BAB II
TINJAUAN KASUS DAN TEORI

A. Tinjauan Kasus

1. Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

   a. Tanggal 02 April 2026

      Pada tanggal 02 April 2026 pukul 16.00 WIB dilakukan kunjungan rumah pada Ny. NAP untuk pemantauan kehamilan. Hasil pengkajian didapatkan identitas pasien yaitu Ny. NAP berusia 21 tahun, beragama Islam, pendidikan terakhir SMA, dan bekerja sebagai ibu rumah tangga. Ibu bertempat tinggal di Cebongan Lor, Tlogoadi, Mlati, Sleman, dengan nomor telepon 0824XXXXXXXX. Suami bernama Tn. RA berusia 25 tahun, beragama Islam, pendidikan terakhir SMP, dan bekerja sebagai buruh. Ibu tinggal bersama suami di alamat yang sama.

      Kehamilan ini merupakan kehamilan pertama (G1P0A0AH0) dan ibu belum pernah mengalami abortus. Riwayat HPHT ibu yaitu tanggal 14 Juli 2025 dengan HPL (Hari Perkiraan Lahir) pada tanggal 21 April 2026. Saat ini usia kehamilan ibu berdasarkan perhitungan adalah 37 minggu 2 hari. Ibu sebelumnya melakukan pemeriksaan kehamilan di Puskesmas Mlati II dan pada pemeriksaan terakhir ibu meminta rujukan untuk pemeriksaan lebih lanjut ke rumah sakit. Ibu mengatakan telah menikah sah sebanyak 1 kali pada usia 20 tahun dengan lama pernikahan 1 tahun.

      Ibu menarche pada usia 13 tahun dengan siklus menstruasi 28 hari, teratur, lama 5 hari, dengan jumlah darah 3-4 kali ganti pembalut per hari. Riwayat menstruasi dalam batas normal. Selama kehamilan ini ibu rutin melakukan pemeriksaan kehamilan di Puskesmas Mlati II sejak usia kehamilan ±7 minggu. Ibu tidak memiliki riwayat penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes melitus, TBC, maupun penyakit menular lainnya sebelum hamil.

      Pemenuhan nutrisi ibu sehari makan 3-4 kali per hari dengan jenis makanan nasi, lauk, sayur, dan buah dalam porsi sedang. Minum

air putih kurang lebih 12 gelas ukuran sedang (±350 ml) per hari. Ibu mengatakan hanya mengonsumsi sayur yang disukai seperti sayur sop dan kurang menyukai sayuran hijau. Pola eliminasi BAK ±6-8 kali per hari dan BAB 1 kali setiap pagi. Pola istirahat tidur malam 5-6 jam dan tidur siang ±30 menit sampai 1 jam.

Berdasarkan hasil pengkajian objektif didapatkan keadaan umum ibu baik, kesadaran compos mentis, tekanan darah 135/94 mmHg, nadi 90 x/menit, respirasi 20 x/menit, suhu 36,5°C. Tinggi badan ibu 148 cm, berat badan sebelum hamil 48 kg dan berat badan saat ini 60,5 kg sehingga terjadi kenaikan berat badan 12,5 kg dengan IMT sebelum hamil 21,9 kg/m². Lingkar Lengan Atas (LILA) 24 cm.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan mata tampak konjungtiva sedikit pucat dan sklera tidak ikterik. Wajah tidak tampak edema. Pemeriksaan leher tidak ditemukan pembesaran kelenjar tiroid maupun bendungan vena jugularis. Pada pemeriksaan payudara, puting susu menonjol dan belum terdapat pengeluaran ASI. Pada pemeriksaan abdomen didapatkan pembesaran sesuai usia kehamilan, tidak terdapat bekas operasi, dan tidak ada tanda komplikasi. Tinggi fundus uteri (TFU) menggunakan metode McDonald adalah 29 cm. Pada pemeriksaan Leopold I teraba bagian lunak dan tidak melenting di fundus yaitu bokong. Leopold II teraba punggung janin berada di sebelah kanan ibu. Leopold III teraba bagian terbawah janin yaitu kepala. Leopold IV menunjukkan kepala janin belum masuk pintu atas panggul (PAP) dan masih dapat digoyangkan. Denyut jantung janin (DJJ) 132 x/menit, reguler. Gerakan janin masih aktif dirasakan ibu dalam 12 jam terakhir ±15 kali. Taksiran berat janin ±2.635 gram. Pada pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah tidak ditemukan edema objektif.

Pemeriksaan laboratorium tanggal 15 Januari 2026 didapatkan golongan darah A+, GDS sewaktu 97 mg/dL, HBsAg non reaktif, sifilis non reaktif, HIV non reaktif, protein urine negatif, serta reduksi urine

negatif. Pemeriksaan laboratorium tanggal 01 April 2026 didapati hasil hemoglobin (Hb) menunjukkan kadar 10,8 g/dL (anemia ringan), protein urine negatif, serta reduksi urine negatif.

Berdasarkan data subjektif dan objektif ditegakkan analisis kebidanan yaitu Ny. NAP usia 21 tahun G1P0A0AH0 usia kehamilan 37 minggu 2 hari dengan hipertensi gestasional dan anemia ringan. Kondisi ini berisiko menimbulkan preeklamsia atau eklampsia, gangguan perfusi uteroplasenta, gawat janin, persalinan prematur, serta perdarahan postpartum.

Berdasarkan kondisi tersebut, ibu memerlukan pemantauan kondisi ibu dan janin secara berkala, edukasi mengenai hipertensi gestasional dan anemia ringan, pemenuhan nutrisi seimbang sesuai kondisi kehamilan, kepatuhan konsumsi MMS (*Multiple Micronutrient Supplement*), kalsium, serta terapi antihipertensi sesuai anjuran medis yaitu pemberian methyldopa untuk membantu mengontrol tekanan darah. Selain itu diperlukan persiapan persalinan yang matang, pemahaman mengenai tanda bahaya kehamilan trimester III dan tanda persalinan, serta kebutuhan rujukan ke rumah sakit untuk pemantauan dan penatalaksanaan lebih lanjut sesuai kondisi ibu dan janin.

Penatalaksanaan diawali dengan menjelaskan kepada ibu dan suami bahwa hasil pemeriksaan menunjukkan tekanan darah ibu meningkat serta kadar hemoglobin rendah sehingga ibu memerlukan pemantauan lebih lanjut di fasilitas kesehatan rujukan. Ibu telah mendapatkan surat rujukan dari Puskesmas Mlati II untuk melakukan pemeriksaan lanjutan di RS Sakina Idaman. Ibu dianjurkan segera menggunakan surat rujukan tersebut untuk melakukan pemeriksaan lanjutan di RS Sakina Idaman guna pemantauan kondisi hipertensi gestasional dan anemia ringan pada kehamilan.

Diberikan KIE mengenai hipertensi gestasional yang meliputi pengertian, penyebab, serta komplikasi yang dapat terjadi seperti preeklamsia, gangguan pertumbuhan janin, dan risiko persalinan

prematur. Ibu juga diberikan KIE terkait nutrisi pada kondisi hipertensi, yaitu dengan mengurangi konsumsi garam berlebihan, makanan instan, serta makanan kemasan, dan dianjurkan untuk memperbanyak konsumsi makanan segar dengan gizi seimbang. Selain itu, diberikan KIE mengenai anemia ringan yang mencakup konsumsi makanan tinggi zat besi seperti daging, hati, telur, ikan, kacang-kacangan, serta sayuran hijau, yang disertai asupan vitamin C untuk membantu meningkatkan penyerapan zat besi dalam tubuh. Ibu dianjurkan untuk mengonsumsi MMS (*Multiple Micronutrient Supplement*) sebanyak 2x1 tablet pada malam hari serta kalsium 1x1 tablet pada pagi hari secara teratur, serta diberikan terapi antihipertensi berupa methyldopa 250 mg 2x1 sesuai anjuran tenaga kesehatan untuk membantu mengontrol tekanan darah selama kehamilan.

Ibu diberikan KIE aktivitas yaitu aktivitas ringan seperti jalan pagi, menghindari aktivitas berat, serta tidak berdiri terlalu lama. KIE istirahat yaitu tidur malam 7-8 jam, tidur siang 1-2 jam, serta posisi miring kiri untuk meningkatkan aliran darah ke janin. Ibu juga diberikan KIE ketidaknyamanan trimester III seperti sering BAK, nyeri punggung, kram kaki, sesak ringan, mudah lelah, edema kaki, dan sulit tidur beserta cara mengatasinya. Selanjutnya diberikan KIE tanda bahaya trimester III yaitu nyeri kepala hebat, pandangan kabur, nyeri ulu hati, perdarahan, ketuban pecah dini, gerakan janin berkurang, kejang, dan edema berat.

Ibu juga diberikan KIE tanda persalinan yaitu kontraksi teratur semakin kuat, keluar lendir bercampur darah, dan pecahnya ketuban. Ibu dan suami juga diedukasi mengenai persiapan persalinan meliputi tempat, transportasi, biaya, pendamping, dan donor darah. Di akhir penatalaksanaan ibu dianjurkan segera melakukan pemeriksaan lanjutan ke RS Sakina Idaman berdasarkan rujukan dari Puskesmas Mlati II serta tetap melakukan kontrol sesuai anjuran tenaga kesehatan untuk pemantauan ibu dan janin.

Ibu diberikan KIE mengenai Keluarga Berencana (KB) sebagai bagian dari upaya perencanaan kehamilan pascapersalinan, yang mencakup pengertian, tujuan, manfaat, serta berbagai pilihan metode kontrasepsi yang dapat digunakan sesuai kondisi ibu. Ibu dan suami juga diberikan penjelasan mengenai Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) yang dianjurkan untuk segera dipasang setelah persalinan apabila melahirkan di fasilitas kesehatan. Apabila ibu tidak bersedia menggunakan MKJP, maka diberikan alternatif metode kontrasepsi sementara berupa pil KB (mini pil) dan kondom sebagai pilihan awal untuk mencegah kehamilan yang tidak direncanakan. Kegiatan KIE KB ini merupakan salah satu program Puskesmas dalam rangka meningkatkan cakupan penggunaan KB pascapersalinan serta mendukung program pemerintah dalam pengendalian angka kelahiran.

b. Tanggal 05 April 2026

Mahasiswa datang ke rumah Ny. NAP pada tanggal 05 April 2026 pukul 16.00 WIB. Ny. NAP mengatakan telah melakukan pemeriksaan lanjutan di RS Sakina Idaman pada tanggal 03 April 2026 sesuai rujukan dari Puskesmas Mlati II. Pada kunjungan ini ibu mengatakan tidak ada keluhan, pusing sudah tidak dirasakan, hanya sesekali merasa pusing ringan saat bangun tidur, serta gerakan janin masih aktif dirasakan. Ibu juga mengatakan belum merasakan tanda-tanda persalinan. Usia kehamilan ibu saat ini 37 minggu 2 hari.

Berdasarkan pengkajian data objektif didapatkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis, TD: 138/92 mmHg, N: 88 x/menit, P: 20 x/menit, S: 36,5°C. Pemeriksaan fisik dari kepala hingga kaki didapatkan konjungtiva sedikit pucat, sklera tidak ikterik, dan tidak ditemukan edema pada wajah maupun ekstremitas. Pada pemeriksaan abdomen didapatkan TFU 29 cm (McDonald), Leopold I bokong, Leopold II punggung kanan, Leopold III kepala, dan Leopold IV kepala belum masuk PAP. DJJ 145 x/menit, reguler, gerakan janin dalam 12 jam terakhir ±15 kali, serta tidak ditemukan edema pada ekstremitas.

Berdasarkan hasil pemeriksaan di RS Sakina Idaman sebelumnya kondisi ibu dengan hipertensi gestasional dalam keadaan terkontrol dengan anjuran pemantauan ketat, serta anemia ringan yang masih memerlukan kepatuhan konsumsi MMS (*Multiple Micronutrient Supplement*) secara teratur serta terapi antihipertensi sesuai anjuran medis yaitu pemberian methyldopa untuk membantu mengontrol tekanan darah.

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut diagnosis kebidanan pada kunjungan ini adalah Ny. NAP usia 21 tahun G1P0A0AH0 usia kehamilan 37 minggu 5 hari dengan kehamilan janin tunggal hidup intrauterin, presentasi kepala, punggung kanan, dengan hipertensi gestasional terkontrol dan anemia ringan. Diagnosa potensial pada kondisi ini adalah risiko preeklamsia/eklampsia, gangguan perfusi uteroplasenta, gawat janin, persalinan prematur, serta perdarahan postpartum. Kebutuhan ibu saat ini meliputi pemantauan tekanan darah dan kondisi janin secara berkala, kesiapan menghadapi persalinan, kepatuhan kontrol di fasilitas kesehatan, serta pemenuhan nutrisi, istirahat, dan aktivitas sesuai kondisi kehamilan.

Penatalaksanaan diawali dengan menjelaskan kepada ibu dan suami bahwa kondisi ibu saat ini relatif stabil namun tetap memerlukan pemantauan karena masih terdapat hipertensi gestasional dan anemia ringan. Ibu dianjurkan tetap melakukan kontrol sesuai anjuran RS Sakina Idaman serta memantau kondisi kehamilan secara rutin. Selanjutnya diberikan KIE mengenai hipertensi gestasional yang saat ini dalam kondisi terkontrol, namun tetap berisiko mengalami peningkatan tekanan darah sehingga ibu perlu menjaga pola hidup sehat dan kepatuhan kontrol. Ibu juga diberikan KIE nutrisi dengan pembatasan konsumsi garam, makanan instan, dan makanan tinggi natrium, serta peningkatan konsumsi makanan tinggi zat besi seperti daging, hati, telur, ikan, kacang-kacangan, dan sayuran hijau. Karena ibu kurang

menyukai sayuran hijau, dianjurkan tetap mengombinasikannya dalam sayur sop agar kebutuhan zat gizi tetap terpenuhi.

Ibu dianjurkan tetap mengonsumsi MMS (*Multiple Micronutrient Supplement*) 2x1 pada malam hari dan kalsium 1x1 pada pagi hari secara teratur, terapi antihipertensi berupa methyldopa 250 mg sebanyak 2x1 kali sehari. Selain itu diberikan KIE aktivitas ringan, menghindari aktivitas berat, serta tidak berdiri terlalu lama. KIE istirahat juga diberikan yaitu tidur malam 7-8 jam, tidur siang 1-2 jam, serta posisi tidur miring kiri untuk membantu sirkulasi darah ke janin. Ibu juga diberikan KIE mengenai ketidaknyamanan trimester III seperti mudah lelah, sesak ringan, kram kaki, nyeri punggung, dan sering BAK, serta cara mengatasinya. Selain itu diberikan KIE tanda bahaya kehamilan trimester III dan tanda persalinan yaitu kontraksi teratur yang semakin kuat dan sering, keluarnya lendir bercampur darah (show), serta pecahnya ketuban. Di akhir kunjungan ibu dianjurkan tetap melakukan kontrol rutin ke fasilitas kesehatan sesuai jadwal, serta dijadwalkan kontrol ulang ke RS Sakina Idaman pada tanggal 09 April 2026 untuk pemantauan kondisi ibu dan janin. Ibu juga diingatkan untuk segera datang ke fasilitas kesehatan apabila terdapat tanda bahaya atau keluhan.

Ibu diberikan KIE mengenai Keluarga Berencana (KB) sebagai upaya perencanaan kehamilan pascapersalinan, meliputi pengertian, manfaat, serta pilihan metode kontrasepsi yang sesuai kondisi ibu. Ibu juga diberikan penjelasan mengenai MKJP yang dianjurkan segera setelah persalinan, serta alternatif pil KB (mini pil) dan kondom apabila tidak bersedia menggunakan MKJP. Program KIE KB ini merupakan salah satu upaya Puskesmas dalam meningkatkan cakupan KB pascapersalinan. Ibu mengatakan sepertinya akan memilih menggunakan KB suntik 3 bulan setelah masa nifas, dan sementara dibekali kondom hingga waktu pemasangan KB. Ibu menyatakan akan melakukan kunjungan ulang sesuai jadwal.

2. Asuhan Kebidanan pada Persalinan

Pada tanggal 09 April 2026 ibu memberi kabar melalui WhatsApp kepada mahasiswa bahwa hasil pemeriksaan USG di RS Sakina Idaman menunjukkan janin tunggal, presentasi kepala, dengan riwayat hipertensi gestasional dan oligohidramnion. Usia kehamilan ibu saat ini adalah 38 minggu 4 hari. Hasil pemeriksaan USG didapatkan kondisi oligohidramnion dengan keadaan hipertensi gestasional sehingga dokter menyarankan untuk segera dilakukan tindakan Operasi *Sectio Caesarea*. Ibu kemudian dilakukan persiapan operasi dan dirawat di RS Sakina Idaman dengan tetap diberikan dukungan mental agar ibu tidak cemas serta menganjurkan suami dan keluarga untuk selalu mendampingi dan memberikan dukungan kepada ibu. Operasi *Sectio Caesarea* dilaksanakan pada tanggal 10 April 2026 pukul 09.30 WIB di RS Sakina Idaman.

3. Asuhan Kebidanan pada BBL

Bayi lahir pada tanggal 10 April 2026 pukul 09.30 WIB di RS Sakina Idaman dengan tindakan Sectio Caesarea. Bayi lahir dengan jenis kelamin laki-laki, segera menangis kuat, dengan APGAR score 1 menit 8, 5 menit 10, dan 10 menit 10. Usia kehamilan saat lahir 38 minggu 4 hari. Berat badan lahir 2780 gram, panjang badan 49 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 32 cm, lingkar perut 31 cm, serta lingkar lengan atas 11 cm. Anak merupakan anak pertama (anak ke-1). Karena persalinan dilakukan secara *Sectio Caesarea* tidak dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) secara langsung di ruang operasi.

Selanjutnya bayi dilakukan perawatan awal di ruang bayi meliputi menjaga kehangatan tubuh bayi, observasi tanda vital, pemantauan adaptasi pernapasan, pencegahan infeksi, serta memastikan bayi dalam kondisi stabil. Bayi kemudian mulai mendapatkan asupan Air Susu Ibu (ASI) segera setelah kondisi ibu memungkinkan.

4. Asuhan Kebidanan pada Nifas dan Menyusui

a. KF 1 dilakukan tanggal 12 April 2026

Pengkajian dilakukan secara langsung pada tanggal 12 April 2026 pukul 14.40 WIB di rumah Ny. NAP. Ibu mengatakan telah pulang dari RS Sakina Idaman pada tanggal 11 April 2026. Saat ini ibu berada pada masa nifas hari ke-2 post Sectio Caesarea. Ibu mengatakan masih merasakan nyeri luka operasi dan mulas pada perut bagian bawah, serta keluar darah nifas berwarna merah kecoklatan. Ibu mengatakan ASI sudah mulai keluar namun masih sedikit. Ibu sudah dapat BAK dan BAB, serta sudah mampu melakukan mobilisasi ringan seperti duduk, berjalan ke kamar mandi, dan menyusui bayi. Ibu dan keluarga merasa senang dengan kelahiran bayinya.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis, tanda vital dalam batas normal (TD: 120/80 mmHg, N: 84 x/menit, P: 20 x/menit, S: 36,6°C). Perdarahan berupa lochea rubra dalam jumlah normal, tidak berbau, dan tidak berlebihan. Involusi uterus baik dengan tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat dan kontraksi uterus teraba baik/kuat. Luka operasi Sectio Caesarea tampak bersih, tidak ada tanda infeksi, tidak ada perdarahan aktif, serta balutan dalam kondisi baik.

Berdasarkan hasil pengkajian dan pemeriksaan ditegakkan diagnosa kebidanan pada Ny. NAP P1A0AH1 postpartum Sectio Caesarea hari ke-2 dalam keadaan umum baik dengan masalah ASI masih sedikit. Diagnosa potensial pada kasus ini yaitu risiko infeksi pada luka operasi Sectio Caesarea dan masa nifas dini, risiko perdarahan postpartum lanjut yang berkaitan dengan proses involusi uterus pada masa nifas awal, serta risiko ketidakefektifan pemberian ASI yang berhubungan dengan produksi ASI yang masih belum optimal. Kebutuhan ibu meliputi pemantauan masa nifas dan kondisi luka operasi Sectio Caesarea, edukasi tanda bahaya masa nifas, perawatan luka operasi, serta teknik menyusui yang benar untuk meningkatkan produksi ASI. Ibu juga membutuhkan pemenuhan nutrisi tinggi protein untuk mendukung penyembuhan luka, istirahat cukup, mobilisasi bertahap,

serta dukungan suami dan keluarga dalam perawatan bayi untuk mencegah kelelahan dan stres postpartum, serta kepatuhan konsumsi obat dan kontrol ulang ke fasilitas kesehatan sesuai jadwal.

Penatalaksanaan yang diberikan difokuskan pada pemantauan masa nifas awal post Sectio Caesarea serta pencegahan komplikasi. Ibu diberikan penjelasan bahwa nyeri pada luka operasi serta pengeluaran lochea rubra merupakan proses fisiologis normal pada masa nifas hari ke-1 sampai ke-3 selama tidak disertai tanda infeksi maupun perdarahan berlebihan, serta dijelaskan bahwa kontraksi uterus (after pain) merupakan tanda baik dari proses involusi uterus yang sedang berlangsung. Selain itu, ibu diajarkan teknik relaksasi napas dalam (deep breathing relaxation) yang efektif dalam menurunkan persepsi nyeri melalui stimulasi sistem saraf parasimpatis sehingga tubuh menjadi lebih rileks, ketegangan otot berkurang, dan ambang nyeri meningkat secara alami. Ibu juga dianjurkan untuk tetap melakukan pemantauan mandiri terhadap kondisi tubuh, terutama perubahan jumlah perdarahan, kondisi luka operasi, serta keluhan seperti pusing atau lemas.

Memberikan KIE mengenai tanda bahaya masa nifas yang harus segera diwaspadai, meliputi perdarahan pervaginam yang banyak atau menggumpal, lochea berbau tidak sedap, demam ≥38°C, nyeri hebat pada perut atau luka operasi, luka operasi tampak merah, bengkak atau bernanah, serta pusing berat hingga lemas. Ibu dianjurkan segera datang ke fasilitas kesehatan apabila terdapat salah satu tanda tersebut untuk mencegah terjadinya komplikasi seperti infeksi puerperalis atau perdarahan postpartum lanjut.

Memberikan KIE perawatan luka operasi Sectio Caesarea, yaitu menjaga kebersihan luka dengan tidak menyentuh luka secara langsung menggunakan tangan kotor, menjaga area luka tetap kering dan bersih, mengganti balutan sesuai anjuran tenaga kesehatan, serta tidak mengangkat beban berat atau melakukan aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan pada area abdomen. Ibu juga dianjurkan

memperhatikan tanda infeksi pada luka seperti kemerahan, nyeri bertambah, keluar cairan bernanah, atau luka terbuka.

Memberikan KIE menyusui dengan menekankan pentingnya teknik menyusui yang benar untuk meningkatkan keberhasilan pemberian ASI eksklusif. Ibu dijelaskan posisi bayi yang benar yaitu kepala dan badan bayi berada dalam satu garis lurus, perut bayi menempel pada perut ibu (skin to skin contact), mulut bayi terbuka lebar dan mencakup sebagian besar areola, serta dagu bayi menempel pada payudara. Ibu dianjurkan menyusui secara on demand atau setiap 2-3 jam sekali atau lebih sering sesuai kebutuhan bayi untuk merangsang produksi ASI.

Memberikan KIE mengenai nutrisi masa nifas untuk mendukung pemulihan kondisi ibu dan penyembuhan luka operasi, yaitu dengan mengonsumsi makanan bergizi seimbang. Ibu dianjurkan meningkatkan konsumsi makanan tinggi protein seperti putih telur, ikan, ayam, hati, serta kacang-kacangan yang berperan dalam proses regenerasi jaringan dan penyembuhan luka. Ibu juga dianjurkan memperbanyak konsumsi sayur dan buah sebagai sumber vitamin dan mineral, serta meningkatkan asupan cairan minimal 8-10 gelas per hari untuk mendukung produksi ASI.

Ibu juga diberikan KIE mengenai aktivitas dan istirahat, yaitu dianjurkan melakukan mobilisasi dini secara bertahap seperti duduk, berdiri, dan berjalan ringan untuk mempercepat proses pemulihan dan mencegah komplikasi seperti trombosis. Ibu dianjurkan menghindari aktivitas berat, tidak mengangkat beban, serta tidak melakukan pekerjaan rumah yang terlalu melelahkan. Ibu juga dianjurkan istirahat cukup dengan tidur siang bila memungkinkan dan menjaga kualitas tidur malam.

Dukungan suami dan keluarga juga ditekankan, yaitu menganjurkan suami dan keluarga untuk memberikan dukungan psikososial dan bantuan dalam perawatan bayi serta pekerjaan rumah

tangga, sehingga ibu dapat beradaptasi dengan peran barunya tanpa mengalami kelelahan berlebihan dan dapat mencegah terjadinya stres postpartum atau baby blues. Ibu juga diingatkan untuk tetap mengonsumsi obat-obatan yang telah diberikan sesuai anjuran tenaga kesehatan, serta melakukan kontrol ulang sesuai jadwal yang telah ditentukan di fasilitas kesehatan untuk pemantauan kondisi ibu dan proses penyembuhan masa nifas.

b. KF 4 dilakukan tanggal 30 April 2026

Pengkajian dilakukan secara langsung pada tanggal 30 April 2026 pukul 15.00 WIB di rumah Ny. NAP. Ibu mengatakan saat ini berada pada masa nifas hari ke-20 *post Sectio Caesarea*. Ibu mengatakan tidak ada keluhan, luka operasi sudah tidak nyeri, dan aktivitas sehari-hari sudah kembali normal. Ibu juga mengatakan ASI sudah lancar dan bayi menyusu dengan baik. Pengeluaran darah nifas sudah sangat sedikit berwarna putih kekuningan. Ibu sudah dapat melakukan aktivitas rumah tangga ringan, BAK dan BAB lancar, serta tidak ada keluhan seperti pusing, sakit kepala, pandangan kabur, maupun nyeri ulu hati. Ibu juga mengatakan telah melakukan kontrol tekanan darah secara berkala dan hasilnya dalam batas normal. Ibu dan keluarga merasa senang dengan kondisi ibu dan bayi.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis, tanda vital dalam batas normal (TD: 123/78 mmHg, N: 82 x/menit, P: 20 x/menit, S: 36,5°C). Pemeriksaan payudara menunjukkan produksi ASI lancar, tidak ada bendungan ASI, puting susu bersih dan tidak lecet. Pada pemeriksaan abdomen didapatkan involusi uterus baik dengan tinggi fundus uteri sudah tidak teraba di atas simfisis pubis. Luka operasi *Sectio Caesarea* tampak kering, bersih, tidak ada tanda infeksi, dan proses penyembuhan baik. Lochea sudah memasuki fase alba dan dalam batas normal.

Berdasarkan hasil pengkajian dan pemeriksaan, ditegakkan diagnosis kebidanan pada Ny. NAP P1A0AH1 postpartum Sectio

Caesarea hari ke-20 dalam keadaan normal dengan riwayat hipertensi gestasional terkontrol. Pada pemeriksaan objektif didapatkan kondisi luka operasi kering tanpa tanda-tanda infeksi, sehingga diagnosis risiko infeksi tidak dimunculkan karena tidak terdapat indikasi klinis yang mendukung. Diagnosis potensial pada kondisi ini yaitu risiko hipertensi postpartum berulang di kemudian hari serta risiko kurang optimalnya adaptasi peran ibu apabila kurang dukungan keluarga. Kebutuhan ibu meliputi pemantauan kesehatan pada masa nifas akhir, edukasi pencegahan hipertensi di masa mendatang, pemenuhan nutrisi seimbang, istirahat cukup, aktivitas bertahap, serta dukungan suami dan keluarga dalam perawatan bayi secara holistik untuk membantu adaptasi peran ibu dan mencegah kelelahan maupun stres postpartum.

Penatalaksanaan yang diberikan difokuskan pada evaluasi akhir masa nifas serta pencegahan komplikasi jangka panjang. Ibu diberikan penjelasan bahwa kondisi saat ini sudah memasuki fase akhir masa nifas dengan tanda involusi uterus berjalan baik, luka operasi Sectio Caesarea sudah sembuh dengan baik, serta pengeluaran lochea sudah memasuki fase alba dan dalam batas normal. Ibu juga dijelaskan bahwa tidak ditemukannya keluhan seperti nyeri luka operasi, pusing, sakit kepala, pandangan kabur, maupun nyeri ulu hati menunjukkan kondisi ibu saat ini stabil.

Ibu tetap diberikan edukasi bahwa meskipun masa nifas hampir selesai, diperlukan pemantauan kesehatan jangka panjang terutama karena terdapat riwayat hipertensi gestasional pada masa kehamilan. Ibu dianjurkan untuk tetap melakukan pemeriksaan tekanan darah secara berkala di fasilitas kesehatan atau secara mandiri di rumah, serta segera memeriksakan diri apabila ditemukan tanda peningkatan tekanan darah seperti sakit kepala hebat, pandangan kabur, nyeri ulu hati, atau bengkak pada ekstremitas.

Selanjutnya diberikan KIE mengenai pencegahan hipertensi di masa mendatang yaitu dengan menjaga pola makan sehat seperti

mengurangi konsumsi garam berlebih, menghindari makanan tinggi lemak jenuh dan makanan instan, serta memperbanyak konsumsi sayur, buah, dan makanan tinggi serat. Ibu juga dianjurkan menjaga berat badan ideal, cukup minum air putih, serta melakukan aktivitas fisik ringan secara teratur seperti jalan pagi.

Ibu diberikan KIE nutrisi masa nifas dan menyusui yaitu tetap mengonsumsi makanan bergizi seimbang untuk mempertahankan kualitas ASI dan kondisi tubuh. Ibu dianjurkan meningkatkan konsumsi makanan tinggi protein seperti putih telur, ikan, ayam, hati, serta kacang-kacangan yang berperan dalam perbaikan jaringan tubuh pasca Sectio Caesarea. Selain itu, ibu juga dianjurkan memperbanyak konsumsi sayur, buah, serta cairan minimal 8-10 gelas per hari.

Ibu juga diberikan KIE mengenai aktivitas dan istirahat yaitu diperbolehkan melakukan aktivitas rumah tangga secara normal namun tetap bertahap, menghindari aktivitas berat yang berlebihan, serta tetap menjaga waktu istirahat yang cukup untuk mencegah kelelahan. Ibu dianjurkan tetap melanjutkan mobilisasi ringan dan menjaga keseimbangan antara aktivitas dan istirahat.

Selanjutnya diberikan KIE mengenai peran keluarga secara holistik, yaitu menganjurkan suami dan keluarga untuk terus memberikan dukungan psikososial dalam perawatan bayi dan pekerjaan rumah tangga. Dukungan ini bertujuan untuk membantu adaptasi peran ibu pada masa pasca nifas, mengurangi beban psikologis, serta mencegah terjadinya stres atau baby blues yang mungkin muncul pada masa transisi peran menjadi ibu.

Ibu juga diberikan edukasi mengenai keluarga berencana (KB) pasca persalinan, termasuk pentingnya perencanaan kehamilan berikutnya dengan jarak yang ideal. Ibu dianjurkan untuk melakukan kontrol ulang ke fasilitas kesehatan apabila terdapat keluhan atau untuk konsultasi lebih lanjut terkait metode KB yang sesuai. Di akhir kunjungan, ibu diingatkan untuk tetap menjaga kesehatan, memantau

kondisi tubuh secara mandiri, serta segera ke fasilitas kesehatan apabila muncul tanda bahaya atau keluhan yang tidak normal.

5. Asuhan Kebidanan pada Neonatus

a. KN 1 dilakukan tanggal 12 April 2026

Pengkajian dilakukan secara langsung pada tanggal 12 April 2026 pukul 14.30 WIB di rumah Ny. NAP. Usia bayi 2 hari. Ny. NAP mengatakan bahwa bayi lahir secara Sectio Caesarea di RS Sakina Idaman pada tanggal 10 April 2026 pukul 09.30 WIB atas indikasi hipertensi gestasional dan oligohidramnion. Usia kehamilan saat lahir 38+4 minggu. Bayi menangis kuat saat lahir, kondisi saat ini bayi menyusu ASI dengan baik setiap 2-3 jam, tidak rewel, sudah BAK dan BAB secara teratur, serta tampak aktif.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum bayi baik, jenis kelamin laki-laki dengan BB 2.780 gram, PB 49 cm, LK 33 cm, LD 32 cm, LILA 11 cm. Frekuensi nadi 120 x/menit, respirasi 44 x/menit, suhu 36,8°C. Bayi tampak aktif, kulit kemerahan, refleks hisap baik, tidak terdapat tanda-tanda infeksi maupun kelainan kongenital. Tali pusat tampak bersih, mulai mengering, tidak berbau, dan tidak ada tanda kemerahan di sekitar umbilikus.

Berdasarkan hasil pengkajian diperoleh diagnosa kebidanan By. Ny. NAP usia 2 hari BBLC, CB, SMK dalam keadaan normal. Diagnosa potensial pada neonatus ini yaitu risiko hipotermia, risiko infeksi pada tali pusat, risiko ikterus neonatorum fisiologis, serta risiko ketidakefektifan menyusu apabila teknik menyusui tidak adekuat. Kebutuhan bayi meliputi pemenuhan nutrisi ASI eksklusif, pencegahan hipotermia, perawatan tali pusat yang bersih dan kering, pemantauan tanda bahaya neonatus, serta edukasi kepada ibu dan keluarga mengenai perawatan bayi baru lahir.

Penatalaksanaan yang diberikan yaitu menjelaskan kepada ibu dan suami bahwa kondisi bayi dalam keadaan baik dan sesuai adaptasi fisiologis bayi baru lahir. Menganjurkan ibu dan suami untuk

memberikan ASI eksklusif sesering mungkin minimal setiap 2-3 jam atau sesuai keinginan bayi untuk mendukung pertumbuhan dan meningkatkan daya tahan tubuh bayi serta mencegah hipoglikemia pada neonatus.

Menganjurkan ibu dan suami untuk menjaga kehangatan bayi dengan melakukan metode kangaroo mother care (skin to skin), membedong bayi dengan tidak terlalu ketat, menggunakan pakaian hangat, serta menghindari paparan suhu dingin yang dapat menyebabkan hipotermia pada bayi. Menganjurkan ibu dan suami untuk menjaga kebersihan tali pusat dengan prinsip bersih dan kering, tidak memberikan ramuan atau bahan apapun, serta tidak menutup atau membalut tali pusat. Edukasi juga diberikan mengenai pentingnya mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi untuk mencegah infeksi.

Menganjurkan ibu dan suami melakukan perawatan bayi sehari-hari seperti mengganti popok secara teratur, menjaga kebersihan kulit bayi, serta memastikan bayi mendapatkan istirahat yang cukup. Ibu juga dianjurkan untuk memperhatikan warna kulit bayi terutama tanda kekuningan yang dapat mengarah pada ikterus neonatorum. Ibu dan suami juga diberikan KIE tanda bahaya pada neonatus yaitu bayi tidak mau menyusu, lemah, demam atau suhu tubuh rendah, kejang, sesak napas, bayi tampak kuning bertambah berat, tangisan melengking, serta kemerahan atau bau tidak sedap pada tali pusat. Menganjurkan ibu dan suami segera membawa bayi ke fasilitas kesehatan apabila terdapat tanda bahaya tersebut. Di akhir kunjungan disampaikan agar tetap melakukan kunjungan neonatal sesuai jadwal (KN 2 dan KN 3) serta melakukan kontrol ulang atau datang segera ke fasilitas kesehatan bila terdapat keluhan pada bayi.

b. KN 3 dilakukan tanggal 30 April 2026

Pengkajian dilakukan secara langsung pada tanggal 30 April 2026 pukul 15.00 WIB di rumah Ny. NAP. Usia bayi 20 hari. Ny. NAP

mengatakan bayi lahir secara Sectio Caesarea di RS Sakina Idaman pada tanggal 10 April 2026 pukul 09.30 WIB atas indikasi hipertensi gestasional dan oligohidramnion. Usia kehamilan saat lahir 38+4 minggu. Ibu mengatakan bayi menyusu ASI dengan baik setiap 2-3 jam atau sesuai keinginan bayi, tidak rewel, BAK dan BAB lancar, bayi tampak aktif, serta tidak ada keluhan seperti demam, muntah, maupun bayi kuning. Ibu juga mengatakan tali pusat sudah puput dari hari ke 5 setelah lahir dan bekasnya kering.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum bayi baik, jenis kelamin laki-laki dengan BB 3.200 gram, PB 51 cm, LK 35 cm, LD 34 cm, LILA 12 cm. Frekuensi nadi 124 x/menit, respirasi 42 x/menit, suhu 36,7°C. Bayi tampak aktif, kulit kemerahan, refleks hisap baik, tangisan kuat, tidak terdapat tanda-tanda infeksi maupun kelainan kongenital. Umbilikus sudah puput dengan kondisi bersih, kering, dan tidak ada tanda infeksi.

Berdasarkan hasil pengkajian diperoleh diagnosa kebidanan By. Ny. NAP usia 20 hari BBLC, CB, SMK dalam keadaan normal. Diagnosa potensial pada neonatus ini yaitu risiko infeksi ringan pada masa pasca lepas tali pusat, risiko gangguan pertumbuhan apabila asupan ASI tidak adekuat, serta risiko kurang optimalnya imunisasi dasar bila tidak dilakukan sesuai jadwal. Kebutuhan bayi meliputi pemenuhan nutrisi ASI eksklusif, pemantauan tumbuh kembang bayi, pencegahan infeksi melalui perawatan kebersihan bayi, serta kepatuhan jadwal imunisasi dasar.

Penatalaksanaan yang diberikan yaitu menjelaskan kepada ibu dan suami bahwa kondisi bayi saat ini dalam keadaan sehat dan sesuai perkembangan neonatus usia 20 hari, ditandai dengan bayi aktif, menyusu baik, serta tidak ditemukan tanda infeksi maupun kelainan. Menganjurkan ibu dan suami untuk tetap memberikan ASI eksklusif secara on demand setiap 2-3 jam atau sesuai kebutuhan bayi sampai usia

6 bulan tanpa tambahan makanan atau minuman lain, karena ASI sudah mencukupi kebutuhan nutrisi dan meningkatkan daya tahan tubuh bayi.

Menganjurkan ibu dan suami untuk tetap menjaga kebersihan bayi dengan rutin memandikan bayi, mengganti pakaian dan popok secara teratur, serta menjaga kebersihan tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi untuk mencegah infeksi. Ibu juga diberikan KIE mengenai pemantauan tumbuh kembang bayi meliputi peningkatan berat badan, frekuensi BAK dan BAB, serta aktivitas bayi yang aktif sebagai indikator bayi sehat. Ibu dianjurkan memberikan stimulasi sederhana seperti mengajak bayi berbicara, kontak mata, dan sentuhan lembut untuk mendukung perkembangan bayi.

Selanjutnya diberikan KIE tanda bahaya neonatus yaitu bayi tidak mau menyusu, lemas, demam atau suhu tubuh rendah, kejang, sesak napas, muntah berulang, bayi tampak kuning, serta tangisan lemah. Ibu dan suami dianjurkan segera membawa bayi ke fasilitas kesehatan apabila terdapat tanda tersebut. Ibu juga diingatkan bahwa bayi akan memasuki jadwal imunisasi dasar, sehingga dianjurkan untuk datang ke fasilitas kesehatan pada usia 1 bulan untuk mendapatkan imunisasi BCG sesuai program imunisasi dasar lengkap. Memberikan KIE agar ibu tetap melakukan kunjungan neonatal lanjutan sesuai jadwal (KN lengkap) serta kontrol ke fasilitas kesehatan atau segera datang bila terdapat keluhan pada bayi.

6. Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana (KB)

a. Tanggal 17 April 2026

Pengkajian dilakukan secara langsung pada tanggal 17 April 2026 pukul 16.00 WIB di rumah Ny. NAP. Ibu mengatakan saat ini berada pada masa nifas hari ke-7 post Sectio Caesarea di RS Sakina Idaman. Ibu mengatakan tidak ada keluhan berarti, luka operasi sudah mulai tidak nyeri, perdarahan nifas sudah berkurang dan berwarna kecoklatan, serta ASI sudah mulai lancar dan bayi menyusu dengan baik setiap 2-3 jam. Ibu sudah dapat melakukan aktivitas ringan di rumah,

BAK dan BAB lancar, serta tidak ada keluhan demam, pusing, maupun tanda bahaya nifas lainnya. Ibu mengatakan belum menentukan metode kontrasepsi yang akan digunakan dan masih ingin mendapatkan informasi terkait KB yang sesuai dengan kondisi menyusui. Ibu dan keluarga tampak kooperatif dalam proses konseling.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis, tanda vital dalam batas normal (TD: 110/70 mmHg, N: 84 x/menit, P: 20 x/menit, S: 36,6°C). Pemeriksaan abdomen menunjukkan involusi uterus berjalan baik dengan tinggi fundus uteri mulai tidak teraba di atas simpisis. Luka operasi Sectio Caesarea tampak bersih, kering, tidak ada tanda infeksi, dan proses penyembuhan baik. Pengeluaran lochea sudah mulai menuju serosa, tidak berbau, dan dalam batas normal masa nifas. Payudara tampak terisi, tidak ada bendungan ASI, dan produksi ASI cukup baik.

Berdasarkan hasil pengkajian dan pemeriksaan ditegakkan diagnosa kebidanan Ny. NAP P1A0AH1 postpartum Sectio Caesarea hari ke-7 dalam keadaan umum normal dengan kebutuhan konseling kontrasepsi pascapersalinan. Diagnosa potensial pada kondisi ini yaitu risiko kehamilan tidak direncanakan apabila tidak segera menggunakan kontrasepsi, risiko jarak kehamilan terlalu dekat yang dapat berdampak pada kesehatan ibu dan bayi, serta risiko ketidaktepatan pemilihan metode kontrasepsi yang tidak sesuai dengan kondisi menyusui dan riwayat Sectio Caesarea.

Kebutuhan ibu meliputi konseling kontrasepsi pascapersalinan, informasi metode KB yang aman pada ibu menyusui, kesiapan pemilihan alat kontrasepsi, serta dukungan suami dan keluarga dalam pengambilan keputusan KB. Ibu juga membutuhkan edukasi mengenai pentingnya penjarangan kehamilan minimal 2-3 tahun, serta pemantauan kesehatan masa nifas dan menyusui.

Penatalaksanaan yang dilakukan Adalah memberikan KIE tentang kondisi masa nifas hari ke-7 yang sudah memasuki fase

pemulihan, serta pentingnya perencanaan keluarga berencana untuk mencegah kehamilan terlalu cepat setelah Sectio Caesarea. Menjelaskan bahwa jarak kehamilan yang terlalu dekat dapat meningkatkan risiko pada kehamilan berikutnya, seperti komplikasi kehamilan, ruptur uteri, dan kondisi kesehatan ibu yang belum optimal pulih.

Memberikan KIE mengenai pilihan metode kontrasepsi pascapersalinan yang aman untuk ibu menyusui, seperti metode amenore laktasi (MAL) dengan syarat bayi ASI eksklusif, tidak haid, dan usia bayi kurang dari 6 bulan. Selain itu dijelaskan juga pilihan KB hormonal seperti suntik progestin dan implan yang aman untuk ibu menyusui, serta KB non-hormonal seperti IUD (AKDR) yang dapat dipasang pada masa nifas sesuai indikasi dan kondisi ibu. Ibu dan suami diberikan penjelasan kelebihan, kekurangan, cara kerja, serta efek samping masing-masing metode agar dapat mengambil keputusan secara tepat.

Memberikan KIE mengenai pentingnya menyusui eksklusif selama 6 bulan tanpa tambahan makanan atau minuman lain untuk mendukung tumbuh kembang bayi dan membantu menunda kehamilan secara alami melalui MAL. Ibu dianjurkan tetap menyusui bayi setiap 2-3 jam atau sesuai kebutuhan bayi serta menjaga pola makan bergizi seimbang untuk mempertahankan produksi ASI.

Menganjurkan suami dan keluarga untuk memberikan dukungan penuh kepada ibu dalam proses pemilihan KB, termasuk membantu ibu dalam merawat bayi dan pekerjaan rumah tangga agar ibu tidak kelelahan. Dukungan psikososial dari suami juga ditekankan untuk membantu ibu lebih tenang dalam mengambil keputusan dan mencegah stres pascapersalinan. Menganjurkan ibu dan suami untuk berdiskusi terkait pilihan KB yang diinginkan dan dianjurkan melakukan kontrol ulang atau kunjungan ke fasilitas kesehatan untuk pemasangan alat kontrasepsi sesuai pilihan yang telah disepakati. Ibu juga diingatkan

tetap melakukan kontrol masa nifas dan segera datang ke fasilitas kesehatan apabila terdapat keluhan atau tanda bahaya.

b. Tanggal 24 April 2026

Pengkajian dilakukan secara langsung pada tanggal 24 April 2026 pukul 15.00 WIB di rumah Ny. NAP. Ibu mengatakan saat ini berada pada masa nifas hari ke-14 post Sectio Caesarea di RS Sakina Idaman. Ibu mengatakan tidak ada keluhan, luka operasi sudah tidak nyeri, pengeluaran lochea sudah sangat sedikit berwarna kekuningan, serta ASI lancar dan bayi menyusu dengan baik. Ibu sudah dapat beraktivitas seperti biasa secara bertahap, BAK dan BAB lancar, serta tidak terdapat tanda bahaya masa nifas seperti demam, pusing, nyeri hebat, maupun perdarahan berlebihan. Ibu mengatakan telah mendapatkan informasi KB pada kunjungan sebelumnya dan saat ini sudah memutuskan untuk menggunakan metode kontrasepsi suntik 3 bulan.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis, tanda vital dalam batas normal (TD: 110/70 mmHg, N: 82 x/menit, P: 20 x/menit, S: 36,5°C). Pemeriksaan abdomen menunjukkan involusi uterus berjalan baik, fundus uteri sudah tidak teraba di atas simfisis pubis. Luka operasi Sectio Caesarea tampak kering, bersih, tidak ada tanda infeksi, dan proses penyembuhan baik. Lochea sudah memasuki fase alba, dalam batas normal masa nifas. Payudara tampak baik, produksi ASI lancar, tidak terdapat bendungan ASI.

Berdasarkan hasil pengkajian dan pemeriksaan ditegakkan diagnosa kebidanan Ny. NAP P1A0AH1 postpartum Sectio Caesarea hari ke-14 dalam keadaan umum normal dengan kebutuhan evaluasi dan tindak lanjut pemilihan kontrasepsi suntik 3 bulan. Diagnosa potensial pada kondisi ini yaitu risiko kehamilan tidak direncanakan apabila penggunaan kontrasepsi tidak segera dimulai, risiko ketidaktepatan penggunaan kontrasepsi apabila tidak dilakukan konseling lanjutan,

serta risiko efek samping kontrasepsi hormonal seperti gangguan pola haid dan perubahan berat badan.

Kebutuhan ibu meliputi evaluasi kesiapan penggunaan KB suntik 3 bulan, informasi lanjutan mengenai efek samping dan cara kerja KB suntik progestin, kepastian waktu kunjungan pemasangan KB, serta dukungan suami dan keluarga dalam pemilihan dan kepatuhan penggunaan kontrasepsi. Ibu juga membutuhkan edukasi lanjutan mengenai pentingnya penjarangan kehamilan minimal 2-3 tahun pasca Sectio Caesarea serta pemantauan masa nifas dan menyusui.

Penatalaksanaan diawali dengan melakukan evaluasi terhadap keputusan ibu terkait metode kontrasepsi yang telah dipilih. Ibu menyatakan sudah mantap memilih KB suntik 3 bulan sebagai metode kontrasepsi pascapersalinan karena dinilai praktis, aman untuk ibu menyusui, dan tidak memerlukan pemasangan alat di dalam rahim. Dijelaskan kembali bahwa KB suntik 3 bulan merupakan kontrasepsi hormonal yang mengandung progestin yang bekerja dengan cara menghambat ovulasi, mengentalkan lendir serviks, serta menghambat implantasi.

Selanjutnya diberikan KIE mengenai efek samping KB suntik 3 bulan yaitu perubahan pola haid seperti haid tidak teratur atau tidak haid, spotting, peningkatan berat badan, serta kemungkinan keterlambatan kembali subur setelah penghentian penggunaan. Ibu juga diberikan penjelasan bahwa KB suntik tidak mengganggu produksi ASI sehingga aman digunakan pada ibu menyusui. Ibu dan suami juga diberikan KIE mengenai jadwal penggunaan KB suntik 3 bulan yaitu dilakukan setiap 12 minggu secara teratur agar efektivitas kontrasepsi tetap terjaga. Ditekankan pentingnya datang tepat waktu ke fasilitas kesehatan untuk suntikan ulang agar tidak terjadi kegagalan kontrasepsi.

Menganjurkan suami dan keluarga untuk mendukung keputusan ibu dalam penggunaan KB suntik, termasuk mengingatkan jadwal kontrol ulang dan membantu ibu dalam perawatan bayi serta aktivitas

rumah tangga agar ibu tetap nyaman selama masa nifas. Dukungan psikososial juga ditekankan untuk menjaga kondisi emosional ibu tetap stabil. Melakukan kesepakatan dengan ibu untuk mulai menggunakan KB suntik 3 bulan sesuai jadwal di fasilitas kesehatan dan dianjurkan tetap melakukan kontrol masa nifas serta datang segera ke fasilitas kesehatan apabila terdapat keluhan atau efek samping yang mengganggu.

B. Tinjauan Teori

1. *Continuity of Care* (COC)
   a. Pengertian *Continuity of Care* (COC)

      Continuity of Care (COC) merupakan pendekatan pelayanan kebidanan yang dilakukan secara berkesinambungan dan menyeluruh mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, neonatus, hingga pelayanan keluarga berencana, di mana bidan atau tenaga kesehatan memberikan asuhan yang konsisten, terencana, dan berfokus pada kebutuhan individu ibu dan bayi, sehingga setiap perubahan kondisi dapat terpantau dengan baik serta komplikasi dapat dicegah sedini mungkin; tujuan utama COC adalah memberikan asuhan yang komprehensif, terintegrasi, dan berkesinambungan untuk meningkatkan kualitas pelayanan, memperkuat hubungan antara pasien dan tenaga kesehatan, serta mencapai derajat kesehatan ibu dan anak yang optimal.[13]

   b. Tujuan *Continuity of Care* (COC)
      1) Memberikan asuhan kebidanan yang komprehensif dan berkesinambungan pada ibu dan bayi mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, neonatus, hingga pelayanan keluarga berencana, sehingga setiap tahap pelayanan dapat berjalan terarah, terpantau, dan sesuai kebutuhan klien.
      2) Mendeteksi secara dini adanya komplikasi atau penyimpangan kesehatan pada setiap tahap, sehingga penanganan dapat segera

dilakukan untuk mencegah terjadinya kondisi yang lebih berat pada ibu maupun bayi.

3) Meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan yang aman, efektif, dan berbasis kebutuhan individu klien dengan pendekatan yang holistik dan berfokus pada keselamatan ibu dan bayi.
4) Meningkatkan pengetahuan, pemahaman, dan kemandirian ibu dalam merawat diri serta bayinya melalui edukasi dan konseling yang diberikan secara berkelanjutan.
5) Mencapai dan mempertahankan derajat kesehatan ibu dan bayi yang optimal serta menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi.[13]

2. Kehamilan

a. Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah proses fisiologis yang terjadi ketika hasil pembuahan sel telur oleh sperma tertanam di dalam rahim dan berkembang menjadi embrio hingga janin, yang berlangsung sekitar 40 minggu atau 9 bulan sejak hari pertama haid terakhir. Selama kehamilan terjadi berbagai perubahan pada tubuh ibu, baik secara hormonal, fisik, maupun psikologis, yang bertujuan untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin serta mempersiapkan ibu dalam menghadapi persalinan. Kehamilan merupakan kondisi normal, namun tetap memerlukan pemantauan secara teratur untuk mendeteksi dini adanya komplikasi yang dapat membahayakan ibu maupun janin.[14]

b. Mekanisme Kehamilan

Kehamilan dimulai dari proses fertilisasi yaitu bertemunya sel telur (ovum) dan sperma yang umumnya terjadi di tuba falopi, kemudian terbentuk zigot yang mengalami pembelahan menjadi morula dan berkembang menjadi blastokista. Blastokista kemudian bergerak menuju rahim dan melakukan implantasi pada dinding endometrium. Setelah implantasi berhasil, sel trofoblas berkembang menjadi dua lapisan yaitu sitotrofoblas dan sinsitiotrofoblas yang berperan penting

dalam pembentukan awal plasenta serta produksi hormon human chorionic gonadotropin (hCG). Hormon hCG ini berfungsi mempertahankan korpus luteum agar tetap menghasilkan progesteron dan estrogen, sehingga kondisi endometrium tetap stabil dan kehamilan dapat dipertahankan.[15]

Seiring bertambahnya usia kehamilan, struktur plasenta semakin berkembang dari trofoblas dan mesoderm ekstraembrionik. Plasenta menjadi organ penting yang menghubungkan ibu dan janin, berfungsi sebagai tempat pertukaran oksigen, nutrisi, dan sisa metabolisme janin tanpa terjadi pencampuran darah ibu dan janin. Selain itu, plasenta juga berperan sebagai organ endokrin yang menghasilkan berbagai hormon kehamilan serta memiliki fungsi perlindungan terhadap sebagian zat berbahaya dan infeksi tertentu. Dengan demikian, plasenta memiliki peran vital dalam menjaga kelangsungan dan kesehatan kehamilan sampai proses persalinan.[15]

c. Trimester Kehamilan
   1) Trimester pertama adalah dari minggu pertama sampai 12 minggu dan termasuk konsepsi.
   2) Trimester kedua adalah dari minggu ke-13 sampai minggu ke-28. Sekitar pertengahan trimester kedua, gerakan janin dapat dirasakan.
   3) Trimester ketiga adalah dari 29 minggu sampai sekitar 40 minggu dan berakhir dengan partus (kelahiran).[16]

d. Perubahan Fisiologis
   1) Sistem Reproduksi
      a) Uterus

         Selama kehamilan, uterus mengalami pembesaran signifikan akibat hipertrofi dan hiperplasia otot polos sehingga berubah dari bentuk kecil seperti buah pir menjadi membesar seiring usia kehamilan, hingga keluar dari rongga panggul pada akhir trimester pertama dan mencapai bawah tulang rusuk pada akhir kehamilan. Perubahan ini disertai peningkatan

vaskularisasi, perubahan endometrium menjadi desidua untuk mendukung implantasi dan plasenta, serta munculnya kontraksi ringan (Braxton Hicks) sebagai persiapan persalinan.[17]

Tabel 1. TFU ibu hamil

Usia Kehamilan	TFU
12 minggu	Di atas simfisis pubis
16 minggu	Pertengahan simfisis-pusat
20 minggu	2 jari di bawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat (umbilikus)
28 minggu	2-3 jari di atas pusat
32 minggu	Pertengahan pusat-px
36 minggu	Setinggi prosesus xifoideus
40 minggu	Pertengahan pusat-px

b) Vagina dan Vulva

Selama kehamilan vulva dan vagina mengalami perubahan akibat peningkatan hormon dan aliran darah ke panggul, ditandai vulva menjadi lebih besar, lunak, dan hiperpigmentasi serta dapat terjadi varises. Pada vagina terjadi peningkatan vaskularisasi sehingga tampak kebiruan (tanda Chadwick), disertai peningkatan keputihan fisiologis (leukorrhea gravidarum) dan pH lebih asam sebagai bentuk perlindungan dari infeksi, meskipun tetap berisiko infeksi jamur bila kebersihan tidak terjaga.[17]

c) Sistem Muskuloskeletal

Selama kehamilan sistem muskuloskeletal mengalami perubahan fisiologis akibat pengaruh hormon relaksin serta peningkatan berat badan dan pembesaran uterus. Terjadi peningkatan kelenturan ligamen terutama di area pelvis yang memudahkan persalinan, namun dapat menimbulkan ketidakstabilan sendi dan nyeri punggung bawah. Perubahan postur seperti hiperlordosis juga sering muncul akibat

pergeseran pusat gravitasi ke depan, disertai peregangan otot perut hingga dapat terjadi diastasis recti, serta keluhan lain seperti kram otot, kelelahan, dan penurunan keseimbangan yang meningkatkan risiko jatuh.[17]

d) Sistem Metabolisme

Pada ibu hamil Basal Metabolic Rate (BMR) bertambah tinggi hingga 15-20 % yang umumnya ditemui pada trimester ketiga dan membutuhkan banyak kalori untuk dipenuhi sesuaikebutuhannya. Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sedangkan pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan perminggu masingmasing 0,5 kg dan 0,3 kg.[18]

Tabel 2. Rekomendasi Penambahan Beat Badan Selama Kehamilan

Kategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	< 19,8	12,5 - 18
Normal	19,8 - 26	11,5 - 16
Tinggi	26-29	7 - 11,5
Obesitas	>29	≥ 7
Gemelli		16 - 20,5

e) Sisteme Integumen

Perubahan pigmentasi kulit pada kehamilan terjadi akibat peningkatan hormon MSH yang merangsang produksi melanin oleh melanosit, sehingga kulit menjadi lebih gelap pada area tertentu. Manifestasinya berupa kloasma gravidarum pada wajah, hiperpigmentasi areola mammae, serta linea nigra di abdomen. Selain itu, dapat muncul striae gravidarum berupa garis merah keunguan akibat peregangan kulit dan pecahnya serat kolagen-elastin, yang umumnya akan memudar setelah persalinan.[18]

e. Perubahan Psikologis Kehamilan Trimester III

Trimester III ditandai oleh peningkatan perubahan psikologis ibu hamil seiring mendekatnya waktu persalinan, dengan munculnya perasaan campur aduk antara rasa senang karena akan segera bertemu bayi dan rasa cemas terhadap proses persalinan. Kecemasan sering berkaitan dengan nyeri persalinan, keselamatan ibu dan bayi, serta kekhawatiran terhadap pengalaman persalinan sebelumnya. Ibu menjadi lebih peka terhadap kondisi tubuh, lebih memperhatikan gerakan janin, serta mulai fokus mempersiapkan persalinan seperti menentukan tempat melahirkan, biaya, dan pendamping persalinan. Rasa tidak sabar juga sering muncul akibat ketidaknyamanan fisik yang semakin meningkat, disertai perubahan emosi berupa mudah lelah, sensitif, dan mood swing akibat perubahan hormonal serta beban pikiran.[19]

f. Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

1) Perdarahan pervaginam (sedikit maupun banyak) yang dapat mengarah pada plasenta previa atau solusio plasenta.
2) Sakit kepala hebat dan menetap, terutama bila disertai pandangan kabur, yang dapat menjadi tanda preeklamsia.
3) Gangguan penglihatan seperti pandangan kabur atau berbayang.
4) Bengkak pada wajah, tangan, dan kaki secara berlebihan, terutama bila disertai peningkatan tekanan darah.
5) Nyeri perut hebat, terutama yang tidak hilang dengan istirahat.
6) Gerakan janin berkurang atau tidak terasa, yang menandakan adanya gangguan pada janin.
7) Keluar cairan ketuban sebelum waktunya (KPD/ketuban pecah dini).
8) Demam tinggi atau tanda infeksi seperti lemas dan menggigil.
9) Mual muntah berat pada akhir kehamilan, yang dapat mengganggu kondisi ibu.[20]

g. Ketidaknyamanan Kehamilan Trimester III

1) Sering berkemih

Pada trimester III, ibu hamil sering mengalami peningkatan frekuensi berkemih akibat tekanan uterus yang semakin membesar terhadap kandung kemih sehingga kapasitas kandung kemih berkurang. Kondisi ini bersifat fisiologis dan normal. Penanganan yang dapat dilakukan yaitu memberikan edukasi bahwa keluhan ini normal selama kehamilan serta menganjurkan ibu mengurangi asupan cairan 2 jam sebelum tidur agar istirahat tidak terganggu.[21]

2) Varises dan wasir

Varises merupakan pelebaran pembuluh darah vena akibat peningkatan tekanan uterus yang menyebabkan aliran balik vena terganggu dan katup vena melemah. Kondisi ini sering terjadi pada trimester III, terutama pada ekstremitas bawah dan area rektum (wasir/hemoroid). Penanganan dapat dilakukan dengan menghindari berdiri terlalu lama, meningkatkan istirahat dengan posisi kaki ditinggikan, serta menjaga pola makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi.[21]

3) Sesak napas

Sesak napas terjadi karena perubahan fisiologis kehamilan berupa peningkatan hormon progesteron, peningkatan kebutuhan oksigen, serta pembesaran uterus yang mendorong diafragma ke atas sehingga kapasitas paru berkurang. Kondisi ini umumnya normal pada trimester akhir. Ibu dianjurkan untuk istirahat cukup, posisi semi Fowler, serta menghindari aktivitas berat.[21]

4) Bengkak dan kram pada kaki

Edema atau bengkak pada kaki terjadi akibat retensi cairan dan peningkatan tekanan uterus yang menghambat aliran balik vena. Kondisi ini biasanya muncul pada usia kehamilan lanjut (>34 minggu). Penanganan meliputi elevasi kaki saat istirahat, menghindari berdiri terlalu lama, serta konsumsi cairan cukup.[21]

5) Kontraksi Braxton Hicks

Kontraksi Braxton Hicks merupakan kontraksi uterus palsu yang terjadi tidak teratur dan biasanya muncul sejak trimester III. Kontraksi ini bersifat ringan, tidak progresif, dan dapat hilang dengan istirahat. Kondisi ini merupakan persiapan fisiologis menuju persalinan, namun belum menunjukkan tanda inpartu.[21]

6) Nyeri punggung bawah (low back pain)

Nyeri punggung bawah terjadi akibat perubahan postur tubuh ibu hamil, peningkatan berat uterus, serta relaksasi ligamen karena hormon relaksin. Hal ini menyebabkan beban pada tulang belakang meningkat. Penanganan dapat dilakukan dengan memperbaiki postur tubuh, istirahat cukup, kompres hangat, serta latihan ringan atau senam hamil.[21]

7) Heartburn (rasa panas di ulu hati)

Heartburn terjadi karena relaksasi sfingter esofagus bawah akibat hormon progesteron dan tekanan uterus yang meningkat sehingga asam lambung naik ke esofagus. Ibu dapat dianjurkan makan sedikit tetapi sering, menghindari makanan pedas dan berlemak, serta tidak langsung berbaring setelah makan.[21]

3. Hipertensi Gestasional

a. Definisi Hipertensi Gestasional

Hipertensi gestasional adalah kondisi peningkatan tekanan darah yang pertama kali muncul setelah usia kehamilan ≥20 minggu pada ibu hamil yang sebelumnya memiliki tekanan darah normal. Keadaan ini ditandai dengan tekanan darah ≥140/90 mmHg yang ditemukan pada dua kali pengukuran dengan selang waktu tertentu, tanpa disertai adanya proteinuria maupun tanda-tanda preeklamsia seperti gangguan organ atau gejala sistemik lainnya. Kondisi ini biasanya tidak menunjukkan kerusakan organ target dan dapat bersifat sementara, karena tekanan darah berpotensi kembali normal setelah proses persalinan. Meskipun demikian, hipertensi gestasional tetap perlu mendapatkan pemantauan

yang ketat karena memiliki risiko untuk berkembang menjadi preeklamsia atau menimbulkan komplikasi pada ibu maupun janin apabila tidak ditangani dengan baik.[3]

b. Patofisiologi Hipertensi Gestasional

Patofisiologi hipertensi pada kehamilan berawal dari gangguan proses remodeling arteri spiralis pada awal kehamilan, yaitu ketika invasi sel trofoblas ekstravilus ke dinding arteri spiralis uterus tidak berlangsung secara sempurna. Pada kondisi normal, arteri spiralis akan berubah menjadi pembuluh berdiameter besar dan bertekanan rendah untuk memenuhi kebutuhan aliran darah ke plasenta. Namun pada keadaan patologis, arteri spiralis tetap sempit, kaku, dan beresistensi tinggi sehingga perfusi uteroplasenta menjadi tidak adekuat dan menimbulkan keadaan hipoksia serta iskemia plasenta.[22]

Hipoksia plasenta kemudian memicu pelepasan berbagai mediator ke dalam sirkulasi ibu, seperti faktor antiangiogenik (sFlt-1 dan endoglin terlarut), endotelin-1, serta tromboksan A2 yang bersifat vasokonstriktor. Peningkatan zat-zat ini disertai penurunan faktor vasodilator seperti nitric oxide (NO) dan prostasiklin menyebabkan terjadinya ketidakseimbangan vasodilatasi dan vasokonstriksi. Kondisi tersebut berujung pada vasospasme sistemik, peningkatan resistensi vaskular perifer, serta penurunan perfusi organ.[6]

Disfungsi endotel yang terjadi juga menyebabkan peningkatan permeabilitas kapiler, aktivasi sistem koagulasi, dan gangguan regulasi tekanan darah. Akibatnya terjadi hipertensi sistemik yang dapat disertai gangguan organ target seperti ginjal (proteinuria), hati, otak, serta gangguan aliran darah uteroplasenta yang berdampak pada pertumbuhan janin, risiko IUGR, hingga gawat janin. Pada hipertensi gestasional, mekanisme ini masih terbatas pada peningkatan tekanan darah tanpa tanda kerusakan organ yang berat seperti pada preeklamsia, namun tetap memiliki potensi progresi bila tidak ditangani.[6]

c. Tanda dan Gejala Hipertensi Gestasional

1) Tekanan darah meningkat ≥140/90 mmHg setelah usia kehamilan ≥20 minggu, ditemukan pada dua kali pengukuran dengan selang waktu tertentu, merupakan tanda utama yang wajib ada pada diagnosis
2) Sering tanpa keluhan (asimtomatik) sehingga banyak kasus ditemukan saat pemeriksaan antenatal rutin
3) Sakit kepala akibat peningkatan tekanan vaskular dan perubahan aliran darah serebral, biasanya terasa menetap atau berulang
4) Pusing atau rasa melayang akibat perubahan perfusi darah ke otak
5) Gangguan penglihatan ringan seperti pandangan kabur atau berkunang-kunang akibat vasospasme pembuluh darah retina
6) Mudah lelah karena penurunan perfusi jaringan dan peningkatan beban kardiovaskular
7) Edema ringan pada ekstremitas (kaki/tangan) dapat terjadi, namun tidak selalu khas dan bukan penanda utama.[23]

d. Faktor penyebab hipertensi gestasional

1) Primigravida (kehamilan pertama)

Pada kehamilan pertama, sistem imun ibu masih melakukan adaptasi terhadap keberadaan antigen dari plasenta dan janin. Proses toleransi imun yang belum optimal dapat mengganggu invasi trofoblas ke arteri spiralis, sehingga remodeling pembuluh darah tidak berjalan sempurna. Akibatnya terjadi peningkatan resistensi vaskular uteroplasenta yang dapat memicu peningkatan tekanan darah selama kehamilan.[24]

2) Riwayat hipertensi pada kehamilan sebelumnya

Ibu yang pernah mengalami hipertensi pada kehamilan sebelumnya memiliki kecenderungan gangguan fungsi endotel dan respons vaskular yang tidak normal. Kondisi ini dapat menetap atau mudah kambuh pada kehamilan berikutnya karena adanya predisposisi perubahan pembuluh darah dan regulasi tekanan darah yang kurang stabil.[24]

3) Usia ibu <20 tahun atau >35 tahun

Usia terlalu muda berkaitan dengan ketidaksiapan sistem reproduksi dan kardiovaskular dalam menghadapi perubahan fisiologis kehamilan, sedangkan usia lanjut berkaitan dengan penurunan elastisitas pembuluh darah serta meningkatnya risiko penyakit degeneratif. Kedua kondisi ini menyebabkan adaptasi hemodinamik kehamilan menjadi kurang optimal sehingga meningkatkan risiko hipertensi.[24]

4) Obesitas atau kelebihan berat badan

Obesitas berhubungan dengan peningkatan resistensi insulin, inflamasi kronis, serta gangguan fungsi endotel pembuluh darah. Jaringan adiposa yang berlebihan juga menghasilkan sitokin proinflamasi yang dapat memperburuk vasokonstriksi dan meningkatkan tekanan darah selama kehamilan.[24]

5) Riwayat keluarga hipertensi atau preeklamsia

Faktor genetik berperan dalam memengaruhi regulasi tekanan darah, fungsi endotel, serta respons vaskular terhadap perubahan hormonal kehamilan. Ibu dengan riwayat keluarga hipertensi memiliki risiko lebih tinggi mengalami gangguan adaptasi pembuluh darah selama kehamilan.[24]

6) Kehamilan ganda (gemeli)

Kehamilan ganda menyebabkan peningkatan massa plasenta dan kebutuhan aliran darah yang lebih besar. Hal ini meningkatkan beban kerja jantung dan sistem vaskular ibu, sehingga risiko terjadinya ketidakseimbangan perfusi plasenta dan peningkatan tekanan darah menjadi lebih tinggi.[24]

7) Jarak kehamilan terlalu dekat atau terlalu jauh

Jarak kehamilan yang terlalu dekat membuat tubuh belum sepenuhnya pulih dari kehamilan sebelumnya, sedangkan jarak terlalu jauh dapat menyebabkan penurunan adaptasi vaskular

terhadap kehamilan. Kedua kondisi ini dapat mengganggu respon hemodinamik normal selama kehamilan.[25]

8) Penyakit penyerta (diabetes melitus, penyakit ginjal, gangguan autoimun)

Diabetes melitus dapat menyebabkan kerusakan pembuluh darah kecil, penyakit ginjal mengganggu regulasi cairan dan tekanan darah, sedangkan gangguan autoimun dapat memicu inflamasi sistemik dan kerusakan endotel. Semua kondisi ini berkontribusi pada peningkatan risiko hipertensi selama kehamilan.[25]

9) Status gizi dan sosial ekonomi kurang baik

Kekurangan nutrisi seperti protein, kalsium, dan antioksidan dapat memengaruhi fungsi pembuluh darah dan sistem imun ibu. Kondisi sosial ekonomi yang rendah juga dapat membatasi akses terhadap pelayanan kesehatan, sehingga deteksi dini dan pencegahan hipertensi gestasional menjadi kurang optimal.[25]

e. Komplikasi hipertensi gestasional

1) Preeklamsia

Hipertensi gestasional dapat berkembang menjadi preeklamsia apabila terjadi gangguan organ disertai proteinuria. Kondisi ini disebabkan disfungsi endotel yang menyebabkan vasospasme sistemik, penurunan perfusi organ, serta gangguan fungsi ginjal, hati, dan sistem saraf pusat yang dapat memburuk dengan cepat.[25]

2) Eklampsia

Merupakan komplikasi lanjut dari preeklamsia yang ditandai kejang pada ibu hamil akibat gangguan aliran darah otak, edema serebri, dan peningkatan tekanan intrakranial. Kondisi ini merupakan keadaan gawat darurat yang dapat menyebabkan koma hingga kematian.[25]

3) Solusio plasenta

Terjadi akibat gangguan perfusi dan kerusakan pembuluh

darah desidua yang menyebabkan pelepasan plasenta dari dinding uterus sebelum persalinan, sehingga menimbulkan perdarahan dan gangguan oksigenasi janin.[25]

4) IUGR (*Intrauterine Growth Restriction*)

Penurunan aliran darah uteroplasenta menyebabkan suplai oksigen dan nutrisi ke janin berkurang sehingga pertumbuhan janin terhambat dan berat badan tidak sesuai usia kehamilan.[25]

5) Oligohidramnion

Penurunan perfusi ginjal janin menyebabkan produksi urin janin menurun sehingga volume cairan ketuban berkurang dan mengganggu perkembangan janin.[25]

6) Gawat janin (fetal distress)

Gangguan aliran darah plasenta menyebabkan hipoksia janin yang ditandai perubahan denyut jantung janin tidak normal selama kehamilan atau persalinan.[25]

7) Gangguan fungsi organ ibu (ginjal, hati, paru)

Vasokonstriksi sistemik menyebabkan penurunan fungsi ginjal, gangguan hati, serta edema paru akibat retensi cairan dan peningkatan tekanan vaskular.[25]

8) Perdarahan postpartum

Dapat terjadi akibat gangguan kontraksi uterus (atonia uteri) dan kemungkinan gangguan pembekuan darah pada kasus hipertensi berat.[25]

9) Abrupsio plasenta (solusio plasenta berulang)

Kerusakan pembuluh darah desidua dapat menyebabkan pelepasan plasenta sebagian yang menimbulkan perdarahan berulang dan gangguan oksigenasi janin.[25]

f. Penatalaksanaan hipertensi gestasional

1) Pemantauan tekanan darah

Pemantauan tekanan darah dilakukan secara rutin untuk

menilai stabilitas kondisi ibu dan mendeteksi adanya peningkatan yang mengarah pada preeklamsia. Pemeriksaan dapat dilakukan di fasilitas kesehatan maupun secara mandiri di rumah dengan alat tensi yang sesuai. Pemantauan ini juga membantu menentukan efektivitas terapi serta kebutuhan intervensi lebih lanjut.[26]

2) Istirahat cukup (*left lateral position*)

Ibu dianjurkan untuk cukup istirahat dengan posisi miring ke kiri (left lateral position) karena dapat meningkatkan aliran darah ke uterus, plasenta, serta ginjal. Posisi ini membantu mengurangi tekanan pada vena cava inferior, sehingga perfusi janin menjadi lebih optimal dan tekanan darah ibu dapat lebih terkontrol. Aktivitas berat juga perlu dibatasi untuk mengurangi beban kardiovaskular.[26]

3) Diet rendah garam

Pengaturan pola makan dengan membatasi asupan garam bertujuan untuk mengurangi retensi cairan dan menurunkan risiko peningkatan tekanan darah. Ibu juga dianjurkan mengonsumsi makanan bergizi seimbang yang kaya protein, vitamin, dan mineral untuk mendukung kesehatan ibu serta pertumbuhan janin. Asupan cairan tetap perlu dijaga sesuai kebutuhan tubuh.[26]

4) Obat antihipertensi (sesuai indikasi medis)

Pemberian obat antihipertensi dilakukan bila tekanan darah tidak terkontrol dengan terapi nonfarmakologis. Jenis obat disesuaikan dengan kondisi ibu hamil dan keamanan terhadap janin, seperti labetalol, nifedipine, atau metildopa. Penggunaan obat harus dalam pengawasan tenaga kesehatan untuk mencegah efek samping dan memastikan tekanan darah tetap dalam batas aman.[26]

5) Terminasi kehamilan bila berat/ada indikasi

Terminasi kehamilan dapat dipertimbangkan apabila kondisi ibu atau janin memburuk, seperti hipertensi berat yang

tidak terkontrol, tanda preeklamsia berat, gawat janin, atau usia kehamilan sudah cukup untuk persalinan. Tindakan ini bertujuan untuk mencegah komplikasi lebih lanjut dan menyelamatkan ibu serta janin. Keputusan dilakukan berdasarkan evaluasi medis secara menyeluruh.[26]

g. Obat antihipertensi pada hipertensi gestasional

1) Metildopa

Metildopa merupakan obat lini pertama pada kehamilan karena keamanan terhadap janin sudah cukup baik. Obat ini bekerja pada sistem saraf pusat dengan menurunkan aktivitas simpatis sehingga menurunkan resistensi perifer dan tekanan darah. Efek samping yang dapat muncul meliputi rasa lelah, sedasi, mulut kering, dan kadang peningkatan enzim hati, sehingga perlu pemantauan fungsi hati bila digunakan jangka panjang.[26]

2) Nifedipine

Nifedipine termasuk golongan calcium channel blocker yang bekerja dengan menghambat masuknya ion kalsium ke sel otot polos pembuluh darah, sehingga terjadi vasodilatasi dan penurunan tekanan darah. Obat ini sering digunakan pada hipertensi kehamilan karena efeknya cepat. Efek samping yang dapat terjadi antara lain sakit kepala, flushing, palpitasi, dan hipotensi jika dosis berlebihan.[26]

3) Labetalol

Labetalol merupakan kombinasi alpha dan beta blocker yang menurunkan tekanan darah dengan mengurangi resistensi vaskular perifer dan denyut jantung. Obat ini sering digunakan pada hipertensi sedang hingga berat pada kehamilan. Efek sampingnya dapat berupa bradikardia, pusing, kelelahan, dan kadang bronkospasme pada pasien dengan riwayat asma.[26]

4) Hidralazin (terutama pada kondisi akut)

Hidralazin bekerja sebagai vasodilator arteri yang

menurunkan tekanan darah dengan cepat, sehingga sering digunakan pada keadaan hipertensi berat atau emergensi. Pemberiannya biasanya melalui intravena di fasilitas kesehatan. Efek samping yang dapat muncul yaitu takikardia refleks, sakit kepala, dan hipotensi mendadak.[26]

4. Anemia pada Kehamilan

a. Definisi

Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ketika kadar hemoglobin (Hb) dalam darah ibu hamil berada di bawah nilai normal akibat penurunan jumlah eritrosit atau penurunan konsentrasi hemoglobin, sehingga kemampuan darah dalam mengangkut oksigen ke jaringan ibu maupun janin menjadi tidak adekuat. Secara fisiologis, kebutuhan oksigen dan volume darah pada kehamilan meningkat karena adanya pertumbuhan janin, pembentukan plasenta, serta peningkatan volume plasma sekitar 20-30%, sehingga kebutuhan zat besi dan nutrisi lain untuk pembentukan hemoglobin juga meningkat.[27]

b. Patofisiologi

Patofisiologi anemia pada kehamilan dimulai dari peningkatan kebutuhan zat besi yang signifikan seiring bertambahnya usia kehamilan, karena zat besi dibutuhkan untuk pembentukan hemoglobin ibu, pertumbuhan janin, pembentukan plasenta, serta peningkatan volume darah selama kehamilan. Pada kondisi normal, kehamilan menyebabkan peningkatan volume plasma sekitar 40-50% sedangkan massa eritrosit hanya meningkat sekitar 20-30%, sehingga terjadi hemodilusi fisiologis yang menurunkan konsentrasi hemoglobin meskipun jumlah sel darah merah mungkin tidak benar-benar berkurang secara absolut.[28]

Apabila asupan zat besi tidak mencukupi atau cadangan besi (ferritin) dalam tubuh sudah rendah, maka sintesis hemoglobin di sumsum tulang terganggu. Hal ini menyebabkan eritropoiesis tidak optimal dan terbentuk eritrosit yang berukuran lebih kecil (mikrositik)

dan lebih pucat (hipokromik) akibat rendahnya kandungan hemoglobin di dalam sel. Kondisi ini dikenal sebagai anemia defisiensi besi, yaitu bentuk anemia yang paling sering terjadi pada kehamilan.[28]

Penurunan kadar hemoglobin menyebabkan kapasitas pengangkutan oksigen darah menurun, sehingga terjadi hipoksia jaringan pada ibu dan janin. Tubuh kemudian melakukan kompensasi dengan meningkatkan denyut jantung, curah jantung, dan redistribusi aliran darah ke organ vital. Namun, jika kondisi berlanjut, kompensasi ini menjadi tidak adekuat sehingga dapat menyebabkan gejala lemah, mudah lelah, sesak, serta pada janin dapat mengganggu pertumbuhan karena suplai oksigen dan nutrisi yang tidak optimal.[28]

c. Klasifikasi anemia pada trimester III
   1) Tidak anemia/normal: Hb ≥ 11 g/dl (pada ibu hamil)
   2) Anemia ringan: Hb 10,0 – 10,9 g/dl
   3) Anemia sedang: Hb 8,0 – 9,9 g/dl
   4) Anemia berat: Hb < 8,0 g/dl.[28]

d. Faktor-faktor penyebab anemia pada ibu hamil
   1) Paritas

      Ibu yang sering hamil dan melahirkan dalam jarak dekat memiliki risiko lebih tinggi mengalami anemia karena cadangan zat besi dalam tubuh terus berkurang untuk kehamilan sebelumnya dan belum sempat pulih sepenuhnya.[29]

   2) Umur ibu

      Usia ibu yang terlalu muda (<20 tahun) atau terlalu tua (>35 tahun) meningkatkan risiko anemia. Pada usia muda, kondisi biologis belum matang sehingga kebutuhan zat besi meningkat, sedangkan pada usia tua terjadi penurunan daya tahan tubuh dan peningkatan risiko penyakit yang dapat mempengaruhi kadar hemoglobin.[29]

   3) Dukungan suami

Dukungan suami baik secara emosional maupun informasi sangat penting dalam menjaga kesehatan ibu hamil. Kurangnya dukungan dapat menyebabkan ibu kurang termotivasi untuk menjaga pola makan sehat dan tidak disiplin dalam konsumsi tablet Fe.[29]

4) Pola konsumsi

Pola makan yang rendah zat besi atau tidak seimbang menjadi penyebab utama anemia pada ibu hamil. Kekurangan asupan makanan bergizi menyebabkan produksi hemoglobin tidak optimal sehingga kadar Hb dalam darah menurun.[29]

5) Infeksi

Penyakit seperti malaria, TBC, dan cacingan dapat menyebabkan anemia karena merusak sel darah merah atau mengganggu proses pembentukan darah. Infeksi cacing juga dapat menyebabkan kehilangan nutrisi yang dibutuhkan tubuh sehingga memperberat anemia pada ibu hamil.[29]

6) Perdarahan

Perdarahan baik sebelum maupun selama kehamilan dapat menyebabkan hilangnya sejumlah besar darah yang mengandung zat besi. Kondisi ini menyebabkan penurunan kadar hemoglobin secara cepat sehingga meningkatkan risiko anemia, terutama jika tidak segera ditangani dengan baik.[29]

e. Tanda dan gejala anemia pada kehamilan

1) Pucat pada kulit, bibir, dan selaput mata (konjungtiva) akibat rendahnya kadar hemoglobin dalam darah.
2) Mudah lelah dan lemas karena suplai oksigen ke jaringan tubuh berkurang sehingga aktivitas cepat menurun.
3) Pusing atau sakit kepala akibat penurunan oksigenasi ke otak.
4) Sesak napas terutama saat aktivitas ringan karena tubuh berusaha meningkatkan kompensasi oksigen.

5) Jantung berdebar (palpitasi) sebagai bentuk kompensasi peningkatan kerja jantung untuk memenuhi kebutuhan oksigen.
6) Lemas dan kurang konsentrasi karena jaringan tubuh, termasuk otak, kekurangan oksigen.
7) Kuku rapuh dan rambut rontok pada anemia yang berlangsung lama akibat gangguan nutrisi jaringan.
8) Pada kasus berat dapat terjadi pingsan, penurunan kesadaran, hingga penurunan toleransi aktivitas yang signifikan.[30]

f. Dampak anemia pada kehamilan

1) Pada ibu

Anemia dapat menyebabkan ibu mudah lelah, lemah, pusing, dan penurunan daya tahan tubuh sehingga lebih rentan terhadap infeksi. Pada kondisi yang lebih berat, anemia dapat meningkatkan risiko perdarahan saat persalinan (atonia uteri), persalinan lama, serta gagal jantung akibat kerja jantung yang meningkat untuk mengkompensasi kekurangan oksigen.[31]

2) Pada janin

Anemia dapat mengganggu suplai oksigen dan nutrisi ke janin sehingga menyebabkan pertumbuhan janin terhambat (IUGR), berat badan lahir rendah (BBLR), persalinan prematur, serta meningkatkan risiko asfiksia saat lahir. Pada kasus berat, dapat terjadi gangguan perkembangan janin hingga kematian intrauterin.[31]

5. Oligohidramnion

a. Definisi

Oligohidramnion merujuk pada jumlah cairan ketuban yang kurang dari 500 cc. Kondisi ini dapat berdampak negatif pada pertumbuhan janin, baik karena terganggunya pertumbuhan akibat perlekatan antara janin dan amnion, maupun karena tekanan pada dinding rahim yang dialami oleh janin.[32] Oligohidramnion merujuk pada kondisi di mana volume cairan ketuban dalam rahim mengalami penurunan menjadi kurang dari 200 ml hingga 500 ml, atau ketika

indeks cairan ketuban menurun menjadi kurang dari 5 cm. Kondisi ini mencerminkan keterbatasan jumlah cairan yang mengelilingi janin dalam kantung amnion.[33]

b. Etiologi

Penyebab yang tepat dari terjadinya oligohidramnion masih belum sepenuhnya dipahami. Beberapa kondisi yang sering terkait dengan oligohidramnion hampir selalu terkait dengan hambatan pada saluran traktus urinarius janin atau renal agenesis. Oligohidramnion bisa terjadi sebagai hasil dari pertumbuhan amnion yang tidak memadai secara primer, sementara secara sekunder dapat terjadi akibat pecahnya ketuban sebelum waktunya.[33]

c. Patofiologi

Mekanisme atau patofisiologi terjadinya oligohidramnion dapat dikaitkan dengan Sindroma Potter dan Fenotip Potter. Sindroma Potter dan Fenotip Potter merupakan suatu kondisi kompleks yang terkait dengan kelainan ginjal bawaan dan memiliki hubungan dengan oligohidramnion, yaitu kondisi kurangnya cairan ketuban. Fenotip Potter digambarkan sebagai keadaan khusus pada bayi yang baru lahir, di mana volume cairan ketuban sangat terbatas atau bahkan tidak ada sama sekali. Oligohidramnion menyebabkan bayi tidak memiliki bantalan yang cukup terhadap dinding rahim, sehingga tekanan dari dinding rahim dapat menciptakan ciri wajah yang khas, yang dikenal sebagai "wajah Potter". Selain itu, karena ruang di dalam rahim menjadi terbatas, anggota tubuh bayi dapat mengalami kelainan atau kontraktur, dan tertahan dalam posisi yang tidak normal. Semua ini terkait erat dengan kompleksitas Sindroma Potter dan Fenotip Potter serta dampak oligohidramnion terhadap perkembangan janin di dalam rahim.[34]

d. Resiko Oligahidramnion

Beberapa efek dari oligohidramnion termasuk:

1) Gangguan Pertumbuhan Janin

Kurangnya cairan ketuban dapat menghambat pertumbuhan dan perkembangan janin secara optimal, yang dapat menyebabkan berat badan lahir rendah atau pertumbuhan janin yang terhambat.[34]

2) Gawat Janin

Oligohidramnion dapat menyebabkan tekanan yang berlebihan pada tali pusat atau kompresi pembuluh darah utama, yang dapat menyebabkan hipoksia janin atau gawat janin.[34]

3) Gangguan Fungsi Plasenta

Oligohidramnion juga dapat mengganggu fungsi plasenta, organ vital yang menyediakan nutrisi dan oksigen kepada janin. Hal ini dapat menyebabkan gangguan aliran darah plasenta dan memperburuk kondisi janin.[34]

4) Komplikasi Persalinan

Oligohidramnion dapat meningkatkan risiko komplikasi selama persalinan, seperti persalinan prematur, persalinan sulit, atau perlunya intervensi medis seperti persalinan melalui operasi caesarea.[34]

6. Persalinan

a. Definisi

Persalinan merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan 37-42 minggu, dimana janin dilahirkan secara spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.[34] Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dikatakan normal jika proses terjadinya pada kehamilan usia 37-40 minggu tanpa disertai adanya penyulit.[35]

b. Tanda- tanda persalinan

1) Lightening

Menjelang minggu ke-36, pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas

panggul, masuknya kepala bayi ke pintu atas panggul di rasakan ibu hamil terasa ringan di bagian atas, rasa sesaknya berkurang, di bagian bawah terasa sesak, terjadi kesulitan saat berjalan, dan sering miksi. Pada multipara kepala janin baru masuk pintu atas panggul menjelang Persalinan.[35]

2) His Persalinan

Sifat his persalinan meliputi pinggang terasa sakit yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, kekuatan makin besar, mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks, makin beraktivitas, kekuatan makin bertambah.[35]

3) Pengeluaran Lendir dan Darah

Terjadinya his persalinan mengakibatkan perubahan pada serviks yang menyebabkan pendataran dan pembukaan, pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas, dan terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.[35]

4) Pengeluaran Cairan Ketuban

Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap, dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.[35]

c. Tahapan persalinan

1) Kala I

Kala I atau kala pembukaan berlangsung dari pembukaan (0 cm) sampai pembukaan lengkap (10 cm). Kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam, sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Kala I (pembukaan) dibagi menjadi dua fase, yakni:[35]

a) Fase Laten

(1) Pembukaan serviks berlangsung lambat

(2) Pembukaan 0 sampai pembukaan 3 cm

(3) Berlangsung dalam 7-8 jam

b) Fase Aktif

Berlangsung selama 6 jam dan di bagi atas 3 fase, yaitu:

(1) Periode akselerasi, yakni berlangsung selama 2 jam pembukaan menjadi 4 cm.
(2) Periode dilatasi maksimal, berlangsung selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
(3) Periode deselerasi, berlangsung lambat dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap.

Pada kala ini kita akan melakukan pemantauan persalinan

2) Kala II

Kala II ini memiliki ciri khas, yaitu:[35]

a) His terkoordinir, kuat, cepat dan lebih lama kira-kira 2-3 menit sekali
b) Kepala janin telah turun masuk ruang panggul dan secara reflektoris menimbulkan rasa ingin mengejan
c) Tekanan pada rektum, ibu merasa ingin BAB
d) Anus membuka
e) Lama pada kala II ini pada primi dan multipara berbeda yaitu :
   (1) Primipara kala II berlangsung 1,5 jam-2 jam
   (2) Multipara kala II berlangsung 0,5 jam-1 jam.

3) Kala III

a) Fisiologi Kala III

Terbagi dalam dua tahap pada kelahiran plasenta, yaitu terlepasnya plasenta dari implantasinya pada dinding uterus dan pengeluaran plasenta dari dalam kavum uteri. Setelah bayi lahir, uterus masih mengadakan kontraksi yang mengakibatkan penciutan permukaan kavum uteri tempat implantasi plasenta. Oleh karena tempat implantasi plasenta menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka plasenta akan menekuk, menebal, kemudian dilepaskan dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau bagian atas vagina.[35]

b) Tanda-tanda lepasnya plasenta
   (1) Perubahan bentuk dan tinggi fundus
   (2) Tali pusat memanjang
   (3) Semburan darah tiba-tiba.

c) Manajemen aktif kala III
   (1) Pemberian suntikan oksitosin
   (2) Melakukan peregangan tali pusat terkendali
   (3) Pemijatan atau masase fundus uteri.[35]

4) Kala IV

a) Fisiologi kala IV

Kala IV dimulai sejak plasenta lahir sampai dengan dua jam sesudahnya, hal-hal yang perlu diperhatikan pada kala IV adalah kontraksi uterus sampai uterus kembali ke bentuk normal. Uterus dapat dirangsang untuk berkontraksi dengan baik dan kuat melalui massase atau rangsang taktil, kelahiran plasenta yang lengkap perlu juga dipastikan untuk menjamin tidak terjadi perdarhan lanjut.[35]

Pemantauan dan Evaluasi Lanjut

(1) Keadaan umum ibu: tensi, nadi, pernapasan, dan rasa sakit
   (a) Periksa Setiap 15 menit pada jam pertama setelah persalinan dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan jika kondisi itu tidak stabil pantau lebih sering.
   (b) Apakah ibu membutuhkan minum
   (c) Apakah ibu akan memegang bayinya

(2) Kontraksi uterus dan tinggi fundus uteri

Rasakan apakah fundus uteri berkontraksi kuat dan berada dibawah umbilicus.

   (a) Periksa fundus 2-3 kali dalam 10 menit pertama.
   (b) Setiap 15 menit pada jam pertama setelah persalinan
   (c) Setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan

(d) Masase fundus (jika perlu) untuk menimbulkan kontraksi

(3) Perdarahan

Perdarahan: ada/tidak, banyak/biasa

(4) Kandung Kemih

Kandung kemih harus terus dalam keadaan kosong, karena kandung kemih yang penuh dapat menghalangi kontraksi maksimal sehingga perdarahan dapat terjadi. Pemantauan kontraksi selama satu jam pertama dilakukan empat kali dalam 15 menit, dan dua kali selama 30 detik pada jam kedua.

(5) Luka-luka: jahitannya baik/tidak, ada perdarahan/tidak

Evaluasi laserasi dan perdarahan aktif pada perineum dan vagina. Nilai perluasan laserasi perineum. Derajat laserasi perineum terbagi atas:

(a) Derajat I

Meliputi mokosa vagina, fourchette posterior dan kulit perineum. Pada derajat I ini tidak perlu dilakukan penjahitan, kecuali jika terjadi perdarahan.

(b) Derajat II

Meliputi mokosa vagina, fourchette posterior, kulit perineum dan otot perineum. Pada derajat II dilakukan penjahitan dengan teknik jelujur.

(c) Derajat III

Meliputi mokosa vagina, fourchette posterior, kulit perineum, otot perineum dan otot spingter ani external.

(d) Derajat IV

Derajat III ditambah dinding rectum anterior. Pada derajat III dan IV segera lakukan rujukan karena laserasi ini memerlukan teknik dan prosedur khusus.[35]

(6) Uri dan selaput ketuban harus lengkap

(7) Bayi dalam keadaan baik.[35]

d. Mekanisme persalinan normal

1) Penurunan Kepala

Pada primipara kepala janin turun ke rongga panggul/masuk ke PAP pada akhir minggu 36 kehamilan, sedangkan pada multipara terjadi saat mulainya persalinan. Penurunan kepala janin terjadi selama persalinan karena daya dorong dari kontraksi dan posisi serta peneranan (selama kala dua) oleh ibu. Fiksasi (engagement) ialah tahap penurunan pada waktu diameter biparietal dari kepala janin telah masuk panggul ibu. Sinklitismus adalah bila arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang PAP (sutura sagitalis berada di tengah-tengah jalan lahir atau PAP). Asinklitismus adalah bila arah sumbu kepala janin miring dengan bidang PAP (sutura sagitalis mendekati promontorium atau simfisis pubis).[36]

2) Fleksi

Semakin turun ke rongga panggul, kepala janin semakin fleksi, sehingga mencapai fleksi maksimal (biasanya di Hodge III) dengan ukuran diameter kepala janin yang terkecil, yaitu diameter suboksipito bregmatika (9,5 cm). Melalui fleksi ini, diameter terkecil dari kepala janin dapat masuk ke dalam panggul dan terus menuju dasar panggul.[36]

3) Putaran paksi dalam

Putaran paksi dalam adalah pemutaran ubun-ubun kecil (UUK) dari bagian depan yang menyebabkan bagian terendah dari bagian depan janin memutar ke arah depan ke bawah simfisis. Pada presentasi belakang, kepala bagian terendah adalah daerah ubun-ubun kecil dan bagian tersebut akan memutar ke depan, ke arah simfisis. Rotasi dalam penting untuk menyelesaikan persalinan, karena rotasi dalam merupakan usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir.[36]

4) Ekstensi

Sesudah kepala janin sampai didasar panggul dan UUK berada di bawah simfisis sebagai hipomoklion, kepala mengadakan gerakan defleksi atau ekstensi untuk dapat dilahirkan, maka lahirlah berturut-turut UUB, dahi, muka, dan dagu.[36]

5) Putaran paksi luar

Kepala yang telah lahir selanjutnya mengalami putaran paksi luar, yaitu kepala bayi memutar kembali ke arah punggungnya untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Bahu melintasi pintu dalam keadaan miring dan akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya di dalam rongga panggul. Dengan demikian, setelah kepala bayi lahir, bahu mengalami putaran paksi dalam di dasar panggul dan ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul.[36]

6) Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai di bawah simfisis dan menjadi hipomoklion untuk kelahiran bahu belakang. Setelah kedua bahu bayi lahir, selanjutnya seluruh badan bayi dilahirkan searah dengan sumbu jalan lahir.[36]

e. Faktor yang mempengaruhi persalinan

1) *Passage*

Passage adalah jalur yang dilalui janin saat proses persalinan yang terdiri dari panggul ibu (tulang panggul), serviks, vagina, serta jaringan lunak di sekitarnya. Keberhasilan persalinan sangat ditentukan oleh ukuran, bentuk, dan fleksibilitas panggul. Jika panggul normal dan cukup luas, maka janin dapat melewati jalan lahir dengan baik. Namun, jika terjadi kelainan seperti panggul sempit (cephalopelvic disproportion/CPD), deformitas panggul, atau kelainan jaringan lunak seperti edema atau tumor, maka dapat

menghambat penurunan kepala janin dan menyebabkan persalinan tidak maju atau perlu tindakan operatif.[1]

2) *Power*

Power adalah kekuatan utama yang mendorong janin keluar melalui jalan lahir. Power terdiri dari kontraksi uterus (his) dan kekuatan mengejan ibu. His yang efektif memiliki frekuensi, durasi, dan intensitas yang cukup untuk menyebabkan pembukaan serviks serta penurunan janin. Selain itu, setelah pembukaan lengkap, ibu akan dibantu oleh dorongan otot abdomen saat mengejan. Jika his lemah (inertia uteri) atau ibu tidak mampu mengejan dengan baik, maka proses persalinan dapat menjadi lama atau terhenti.[1]

3) *Passenger*

Passenger adalah bagian yang akan melewati jalan lahir, terutama janin sebagai faktor utama. Keberhasilan persalinan dipengaruhi oleh ukuran janin (makrosomia atau janin besar dapat menghambat), posisi janin (presentasi kepala paling optimal), sikap janin (fleksi atau ekstensi kepala), serta letak janin di dalam rahim. Selain itu, plasenta juga berperan dalam mendukung kehidupan janin selama kehamilan, sedangkan air ketuban membantu melindungi janin dan mempermudah pergerakan janin saat persalinan. Kelainan seperti malpresentasi (sungsang, lintang) atau oligohidramnion dapat mempersulit proses persalinan.[1]

4) Psikologis

Faktor psikologis sangat mempengaruhi kelancaran persalinan. Ibu yang mengalami kecemasan, ketakutan, atau stres berlebihan dapat mengalami peningkatan hormon adrenalin yang dapat menghambat kerja oksitosin sehingga kontraksi menjadi tidak efektif. Sebaliknya, ibu yang tenang, percaya diri, dan mendapatkan dukungan emosional dari keluarga serta tenaga kesehatan akan lebih mudah beradaptasi dengan nyeri persalinan dan proses pembukaan dapat berlangsung lebih lancar.[1]

5) Penolong

Penolong persalinan adalah bidan atau tenaga kesehatan yang berperan dalam membantu proses persalinan agar berlangsung aman. Kesiapan penolong meliputi kompetensi klinis, keterampilan dalam menangani persalinan normal maupun kegawatdaruratan, serta kemampuan melakukan pengambilan keputusan cepat bila terjadi komplikasi. Selain itu, ketersediaan alat, fasilitas, dan lingkungan yang bersih dan aman juga sangat berpengaruh terhadap keselamatan ibu dan bayi selama persalinan. Penolong yang siap dan profesional dapat menurunkan risiko komplikasi dan meningkatkan keberhasilan persalinan.[1]

7. Kajian teori *Secsio caesarea*

a. Pengertian

Sectio caesarea adalah tindakan persalinan buatan untuk melahirkan janin melalui pembedahan dengan cara membuat sayatan pada dinding abdomen (laparatomi) dan dinding uterus (histerotomi) sehingga janin dapat dikeluarkan langsung dari dalam rahim tanpa melalui jalan lahir normal. Tindakan ini dilakukan apabila persalinan pervaginam tidak memungkinkan atau dapat membahayakan ibu maupun janin, baik secara elektif maupun emergensi, dengan indikasi seperti disproporsi kepala panggul (CPD), gawat janin, plasenta previa, solusio plasenta, letak lintang, maupun kondisi obstetri tertentu lainnya. Meskipun bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan bayi, sectio caesarea tetap merupakan tindakan operasi besar yang memiliki risiko seperti perdarahan, infeksi, serta komplikasi anestesi sehingga memerlukan pertimbangan dan pengawasan medis yang ketat.[37]

b. Jenis *Sectio Caesarea*

1) SC elektif (terencana)

Dilakukan secara terjadwal sebelum proses persalinan dimulai karena sudah ada indikasi medis yang diketahui

sebelumnya. Biasanya kondisi ibu dan janin masih stabil, sehingga persiapan operasi dapat dilakukan lebih optimal.[38]

2) SC emergensi (gawat darurat)

Dilakukan segera tanpa perencanaan sebelumnya karena terdapat kondisi yang mengancam keselamatan ibu atau janin, seperti gawat janin, perdarahan, atau persalinan yang tidak maju, sehingga tindakan harus cepat dilakukan untuk menyelamatkan keduanya.[38]

c. Komplikasi

Komplikasi dari adalah sebagai berikut:[39]

1) Infeksi puerperalis/ nifas bisa terjadi infeksi ringan yaitu kenaikan suhu beberapa hari saja, sedang yaitu kenaikan suhu lebih tinggi disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung, berat yaitu dengan peritonitis dan ileus paralitik
2) Perdarahan akibat atonia uteri atau banyak pembuluh darah yang terputus dan terluka pada saat operasi
3) Trauma kandung kemih yang terpotong saat melakukan section caesarea
4) Resiko rupture uteri pada kehamilan berikutnya karena jika pernah mengalami pembedahan pada dinding Rahim, insisi yang dibuat menciptakan garis kelemahan yang sangat berisiko untuk rupture pada persalinan berikutnya.

8. Bayi Baru Lahir (BBL)

a. Definisi Bayi Baru Lahir (BBL)

Bayi baru lahir (BBL) adalah bayi yang berada pada usia 0-28 hari pertama kehidupan yang disebut periode neonatus, yaitu masa adaptasi dari kehidupan intrauterin ke ekstrauterin yang meliputi penyesuaian sistem pernapasan, sirkulasi, suhu tubuh, serta kemampuan menyusu. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat badan 2.500-4.000 gram, segera menangis atau bernapas spontan, memiliki tonus otot baik, refleks normal, serta tidak

ditemukan kelainan kongenital. Masa ini sangat rentan sehingga membutuhkan pemantauan dan asuhan seperti menjaga kehangatan, IMD, perawatan tali pusat, serta pencegahan infeksi dan pemberian imunisasi dasar.[40]

b. Klasifikasi BBL
   1) Berdasarkan usia kehamilan
      a) Prematur: < 37 minggu
      b) Cukup bulan (aterm): 37-42 minggu
      c) Postmatur (serotinus): > 42 minggu
   2) Berdasarkan berat badan lahir
      a) BBLSR (Berat Badan Lahir Sangat Rendah): < 1.500 gram
      b) BBLR (Berat Badan Lahir Rendah): 1.500-2.499 gram
      c) BBLN (Normal): 2.500-4.000 gram
      d) BBLB (Lebih): > 4.000 gram.[41]

c. Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir
   1) Sistem pernapasan

      Setelah lahir, bayi mengalami transisi dari lingkungan intrauterin yang bergantung pada plasenta menjadi pernapasan mandiri melalui paru-paru. Cairan dalam alveoli mulai diserap dan digantikan oleh udara, kemudian paru-paru mengembang saat napas pertama. Produksi surfaktan membantu menjaga alveoli tetap terbuka sehingga pertukaran oksigen dan karbon dioksida dapat berjalan efektif.[41]

   2) Sistem kardiovaskular

      Terjadi perubahan sirkulasi dari janin menjadi sirkulasi neonatal, ditandai dengan penutupan fungsi shunt janin seperti foramen ovale, duktus arteriosus, dan duktus venosus. Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, aliran darah beralih ke paru-paru untuk oksigenasi, sehingga sistem peredaran darah mulai bekerja secara terpisah antara sirkulasi paru dan sistemik.[41]

3) Suhu tubuh

Bayi baru lahir sangat rentan mengalami hipotermia karena belum memiliki mekanisme termoregulasi yang matang, lemak subkutan masih sedikit, serta permukaan tubuh relatif luas dibanding berat badan. Kehilangan panas dapat terjadi melalui evaporasi, konduksi, konveksi, dan radiasi, sehingga diperlukan upaya menjaga kehangatan seperti metode skin to skin dan pembungkusan bayi.[41]

4) Sistem pencernaan

Sistem pencernaan bayi mulai beradaptasi untuk menerima asupan nutrisi dari luar rahim, terutama ASI. Refleks menghisap dan menelan mulai berfungsi, meskipun enzim pencernaan belum sepenuhnya matang. Mekonium (feses pertama) mulai dikeluarkan dalam 24-48 jam pertama sebagai tanda fungsi saluran cerna mulai bekerja.[41]

5) Sistem imun

Sistem kekebalan bayi masih belum matang sehingga sangat rentan terhadap infeksi. Perlindungan awal diperoleh dari antibodi ibu (IgG) yang didapat melalui plasenta selama kehamilan serta IgA dari ASI setelah lahir. Namun, karena sistem imun belum optimal, bayi baru lahir tetap memerlukan perlindungan ketat dari lingkungan untuk mencegah infeksi.[41]

6) Refleks

Tabel 3. refleks bayi baru lahir

Rooting	Sentuhan di pipi/sudut mulut
Sucking	Rangsangan di mulut
Grasping	Sentuhan telapak tangan
Moro	Kaget/posisi berubah tiba-tiba
Stepping	Kaki menyentuh alas
Babinski	Telapak kaki digores
Tonic Neck (fencing)	Kepala bayi menoleh ke satu sisi
Galant (trunk incurvation)	Punggung digores
Swimming reflex	Bayi ditelungkupkan di air/permukaan

d. Asuhan Bayi Baru Lahir

1) Pencegahan infeksi

Dilakukan dengan menjaga kebersihan tangan, alat, dan lingkungan saat menangani bayi untuk menghindari paparan kuman.[42]

2) Penilaian awal setelah lahir

Segera setelah lahir, bayi dinilai kondisi umumnya, meliputi: cukup bulan atau tidak, kondisi air ketuban (jernih atau bercampur mekonium), kemampuan bernapas atau menangis, serta tonus otot dan aktivitas bayi.[42]

3) Menjaga suhu tubuh bayi

Bayi mudah kehilangan panas melalui konduksi, konveksi, radiasi, dan evaporasi. Pencegahan dilakukan dengan mengeringkan bayi, melakukan kontak kulit dengan ibu, menyelimuti terutama bagian kepala, serta menunda mandi hingga suhu tubuh stabil (≥36,5°C) dan minimal setelah beberapa jam.[42]

4) Perawatan tali pusat

Tali pusat dipotong dan diikat dengan alat steril. Setelah itu dijaga tetap bersih dan kering untuk mencegah infeksi. Tidak perlu diberikan bahan tambahan, cukup perawatan kering.[42]

5) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Bayi diletakkan di dada ibu segera setelah lahir selama ±1 jam untuk memungkinkan bayi mencari dan menyusu sendiri.[42]

6) Pemberian ASI

Menyusui dianjurkan dimulai dalam 1 jam pertama. ASI, terutama kolostrum, bermanfaat untuk meningkatkan daya tahan tubuh bayi, merangsang refleks menghisap, serta membantu kontraksi uterus ibu.[42]

7) Pencegahan infeksi mata

Diberikan salep atau tetes mata antibiotik setelah IMD untuk mencegah infeksi, dan sebaiknya dilakukan dalam 1 jam pertama setelah lahir.[42]

8) Pemberian vitamin K

Vitamin K diberikan untuk mencegah perdarahan pada bayi baru lahir, biasanya melalui suntikan intramuskular.[42]

9) Pemberian imunisasi

Imunisasi hepatitis B diberikan dalam beberapa jam pertama setelah lahir untuk mencegah penularan dari ibu ke bayi.[42]

10) Pemeriksaan bayi baru lahir

Dilakukan setelah kondisi bayi stabil, meliputi pengukuran berat badan, panjang badan, lingkar kepala, serta pemeriksaan fisik secara umum.[42]

e. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

1) Tidak mau menyusu atau lemah saat menyusu
2) Kejang
3) Sesak napas (napas cepat, tarikan dinding dada, merintih, atau henti napas)
4) Demam atau hipotermia
5) Ikterus dalam 24 jam pertama kehidupan
6) Tali pusat bernanah, kemerahan, atau berbau
7) Bayi tampak sangat lemas atau tidak aktif
8) Muntah berulang atau muntah hijau
9) Tidak BAB atau tidak BAK dalam 24 jam pertama.[42]

f. Kunjungan Neonatal

1) KN 1 (0-6 jam setelah lahir)

Kunjungan neonatal pertama dilakukan segera setelah bayi lahir untuk menilai kondisi umum dan memastikan adaptasi awal berjalan baik. Pemeriksaan meliputi pernapasan, suhu tubuh, warna kulit, serta refleks bayi. Pada tahap ini juga diberikan asuhan esensial seperti Inisiasi Menyusu Dini (IMD), pemberian vitamin K, perawatan tali pusat, dan pencegahan infeksi.

2) KN 2 (usia 3-7 hari)

Kunjungan ini bertujuan memantau kondisi bayi pada masa transisi awal kehidupan di luar kandungan. Penilaian mencakup kemampuan menyusu, berat badan, kondisi tali pusat, serta tanda-tanda infeksi atau ikterus. Deteksi dini tanda bahaya juga dilakukan untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.

3) KN 3 (usia 8-28 hari)

Kunjungan neonatal ketiga dilakukan untuk memastikan pertumbuhan dan perkembangan bayi berlangsung optimal. Fokus pemeriksaan meliputi pola menyusu, peningkatan berat badan, kondisi kesehatan umum, serta pemantauan adanya gangguan atau masalah kesehatan yang mungkin muncul pada masa neonatal lanjut.[43]

9. Nifas

a. Definisi Nifas

Masa nifas adalah periode setelah persalinan yang dimulai sejak lahirnya plasenta sampai alat-alat reproduksi ibu kembali mendekati keadaan seperti sebelum hamil, yang berlangsung kurang lebih selama 6 minggu atau 42 hari. Pada masa ini terjadi berbagai perubahan fisiologis, terutama pada uterus yang mengalami involusi (proses pengecilan kembali), serta perubahan pada sistem hormonal, payudara, dan kondisi metabolisme tubuh ibu. Selain perubahan fisik, masa nifas juga merupakan masa adaptasi psikologis bagi ibu dalam menjalani peran baru sebagai seorang ibu, sehingga memerlukan pemantauan dan perawatan yang baik untuk mencegah terjadinya komplikasi.[44]

b. Tahapan Masa Nifas

1) Puerperium dini (0-24 jam postpartum)

Tahap ini dimulai segera setelah persalinan hingga 24 jam pertama. Pada periode ini dilakukan pemantauan ketat kondisi ibu, terutama tanda-tanda perdarahan postpartum, kontraksi uterus, serta tanda vital. Ibu juga mulai dianjurkan melakukan mobilisasi dini

secara bertahap untuk mencegah komplikasi seperti trombosis dan mempercepat pemulihan.[44]

2) Puerperium intermediat (hari ke-1 sampai hari ke-7)

Pada fase ini proses involusi uterus mulai berjalan dengan baik, yaitu uterus secara bertahap mengecil kembali ke ukuran normal. Lochea mulai keluar sesuai tahapannya (rubra ke serosa), serta kondisi fisik ibu mulai membaik. Pemantauan tetap dilakukan untuk memastikan tidak terjadi infeksi, perdarahan, atau gangguan laktasi.[44]

3) Puerperium lanjut (hari ke-8 sampai hari ke-42)

Pada tahap ini pemulihan organ reproduksi hampir mencapai kondisi sebelum hamil. Lochea biasanya sudah berkurang dan mendekati berhenti. Ibu mulai beradaptasi dengan peran baru, pemulihan fisik semakin optimal, serta mulai dipersiapkan untuk penggunaan metode kontrasepsi (KB) guna mengatur jarak kehamilan berikutnya.[44]

c. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1) Uterus

Setelah persalinan, uterus mengalami proses involusi yaitu pengecilan secara bertahap kembali ke ukuran sebelum hamil. Proses ini terjadi karena kontraksi otot uterus yang membantu mengurangi ukuran rahim serta mencegah perdarahan postpartum.[45]

Tabel 4. Involusi Uterus pada Masa Nifas

Waktu Masa Nifas	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
Setelah plasenta lahir	Setinggi pusat (± setinggi umbilikus)
1-3 hari postpartum	1-2 jari di bawah pusat
Hari ke-5-7	Pertengahan pusat dan simfisis
Hari ke-10	Tidak teraba di atas simfisis
6 minggu (42 hari)	Kembali ke ukuran normal

2) Lokhea

Terjadi pengeluaran cairan dari uterus sebagai proses pembersihan sisa jaringan setelah persalinan. Lokhea terdiri dari lokhea rubra (merah segar pada awal nifas), lokhea serosa (lebih

encer dan kecokelatan), dan lokhea alba (putih kekuningan pada akhir masa nifas).[45]

Tabel 5. Lochea pada Masa Nifas

Jenis Lochea	Waktu Terjadi	Warna dan Ciri
Lochea Rubra	Hari 1-3 postpartum	Merah segar seperti darah menstruasi
Lochea Serosa	Hari 4-10 postpartum	Merah muda hingga cokelat keputihan
Lochea Alba	Hari 10-42 postpartum	Putih kekuningan
Lochea Purulenta (abnormal)	Tidak normal	Kuning kehijauan, berbau tidak sedap

3) Serviks dan vagina

Serviks secara bertahap menutup kembali setelah persalinan, meskipun tidak kembali sepenuhnya seperti sebelum melahirkan. Vagina juga mengalami proses pemulihan, kembali mengecil, dan elastisitasnya meningkat secara bertahap meskipun tidak sepenuhnya sama seperti sebelum kehamilan.[45]

4) Payudara

Terjadi perubahan pada payudara yang ditandai dengan peningkatan produksi ASI (laktasi). Proses ini dipengaruhi oleh hormon prolaktin dan oksitosin yang merangsang pembentukan serta pengeluaran ASI untuk memenuhi kebutuhan bayi baru lahir.[45]

5) Sistem hormonal

Setelah persalinan, kadar hormon estrogen dan progesteron menurun secara drastis. Penurunan ini memicu aktivasi hormon prolaktin untuk produksi ASI serta mendukung proses pemulihan organ reproduksi ibu selama masa nifas.[45]

d. Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas

1) Fase *Taking In* (hari 1-2 postpartum)

Fase ini merupakan periode awal setelah persalinan ketika ibu masih berfokus pada kondisi dirinya sendiri. Ibu cenderung lebih pasif, banyak beristirahat, dan masih membutuhkan bantuan orang lain dalam memenuhi kebutuhan

sehari-hari. Keluhan yang sering muncul antara lain rasa lelah, nyeri pada area perineum atau bekas luka persalinan, serta gangguan tidur. Pada tahap ini ibu juga biasanya masih sering mengulang cerita pengalaman persalinannya sebagai bentuk proses penyesuaian. Dukungan emosional, istirahat yang cukup, serta asupan nutrisi yang adekuat sangat diperlukan agar pemulihan berjalan optimal.[46]

2) Fase *Taking Hold* (hari 3-10 postpartum)

Pada fase ini ibu mulai menunjukkan inisiatif untuk merawat bayinya meskipun masih merasa kurang percaya diri. Ibu dapat mengalami kecemasan, mudah sensitif, dan merasa takut tidak mampu merawat bayi dengan baik. Proses adaptasi peran sebagai ibu mulai berlangsung, sehingga ibu masih membutuhkan bimbingan dan dukungan dari keluarga maupun tenaga kesehatan. Edukasi mengenai perawatan bayi dan dukungan emosional sangat membantu meningkatkan rasa percaya diri ibu dalam menjalani peran barunya.[46]

3) Fase *Letting Go* (≥10 hari postpartum)

Fase ini ditandai dengan kemampuan ibu untuk menerima dan menjalani peran barunya sebagai seorang ibu secara lebih mandiri. Ibu mulai lebih percaya diri dalam merawat bayi serta mampu menyeimbangkan kebutuhan dirinya dengan kebutuhan bayi. Ikatan emosional antara ibu dan bayi juga semakin kuat. Meskipun sudah lebih stabil, dukungan keluarga tetap diperlukan untuk menjaga kondisi psikologis ibu dan mencegah terjadinya gangguan seperti baby blues atau depresi postpartum.[46]

e. Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

1) Nutrisi bergizi seimbang dan cairan cukup

Ibu nifas memerlukan asupan gizi lebih tinggi untuk mempercepat pemulihan setelah persalinan dan mendukung

produksi ASI. Makanan harus mengandung karbohidrat, lemak, vitamin, mineral, serta terutama protein tinggi seperti telur, ikan, ayam, daging, tempe, dan tahu karena protein berperan penting dalam penyembuhan luka operasi SC dan regenerasi jaringan. Asupan zat besi juga diperlukan untuk mencegah anemia akibat kehilangan darah saat persalinan. Cairan yang cukup sangat dianjurkan untuk menjaga hidrasi dan membantu kelancaran produksi ASI.[46]

2) Istirahat dan tidur cukup

Ibu nifas membutuhkan istirahat yang cukup untuk membantu proses pemulihan tubuh, mempercepat penyembuhan luka operasi, serta menjaga keseimbangan hormon. Pada kondisi post SC, istirahat juga membantu mengurangi nyeri dan mempercepat pemulihan tenaga. Ibu dianjurkan mengatur waktu istirahat mengikuti pola tidur bayi.[46]

3) Mobilisasi dini

Mobilisasi dini pada ibu post SC dilakukan secara bertahap sesuai kondisi ibu. Tujuannya untuk memperlancar peredaran darah, mencegah pembekuan darah (trombosis), mempercepat pemulihan fungsi tubuh, serta membantu proses penyembuhan luka operasi. Aktivitas dimulai dari gerakan ringan di tempat tidur hingga berjalan perlahan.[46]

4) Perawatan payudara dan menyusui

Perawatan payudara penting untuk menjaga kebersihan, mencegah bendungan ASI, dan memperlancar produksi ASI. Teknik menyusui yang benar membantu bayi mendapatkan ASI secara optimal serta mencegah puting lecet. Menyusui juga merangsang hormon oksitosin yang membantu kontraksi uterus dan mempercepat involusi.[46]

5) Kebersihan diri dan perawatan luka (terutama post SC)

Kebersihan diri harus dijaga untuk mencegah infeksi, terutama pada luka operasi. Luka SC perlu dirawat dengan menjaga kebersihan dan kekeringan area luka, mengganti balutan sesuai anjuran, serta memperhatikan tanda infeksi seperti kemerahan, nyeri berlebihan, atau keluar cairan. Kebersihan area genital juga penting untuk mencegah infeksi nifas.[46]

6) Dukungan keluarga

Dukungan keluarga sangat penting dalam masa nifas, terutama setelah SC karena ibu membutuhkan bantuan dalam aktivitas sehari-hari. Dukungan ini meliputi bantuan merawat bayi, membantu pekerjaan rumah, serta memberikan dukungan emosional agar ibu lebih tenang, tidak stres, dan mampu beradaptasi dengan peran barunya.[46]

f. Tanda Bahaya Masa Nifas

1) Perdarahan banyak atau lochea berbau tidak sedap
2) Perdarahan tidak normal (terus merah segar atau bertambah banyak)
3) Demam ≥ 38°C
4) Nyeri hebat pada perut bagian bawah
5) Nyeri hebat atau kemerahan pada luka jahitan (post SC/perineum)
6) Luka operasi basah, bernanah, atau terbuka
7) Payudara bengkak, keras, dan nyeri hebat
8) Puting lecet disertai nyeri berat saat menyusui
9) Pusing hebat atau lemas berlebihan
10) Sesak napas atau jantung berdebar
11) Tidak nafsu makan dan tampak sangat lemah
12) Sulit tidur berat atau gangguan emosi berat

13) Depresi postpartum (sedih berkepanjangan, tidak mau merawat bayi)
14) Kejang.[45]

g. Asuhan Kebidanan Masa Nifas (Kunjungan)
   1) KF 1 (Nifas 0-3 hari)
      a) Pemeriksaan tanda vital ibu
      b) Kontraksi dan tinggi fundus uteri
      c) Perdarahan dan lochea
      d) Pemeriksaan luka (perineum/post SC)
      e) Mobilisasi dini
      f) Inisiasi menyusu dini dan teknik menyusui
      g) Pencegahan perdarahan dan infeksi
   2) KF 2 (Nifas hari ke-4-7)
      a) Pemantauan involusi uterus
      b) Evaluasi lochea
      c) Kondisi payudara dan produksi ASI
      d) Deteksi nyeri, infeksi, atau bendungan ASI
      e) Nutrisi dan istirahat
      f) Dukungan psikologis (pencegahan baby blues)
   3) KF 3 (Nifas hari ke-8-28)
      a) Evaluasi pemulihan uterus
      b) Pemeriksaan kondisi umum ibu
      c) Pemantauan menyusui dan berat badan bayi
      d) Pemeriksaan luka jika ada (post SC/perineum)
      e) Konseling KB
      f) Edukasi perawatan diri dan bayi
   4) KF 4 (Nifas hari ke-29-42)
      a) Evaluasi akhir masa nifas
      b) Kondisi uterus sudah kembali normal
      c) Penyelesaian lochea
      d) Penilaian kesehatan reproduksi ibu

e) Konseling lanjutan KB jangka panjang
f) Deteksi tanda bahaya pasca nifas
g) Kesiapan ibu kembali beraktivitas normal.[45]

10. Keluarga Berencana

a. Definisi Keluarga Berencana

Kontrasepsi adalah suatu metode atau cara untuk mencegah terjadinya kehamilan, baik sementara maupun permanen, melalui metode alami, penggunaan alat atau obat seperti pil, suntik, IUD, dan implant, maupun tindakan medis seperti sterilisasi. Tujuan kontrasepsi tidak hanya untuk menunda kehamilan, tetapi juga untuk membantu pasangan mengatur jumlah dan jarak kelahiran anak sesuai kondisi kesehatan, ekonomi, dan kesiapan keluarga. Program Keluarga Berencana (KB) merupakan upaya untuk mewujudkan keluarga kecil berkualitas dengan cara mengatur kelahiran, mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, serta merencanakan kehamilan sesuai kebutuhan dan kondisi pasangan.[47]

b. Manfaat Keluarga Berencana (KB)

1) Mengatur jarak kehamilan
2) Mencegah kehamilan yang tidak diinginkan
3) Mengurangi risiko kehamilan berisiko tinggi
4) Menjaga kesehatan ibu dan bayi
5) Meningkatkan kesejahteraan keluarga
6) Membantu perencanaan jumlah anak
7) Mencegah kehamilan terlalu sering (jarak dekat)
8) Mengurangi angka kematian ibu dan bayi.[47]

c. Macam-Macam Metode Kontrasepsi

Macam-macam metode kontrasepsi dibagi menjadi beberapa kelompok sebagai berikut: [48]

1) Metode tradisional
   a) Semprot vagina
   b) Senggama terputus (coitus interruptus)

c) Penggunaan agen pembersih vagina

2) Metode alamiah tanpa alat
   a) Metode kalender
   b) Metode suhu basal tubuh
   c) Metode lendir serviks
   d) Metode pantang berkala
   e) Metode amenore laktasi (MAL)
   f) Senggama terputus
3) Metode alamiah dengan alat (metode barrier)
   a) Kondom
   b) Spermisida
   c) Diafragma
   d) Kap serviks
4) Metode modern
   a) Metode hormonal: pil KB, suntik KB, implan
   b) Metode non hormonal: IUD (Intra Uterine Device)
5) Metode mantap (sterilisasi)
   a) Kontrasepsi mantap pada wanita (MOW):
      (1) Penyumbatan tuba falopi secara mekanis
      (2) Penyumbatan tuba falopi secara kimiawi
   b) Kontrasepsi mantap pada pria (MOP):
      (1) Penyumbatan vas deferens secara mekanis
      (2) Penyumbatan vas deferens secara kimiawi

11. KB Suntik 3 Bulan

a. Definisi Suntik 3 Bulan

Suntik 3 bulan merupakan salah satu metode kontrasepsi hormonal yang diberikan setiap tiga bulan sekali untuk mencegah kehamilan. Metode ini bekerja dengan mengandung hormon progestin yang berfungsi menekan pelepasan sel telur, mengentalkan lendir serviks sehingga sperma sulit masuk ke rahim, serta membuat dinding rahim menjadi lebih tipis sehingga tidak mendukung terjadinya

kehamilan. Suntik KB ini termasuk metode yang praktis karena hanya membutuhkan kunjungan berkala setiap tiga bulan.[49]

b. Cara Kerja Suntik 3 Bulan

Suntik 3 bulan bekerja dengan cara memasukkan hormon progestin ke dalam tubuh yang kemudian menekan sistem hormon reproduksi sehingga ovulasi tidak terjadi karena pelepasan FSH dan LH dihambat. Selain itu, hormon ini juga membuat lendir serviks menjadi lebih kental sehingga sperma sulit masuk ke dalam rahim, serta menipiskan lapisan endometrium sehingga tidak mendukung terjadinya implantasi bila pembuahan terjadi. Kombinasi ketiga mekanisme ini membuat kehamilan dapat dicegah secara efektif selama suntik KB dilakukan secara teratur setiap tiga bulan.[50]

c. Keuntungan Suntik 3 Bulan

1) Praktis, hanya perlu suntik setiap 3 bulan
2) Efektivitas tinggi dalam mencegah kehamilan
3) Tidak perlu diminum setiap hari
4) Cocok untuk ibu menyusui (tidak mengganggu ASI)
5) Membantu mengurangi nyeri haid pada sebagian ibu
6) Privasi lebih terjaga

d. Kerugian Suntik 3 Bulan

1) Siklus haid tidak teratur (bisa terlambat, spotting, atau tidak haid)
2) Kenaikan berat badan pada sebagian pengguna
3) Kesuburan kembali lebih lambat setelah berhenti
4) Bisa menimbulkan sakit kepala atau pusing
5) Perubahan mood (mudah emosi)
6) Harus datang ke fasilitas kesehatan secara rutin tiap 3 bulan

e. Efek samping suntik 3 bulan

1) Gangguan siklus menstruasi (tidak haid, haid tidak teratur, atau spotting)
2) Perubahan berat badan (sering bertambah)
3) Sakit kepala atau pusing

4) Perubahan mood (mudah marah, sedih, atau emosi tidak stabil)
5) Nyeri atau ketidaknyamanan pada area suntikan
6) Penurunan kesuburan sementara setelah penghentian
7) Pada sebagian ibu dapat terjadi jerawat atau perubahan kulit.[51]

12. Wewenang Bidan

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, bidan merupakan tenaga kesehatan yang berwenang menyelenggarakan pelayanan kebidanan secara komprehensif, terpadu, dan berkesinambungan (*continuity of care*) pada ibu, bayi, dan kesehatan reproduksi perempuan. Dalam kasus ibu hamil dengan hipertensi gestasional dan anemia, bidan berperan dalam pelayanan kesehatan ibu melalui pemeriksaan kehamilan, pemantauan tanda vital terutama tekanan darah, skrining anemia melalui pemeriksaan hemoglobin, deteksi dini tanda bahaya kehamilan risiko tinggi, serta pemberian intervensi sesuai standar seperti MMS (*Multiple Micronutrient Supplement*), edukasi gizi, istirahat, dan kepatuhan kontrol ANC. Selain itu, bidan memiliki kewenangan melakukan konseling, edukasi, serta pendampingan psikologis kepada ibu dan keluarga, serta melakukan rujukan apabila ditemukan kondisi yang memerlukan penanganan lebih lanjut di fasilitas kesehatan yang lebih tinggi. Dalam pelaksanaannya, bidan juga berperan sebagai pemberi asuhan, konselor, pendidik, pengelola pelayanan kebidanan, dan penggerak peran serta masyarakat untuk meningkatkan kesehatan ibu dan janin secara optimal.[52]