
Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut, kronis seperti: Jantung, DM, Hipertensi, Asma yang dapat mempengaruhi keadaannya.

(3) Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien, yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertainya.

f) Pola pemenuhan sehari-hari

(1) Nutrisi: pengaturan pola makan juga memegang peranan yang tidak kalah penting. Makan terlalu banyak atau terlalu sedikit, sangat berperan terhadap gejala-gejala sindrom premenstruasi.

(2) Aktivitas: Data ini memberikan gambaran tentang seberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan pasien di rumah.

(3) Istirahat: Jadwal istirahat perlu diperhatikan karena istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani.

g) Data Psikologis

Dikaji untuk mengetahui bagaimana perasaan klien menghadapi gangguan sistem reproduksi dengan premenstruasi sindrom sekarang ini.

b. Pengkajian Data Objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnostik lain. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis. Data objektif adalah data yang dapat diobservasi dan diukur oleh bidan.⁶¹ Yang termasuk dalam komponen-komponen pengkajian data obyektif kasus ini adalah:

1) *Vital Sign*

Tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, pernafasan, suhu) untuk mengetahui keadaan pasien berkaitan dengan kondisi yang dialaminya.

2) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik meliputi:

a) Kepala

(1) Wajah : Untuk mengetahui keadaan wajah tampak pucat atau tidak.

(2) Mata : Konjungtiva pucat atau tidak, sclera putih atau tidak, mata cekung atau tidak. Menstruasi yang banyak akan mengakibatkan anemia sedang karena kadar hemoglobin rendah.

b) Mulut, gigi, gusi

Bersih/kotor, ada stomatitis/tidak, ada caries gigi atau tidak, ada karang gigi atau tidak, gusi berdarah atau tidak.

c) Kuku : Bersih atau kotor, pucat atau tidak.

d) Dada dan axilla : Untuk mengetahui keadaan payudara, simetris atau tidak, ada benjolan atau tidak, ada nyeri atau tidak.

e) Abdomen : Apakah ada luka bekas operasi, ada benjolan atau tidak, ada nyeri atau tidak.

f) Ekstremitas : Ekstremitas atas dan bawah ada cacat atau tidak, oedema atau tidak, terdapat varices atau tidak.

3) Pemeriksaan Penunjang

Data penunjang digunakan sebagai pendukung diagnosis apabila diperlukan, misalnya pemeriksaan laboratorium.

b. Interpretasi Data

1) Diagnosis Kebidanan

Diagnosis kebidanan adalah diagnosis yang ditegakkan dalam lingkungan praktik kebidanan dan memenuhi standar

nomenklatur diagnosis kebidanan yang dikemukakan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosis.

2) Masalah

Masalah dalam hal ini adalah masalah yang berkaitan dengan pengalaman pasien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosis sesuai dengan keadaan pasien.

3) Kebutuhan

Kebutuhan adalah hal-hal yang dibutuhkan pasien sebelum teridentifikasi dalam diagnosis atau masalah yang didapatkan dengan melakukan analisis.

4) Diagnosis/ Masalah Potensial

Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial yang mungkin terjadi. Pada langkah ini diidentifikasi masalah atau diagnosis potensial berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis, hal ini membutuhkan antisipasi, pencegahan, apabila memungkinkan menunggu mengamati dan bersiap-siap apabila hal tersebut benar-benar terjadi.

c. Rencana Tindakan/ Pelaksanaan

Planning/perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesehatannya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu klien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter.⁶¹