

kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, neonatus dan keluarga berencana secara berkesinambungan.

c. Bagi Pasien Ny ADU

Pelaksanaan asuhan oleh mahasiswa dapat menambah pengetahuan serta dukungan pendampingan dan pemantauan masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, neonatus dan keluarga berencana.

d. Bagi Mahasiswa Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Pelaksanaan asuhan dapat menambah pengetahuan, keterampilan dan memperbanyak pengalaman bagi mahasiswa dalam menangani kasus masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, neonatus dan keluarga berencana secara berkesinambungan dengan pendekatan holistik.

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

1. Asuhan Kebidanan Kehamilan

a. Pengkajian di Puskesmas Gedangsari I tanggal 28 Februari 2026

Ibu datang ke Puskesmas Gedangsari I tanggal 28 Februari 2026. Ibu mengatakan tidak ada keluhan. Kunjungan ini adalah kunjungan ulang pada kehamilan saat ini. Riwayat menstruasi ibu teratur, dengan HPHT 20/04/202 lupa kira-kira 25-6-2025 dan HPL kurang lebih 2-4-2026. Gerak janin sudah dirasakan dan aktif dalam 12 jam terakhir lebih dari 10 kali gerakan. Berdasarkan catatan kartu imunisasi, ibu sudah imunisasi TT 5 kali. TT ke-5 pada 15 November 2025. Kehamilan ini adalah kehamilan ke-3. Ibu mengatakan tidak pernah menggunakan alat kontrasepsi karena takut. Ibu berencana KB setelah persalinan. Ibu mengatakan sehari-hari makan 3-4 kali, porsi sedang dengan jenis makanan yang dikonsumsi ada nasi, sayur, lauk dan buah. Ibu mengatakan tidak ada alergi makanan. Ibu mengaku istirahat cukup, sehari-hari melakukan pekerjaan rumah tangga dibantu ibu kandung dari Senin-Jumat selama 7 jam. Ibu tidak ada kebiasaan merokok, minum alkohol maupun konsumsi obat-obatan tanpa resep dokter. Tidak ada riwayat penyakit sistemik yang pernah atau sedang diderita ibu dan keluarga.

Pemeriksaan status gizi berdasar IMT dan ukuran LiLA menunjukkan bahwa status gizi ibu lebih. Evaluasi pada kehamilan ini, trimester III telah menunjukkan kenaikan BB lebih selama kehamilan berdasar IMT yaitu kenaikan BB 7-11,5kg kg. Pemeriksaan keadaan umum dan tanda vital dalam batas normal. Pemeriksaan fisik mata tidak menunjukkan tanda anemis. Pada pemeriksaan abdomen, pembesaran tampak memanjang, tidak ada bekas luka dan striae gravidarum, TFU 2

jari di bawah px dengan TFU berdasarkan pengukuran McDonald adalah 31 cm. Letak janin memanjang, punggung di kanan dengan presentasi kepala sudah masuk panggul. DJJ 150 kali per menit. Berdasarkan TFU, TBJ adalah 3100 gram. Pada ekstremitas tidak didapati odema. Pemeriksaan penunjang laboratorium darah dilakukan dimana hasilnya menunjukkan Hb terakhir tanggal 28-2-2026 adalah 11.8 gr/dL, protein urine negative, reduksi urin negative, gds 73gr/dl. Pemeriksaan PITC, HBSAg dan TPHA untuk skrining HIV, hepatitis B dan siphilis menunjukkan non-reaktif pada pemeriksaan lalu di catatan buku KIA pada tanggal 15-11-2026.

Analisa kasus berdasarkan pengkajian data subjektif dan objektif adalah Ny ADU Umur 33 Tahun G4P1Ab2Ah1 hamil UK 35⁺³ minggu normal, janin tunggal hidup intrauterine, letak memanjang, puka, preskep membutuhkan asuhan trimester III. Dalam pemenuhan asuhan kehamilan trimester III, ibu dianjurkan memenuhi kebutuhan nutrisi makan gizi seimbang dan minum cukup, kelola stress, istirahat cukup, jaga kesehatan. Ibu dianjurkan memantau gerak janin di rumah. Ibu diberikan KIE ketidaknyamanan kehamilan trimester III dan tanda bahaya. Ibu diberi dukungan selama kehamilan dan persiapan persalinan. Terapi obat dalam kehamilan, ibu diberikan Fe dan kalk rutin. Kunjungan ulang dilakukan 1 minggu lagi atau kunjungan dapat dilakukan segera bila ada keluhan atau tanda- tanda persalinan.

- b. Pengkajian di Rumah Pasien Karanganyar, Ngalang, Gedangsari tanggal 5 Maret 2026

Pada hari Rabu, 4 Maret 2026 dari grup GADAR RSUD Wonosari memberitahukan kepada bidan Pembina wilayah Kalurahan Ngalamng bahwasanya RSUD memulangkan pasien atas nama NY ADU dengan Riwayat mual muntah dan kaku pada ekstrimitas. Ny ADU masuk IGD pada tanggal 1 Maret 2026 dengan keluhan mual muntah, kaku pada ekstrimitas, pusing dan muncul pandangan kabur. Pada tanggal 5 Maret 2026 dilakukan pemantauan tekanan darah karena Riwayat tekanan darah

tinggi saat NY ADU masuk IGD saat ini TD 110/80 mmHg, Nadi 108x/m, respirasi 23x/m, suhu 36.3°C saat ini ibu tidak ada keluhan, Gerakan janin dalam 12 jam terakhir aktif lebih dari 10 kali Gerakan. hasil pemeriksaan lab di RSUD Wonosari Gds 10mg/dl, protein urine positif 2, reduksi urine negative, Hb 12,1gr/dl, dan ada beberapa pemeriksaan penunjang yang lain dengan hasil dalam batas normal.

,Analisa kasus berdasarkan pengkajian data subjektif dan objektif adalah Ny ADU Umur 33 Tahun G4P1Ab2Ah1 hamil UK 36⁺⁵ minggu dengan PEB, Impending Eklamsi, janin tunggal hidup intrauterine, letak memanjang, puka, preskep membutuhkan asuhan trimester III. Dalam pemenuhan asuhan kehamilan beresiko, ibu dianjurkan memenuhi kebutuhan nutrisi makan gizi seimbang dan minum cukup, kelola stress, istirahat cukup, jaga kesehatan. Ibu dianjurkan memantau gerak janin di rumah. Ibu diberikan KIE tanda bahaya. Ibu diberi dukungan selama kehamilan dan persiapan persalinan. Terapi obat dalam kehamilan, ibu diberikan Fe dan kalsium rutin, minum obat lanjutan dari RSUD Wonosari. Kunjungan ulang dilakukan jika muncul keluhan seperti mual muntah, pusing berlebihan, pandangan kabur. Menjelaskan kepada keluarga pasien jika ibu terlihat diam saja tidak bisa diajak komunikasi bisa jadi ibu masuk fase kejang segera dibawa ke IGD.

c. Pengkajian di Rumah Pasien Karanganyar, Ngalang, Gedangsari tanggal 6 Maret 2026

Pada tanggal 6 maret 2026 jam 07.30 dilakukan kunjungan rumah untuk pemantauan tekanan darah pasien karena pesan dari RSUD sebelum pasien control tanggal 7 Maret 2026 pasien harus dikontrol tekanan darah setiap hari oleh bidan atau tenaga Kesehatan yang lain untuk memastikan kondisi [asien baik dan tekanan darah terkendali. Hasil pemantauan tekanan darah TD 117/72 mmHg, Nadi 98x/m, respirasi 23x/m, suhu 36.1°C. saat ini kondisi pasien secara umum baik, kesadaran komposmetis, Gerakan janin normal hasil pemeriksaan kehamilan TFU 31cm, presentasi kepala sudah masuk panggul, djj

153x/m. Menjelaskan kepada keluarga pasien jika ibu terlihat diam saja tidak bisa diajak komunikasi bisa jadi ibu masuk fase kejang segera dibawa ke IGD.

- d. Pengkajian di Rumah Pasien Karanganyar, Ngalang, Gedangsari tanggal 10 Maret 2026

Pada tanggal 10 maret 2026 jam 15.30 dilakukan kunjungan rumah untuk pemantauan tekanan darah pasien Hasil pemantauan tekanan darah TD 121/78 mmHg, Nadi 86x/m, respirasi 23x/m, suhu 36.4⁰C. saat ini kondisi pasien secara umum baik, kesadaran comosmetis, Gerakan janin normal hasil pemeriksaan kehamilan TFU 31cm, presentasi kepala sudah masuk panggul, djj 147x/m. Kondisi Ny ADU saat ini sehat tidak ada keluhan namun ibu kadang merasa pusing karena susah tidur udara yang panas, gelisah mempengaruhi kualitas tidur.

- e. Pengkajian di Puskesmas Gedangsari I tanggal 16 Maret 2026

Ibu datang ke Puskesmas Gedangsari I tanggal 16 Maret 2026. Ibu mengatakan tidak ada keluhan. Kunjungan ini adalah kunjungan ulang pada kehamilan saat ini. Riwayat menstruasi ibu teratur, dengan HPHT 20/04/202 lupa kira-kira 25-6-2025 dan HPL kurang lebih 2-4-2026. Gerak janin sudah dirasakan dan aktif dalam 12 jam terakhir lebih dari 10 kali gerakan. Ibu mengatakn saat ini tidak ada keluahn hanya ingin control ulang dan memantau kondisi janin UK 38⁺² minggu hasil pemeriksaan kondisi ibu secara umum baik kesadaran composmetis TD 128/84 mmHg, Nadi 89x/m, respirasi 23x/m, suhu 36.5⁰C. Gerakan janin normal hasil pemeriksaan kehamilan TFU 32cm, presentasi kepal, sudah masuk panggul, djj 146x/m. pemeriksaan penunjang hasil cek lab protein urin positif 2, reduksi urin negative.

2. Asuhan Kebidanan Persalinan

Pada tanggal 18 Maret 2026 jam 10.00 WIB Ibu kontrol ke RSUP dr.Sardjito untuk melihat kondisi ibu dan janin dan untuk memastikan metode persalinan. Ibu mengeluh ada pengeluaran cairan seperti keputihan dari jalan lahir saat ibu kontrol di rumah sakit. Kemudian dilakukan evaluasi oleh dokter ibu diminta untuk rawat inap untuk observasi lebih lanjut, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa ibu sudah masuk fase laten persalinan dan pengeluaran merupakan air ketuban yang rembes, DPJP menjadwalkan untuk SC terencana pada tanggal 19 Maret 2026 jam 12.00. hasil pemeriksaan TD 141/95mmHg, Nadi 102x/m, suhu 36.4⁰C, respirasi 24x/m, kondisi janin DJJ 144x/m, tidak ada kontraksi. hasil pemeriksaan penunjang HB 11gr/dl, protein urin positif 2 hasil pemeriksaan darah yang lain dalam batas normal.

Pada tanggal 19 Maret 2026 jam 04.00 ibu diminta untuk mulai puasa tidak makan dan minum hasil pemeriksaan TTV Ny ADU TD 139/93mmHg, Nadi 98x/m, suhu 36.2⁰C, respirasi 23x/m hasil pemeriksaan janin Gerakan aktif DJJ 153x/m. Ny. ADU jam 09.30 merasa kenceng-kenceng teratur setelah dilakukan pemeriksaan terdapat pembukaan jalan lahir 8cm Ny ADU dipindah ke ruang VK jam 10.00 WIB pembukaan lengkap dan dipimping mengejan jam 10.30 Bayi baru lahir cukup bulan, menangis beberapa saat dan kulit kemerahan. Bayi baru lahir memiliki BB 2900 gram dan PB 48 cm.

3. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Bayi lahir tanggal 19 Maret 2026 jam 10.30 WIB ditolong oleh dokter dengan partus spontan, cukup bulan, menangis beberapa saat, AK jernih. Bayi baru lahir setelah dilakukan IMD selama ± 1 jam, ditimbang oleh bidan. Pemeriksaan antropometri dalam batas normal, BB 2900 gram dan PB 48 cm berdasarkan catatan di buku KIA. Bayi baru lahir umur 1 jam normal. Bayi membutuhkan tata laksana perawatan neonatal esensial. Ibu dan keluarga diberi tahu hasil pemeriksaan. Bayi diberi salep mata, suntik vitamin K, jaga kehangatan dan diberi imunisasi HB-0 sebelum dipindahkan ke ruang rawat. Ibu diajarkan dan dimotivasi untuk menyusui dengan cara yang benar.

4. Asuhan Kebidanan Masa Nifas

a. KF 1 tanggal 19 Maret 2026 secara daring

Ibu mengeluh luka jalan lahir nyeri. Ibu mengaku dapat beristirahat setelah bersalin karena bayi tidak rewel. Ibu bangun menyusui 2 jam sekali. Ibu mengaku sudah bisa miring kanan, kiri dan duduk, ibu belum berani berjalan karena merasa sedikit pusing. Ibu ganti pembalut 5 kali sehari. Ibu makan minum dalam batas normal, makan 3 kali sehari setelah persalinan dengan jenis makanan nasi, sayur, lauk dan buah. Ibu minum air putih cukup dan jus dari rumah sakit. ASI sudah keluar tetapi sedikit. Ibu tetap menyusui bayi 2 jam sekali seperti anjuran dokter dan bidan. Saat ini ibu dan keluarga menerima kelahiran bayi. Pada pemeriksaan tekanan darah ibu 129/89mmHg. ASI sudah keluar. Kontraksi keras dengan TFU 3 jari di bawah pusat. Lochia rubra dalam batas normal. Jahitan masih basah.

Analisa berdasarkan data subjektif dan objektif Ny ADU Umur 33 Tahun P2Ab2Ah1 post partum dengan riwayat Preeklamsi Berat, Impending Eklamsi nifas hari ke-1 membutuhkan asuhan nifas 6-48 jam. Tata laksana yang diberikan adalah memberikan KIE gizi seimbang salah satunya penting konsumsi protein yang bermanfaat untuk proses penyembuhan luka jahitan yang terasa nyeri. Ibu juga diberikan KIE *personal hygiene* dan motivasi menyusui minimal 2 jam sekali dengan cara yang benar. Ibu dianjurkan kelola stress dan menjaga pola istirahat. Ibu diberikan KIE tanda bahaya ibu nifas jika ada keluhan segera hubungi perawat jaga. Ibu dianjurkan minum obat yang diberikan dokter sesuai jadwal pemberian obat yang disiapkan oleh tenaga Kesehatan atau perawat/bidan jaga.

b. KF 2

1) Tanggal 25 Maret 2026 jam 19.00 WIB secara Daring

Pada tanggal 25 Maret 2026 ibu mnegatakn pusing dan menghubungi bidan melalui Whatsapp untuk menanyakan keluhanya. Ibu mengatakan bisa istirahat cukup namun setelah meminta bantuan Kader untuk mengukur tekana darah hasil pemeriksaan TD 152/101mmHg. Ibu mengatakn pusing berkunang-kunang. Bidan memberikan KIE tentang mengatasi keluhan dan meminta ibu menyambungkan telepon ke salah satu keluarga untuk diberikan konseling tentang tanda bahaya masa nifas salah satunya tekanan darah tinggi, pandangan kabur dan kejang. Jika muncul salah satu gejala segera ke IGD atau ke fasilitas Kesehatan.

2) KF 2 tanggal 26 Maret 2026 di Karanganyar, Ngalang, Gedangsari

Pada tanggal 26 Maret 2026, ibu mengatakan sudah tidak ada keluhan. Ibu mengaku dapat beristirahat cukup karena keluarga membantu pekerjaan rumah tangga, merawat ibu dan bayi. Ibu sudah BAK dan BAB, tidak ada keluhan. Ibu ganti pembalut 3 kali sehari. Ibu makan minum dalam batas normal, makan 3-4 kali sehari dengan jenis makanan nasi, sayur, lauk dan buah. Ibu minum air putih minimal 2 liter dalam sehari. Ibu menyusui bayi 2 jam sekali seperti anjuran dokter dan bidan dengan bergantian payudara. ASI sudah lancar. Pada pemeriksaan umum, keadaan ibu baik. Tanda vital TD 131/85mmHG, Nadi 101x/m. ASI sudah keluar. TFU dan perdarahan dalam batas normal. Jahitan baik namun masih perlu ganti perban secara berkala tidak ada tanda infeksi di dijalan lahir. Bidan berkolaborasi dengan dokter puskesmas untuk pemantauan kondisi ibu. NY ADU diberikan obat penurun tensi, pemeriksaan tekanan darah dilakukan setiap hari sampai tekanan darah ibu normal.

Analisa berdasarkan data subjektif dan objektif Ny ADU umur Umur 33 Tahun P2Ab2Ah1 nifas hari ke-7 membutuhkan asuhan nifas 3-7 hari dengan Riwayat preekalmsi dalam kehamilan. Tata laksana yang

diberikan adalah menganjurkan ibu menjaga pola makan gizi seimbang, *personal hygiene*, kelola stress dan menjaga pola istirahat. Ibu dimotivasi untuk pemberian ASI eksklusif. Ibu diberikan KIE tanda bahaya ibu nifas dan melanjutkan minum obat yang diberikan dokter melanjutkan minum tablet Fe dan kalsium dosis kalsium dinaikan menjadi 3x500mg. Menjelaskan kepada keluarga tanda bahaya selama masa nifas jika muncul salah satu tanda bahaya harus segera periksa, jika ibu terlihat melamun diam dan tidak bisa diajak komunikasi segera dibawa ke RS.

c. KF 3

1) Tanggal 27 Maret 2026 di Karanganyar, Ngalang, Gedangsari

Pada tanggal 27 Maret 2026, ibu mengatakan tidak ada keluhan. Ibu ganti pembalut 4 kali sehari, flek merah kecoklatan tidak selalu keluar. ASI lancar dan tidak ada masalah menyusui. Suami memberikan dukungan pada ibu dalam merawat bayi. Pada pemeriksaan umum, keadaan ibu baik. Tanda vital TD 112/82mmHg, Nadi 78x/m tanda vital yang lain dalam batas normal. Mata tidak menunjukkan tanda anemis. Puting ibu menonjol dan tidak lecet, tidak ada bendungan ASI ataupun benjolan lain. ASI sudah keluar. TFU 3 jari atas simpisis. Lochia dalam batas normal. Jahitan baik. Tidak ada odema pada ekstremitas.

Analisa kasus ini adalah Ny ADU umur 33 tahun P2Ab2Ah1 post partum normal nifas hari ke-8 riwayat preeklamis dalam kehamilan membutuhkan asuhan nifas 8-28 hari. Tata laksana yang diberikan adalah menyampaikan hasil pemeriksaan, memberikan dukungan ibu untuk pemberian ASI eksklusif. Ibu dianjurkan tetap menjaga pola makan gizi seimbang, *personal hygiene*, kelola stress dan menjaga pola istirahat. Ibu diberikan KIE tanda bahaya ibu nifas.

2) Pada tanggal 28 Maret 2026 secara Daring

Ibu mengatakan tidak ada keluhan hasil control ke RSUP dr Sardjito KU ibu baik tanda vital dalam batas normal, ibu diberikan obat penurun tekanan darah dan kalsium, arahan dokter jika ada masalah atau keluhan segera periksa. Jika muncul tanda bahaya

segera dtang ke IGD Sardjito. Luka perineum sudah baik dan kering, ibu sudah boleh beraktifitas sesuai kemampuan.

3) Pada tanggal 29, 30,31 Maret di Karanganyar, Ngalang Gedangsari

Tanggal	TD	Nadi	Suhu	Respirasi
29-3-2026	129/77mmHg	98x/m	36.1	23x/m
30-3-2026	121/69mmHg	104x/m	36,3	22x/m
31-3-2026	110/80mmHg	89x/m	36,3	22x/m
1-4-2026	116/79mmHg	94x/m	36,2	21x/m

a. KF 4 tanggal 25 April 2026 Kunjungan Rumah

Pada tanggal 25-4-2026, ibu mengatakan tidak ada keluhan. ASI sudah lancar dan tidak ada masalah menyusui. Ibu mengatakan darah nifas berhenti, tidak ada pengeluaran cairan dari jalan lahir. Pada pengkajian KB, ibu mengatakan berencana akan menggunakan KB IUD setelah mendapatkan menstruasi pertama pasca perslinaan, dan saat ini belum aktif berhubungan seksual dengan suami karena kondisi ibu dan suami takut jika muncul resiko jika melakukan hubungan seksual saat usia bayi belum genap 6 bulan. Data obektif KU ibu baik, kesadaran composmetis TD 122/87mmHg, Nadi 78x.m, suhu 36⁰C, respirasi 23x/m

Analisa kasus ini adalah Ny ADU umur 33 tahun P2Ab2Ah2 post partum normal nifas hari ke-35 dengan Riwayat preeklamsi membutuhkan asuhan nifas 29-42 hari. Tata laksana yang diberikan adalah memberikan dukungan ibu untuk pemberian ASI eksklusif karena bermanfaat bagi ibu dan bayi serta sebagai kontrasepsi sementara selama periode menyusui eksklusif yaitu MAL. Ibu dianjurkan tetap menjaga pola makan gizi seimbang, *personal hygiene*, kelola stress dan menjaga pola istirahat. Ibu diberikan konseling pemantapan untuk pemilihan alat kontrasepsi IUD ibu sudah mempunyai rencana untuk penggunaan KB IUD mengingat kondisi ibu beresiko saat hamil, memberikan konseling tentang IUD menggunakan ABPK dan menjelaskan metote atau cara pemasangan IUD. Menjelaskan kelebihan, kekurangan, manfaat penggunaan IUD.

5. Asuhan Kebidanan Neonatus

a. KN 1 tanggal 19 Maret 2026 secara daring

Bayi lahir normal tanggal 19-3-2026 jam 10.30 WIB. Bayi lahir tidak ada komplikasi dan dilakukan IMD serta rawat gabung. Bayi telah diberi injeksi vitamin K dan imunisasi HB-0. Bayi sudah BAK 1 kali dan BAB 2 kali setelah persalinan. Tali pusat bayi masih basah dan belum lepas. Bayi mau menyusu ASI saja 2 jam sekali walaupun ASI masih sedikit. Pada pemeriksaan berdasar catatan di buku KIA, bayi tidak ada tanda bahaya seperti napas cepat atau kulit kebiruan (sianosis). Tidak ada ikterus pada bayi dan tali pusat masih basah.

Analisa kasus berdasarkan pengkajian data subjektif dan objektif adalah By Ny ADU umur 1 hari normal membutuhkan asuhan neonatus 6-48 jam. Ibu dianjurkan mempertahankan pola menyusui 2 jam sekali sesuai anjuran bidan dan dokter di rumah sakit dengan cara yang benar. Asuhan dasar bayi muda yang diberikan adalah motivasi jaga kehangatan, cara perawatan tali pusat dan KIE tanda bahaya.

b. KN 2 tanggal 26 Maret 2026 Kunjungan Rumah

Pada tanggal 26-3-2026, ibu mengatakan bayi tidak ada keluhan. Pada saat ini, kebiasaan eliminasi bayi yaitu BAK 3-4 kali sehari dan BAB 3-5 kali sehari. Bayi menyusu ASI saja dengan frekuensi 2 jam sekali atau lebih cepat. Pada pemeriksaan berdasar catatan di buku KIA, bayi tidak ada tanda bahaya seperti napas cepat atau kulit kebiruan (sianosis). Tidak ada ikterus pada bayi dan tali pusat sudah lepas.

Analisa kasus berdasarkan pengkajian data subjektif dan objektif adalah By Ny ADU umur 7 hari normal membutuhkan asuhan neonatus 3-7 hari. Asuhan dasar bayi muda yang diberikan adalah motivasi jaga kehangatan, pemenuhan ASI dan imunisasi dasar, KIE tanda bahaya dan anjuran timbang BB secara rutin.

c. KN 3 tanggal 1 April 2026 dengan kunjungan rumah

Pada tanggal 1-4-2026, ibu mengatakan tidak ada keluhan pada bayi. Bayi menyusui ASI saja dengan frekuensi 2 jam sekali tapi sering lebih cepat. Hasil pemeriksaan tanda vital dan pemeriksaan fisik dalam batas normal. Tali pusat bersih.

Analisa kasus berdasarkan pengkajian data subjektif dan objektif adalah Ny ADU umur 12 hari normal membutuhkan asuhan neonatus 8-28 hari. Ibu dimotivasi untuk memberikan ASI eksklusif. Dalam mempertahankan produksi ASI, ibu dianjurkan kelola stress, jaga kesehatan, makan makanan gizi seimbang dan istirahat cukup. Asuhan dasar bayi muda yang diberikan adalah motivasi jaga kehangatan, KIE tanda bahaya, pemenuhan imunisasi dasar dan anjuran timbang BB secara rutin. Ibu diberi penjelasan cara membaca grafik KMS pada buku KIA serta edukasi target penambahan BB pada bayi yang perlu dicapai setiap bulannya.

6. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana Kunjungan Rumah

Pada tanggal 30 April 2026, ibu sudah selesai masa nifas, masih menyusui dan belum mendapat mens setelah persalinan terakhir. Ibu mengatakan berencana akan menggunakan KB IUD setelah mendapatkan menstruasi pertama pasca persalinan, dan saat ini belum aktif berhubungan seksual dengan suami. Berdasarkan riwayat kesehatan, ibu mengatakan ada Riwayat hipertensi dalam kehamilan, tidak ada penyakit ginekologi yang pernah/ sedang diderita ibu, suami serta keluarga seperti hipertensi, penyakit jantung, hepatitis, kanker, tumor, perdarahan yang tidak diketahui penyebabnya, infeksi alat kelamin dan keputihan yang lama. Data objektif TD 118/82mmHg, Nadi 98x/m, respirasi 23x/m.

Berdasarkan data subjektif dan objektif, analisa pada ibu adalah Ny ADU umur 33 tahun P₂A₂ WUS dengan konseling KB IUD. Ibu diberikan konseling pemantapan dengan menyampaikan cara kerja, keuntungan, efek samping dan efektivitas dari KB IUD. Ibu dimotivasi untuk pemberian ASI eksklusif

yang dapat menjadi kontrasepsi sementara yaitu MAL selama masa menyusui dibersamai dengan penggunaan kondom rutin saat berhubungan hingga mantab menggunakan KB IUD.

B. Kajian Teori

1. Asuhan Kebidanan Berkelanjutan

Continuity of care dalam kebidanan merupakan serangkaian kegiatan pelayanan berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, serta keluarga berencana. Kemenkes RI menyatakan bahwa Asuhan Kebidanan Berkelanjutan terdiri dari Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual yang diselenggarakan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dan dilaksanakan secara menyeluruh terpadu dan berkesinambungan. *Continuity of care* yang dilakukan oleh bidan pada umumnya berorientasi untuk meningkatkan kesinambungan pelayanan dalam suatu periode.⁵

2. Konsep Dasar Kehamilan

a. Definisi

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterine sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan. Ditinjau dari umur kehamilan, kehamilan dibagi menjadi 3 trimester. Trimester I pada usia 0-12 minggu, trimester II pada usia 12-28 minggu dan trimester III pada usia 28-40 minggu.⁴ Umur kehamilan dapat diketahui melalui perhitungan dari dari hari pertama haid Terakhir (HPHT) dengan rumus neagle. Rumus neagle dihitung berdasarkan asumsi bahwa usia kehamilan normal adalah 266 hari sejak ovulasi yaitu 38 minggu atau 9 bulan 10 hari. Pada siklus haid yang normal 28 hari, ovulasi selalu terjadi 14 hari setelah HPHT. Oleh karena itu perhitungan dengan rumus neagle menambahkan 14 hari atau 2 minggu pada usia kehamilan normal.

Perhitungan hari perkiraan lahir dengan rumus neagle akan mendapati usia kehamilan 40 minggu jika dihitung dari HPHT ke Hari Perkiraan Lahir (HPL) menurut rumus ini.⁶ Penggunaan rumus neagle dalam perhitungan hari perkiraan lahir dapat dilakukan dengan +7 pada tanggal HPHT, -3 atau +9 pada bulan HPHT tergantung pada bulan HPHT klien. Walaupun demikian, penggunaan rumus neagle untuk menentukan umur kehamilan dan hari perkiraan lahir hanya dilakukan pada ibu dengan indikasi riwayat haid teratur.⁷

Penentuan usia kehamilan melalui pemeriksaan USG paling akurat pada trimester I karena perkembangan mudigah secara cepat terjadi pada trimester ini dengan bentuk variasi biologiknya paling kecil. Penentuan usia kehamilan pada awal trimester I dengan diameter rata-rata ukuran kantung kehamilan atau *gestasional sac* (GS) yang akurat untuk penilaian umur kehamilan 5- 7 minggu. Setelah struktur mudigah dapat dilihat pada akhir trimester I maka penilaian umur kehamilan dengan menghitung panjang mudigah atau jarak ujung kepala ke ujung kaki *crown rump length* (CRL). Pada kehamilan diatas 20 minggu variasi pertumbuhan janin semakin melebar tergantung kondisi masing-masing ibu sehingga pengukuran biometri untuk menentukan usia kehamilan sudah tidak akurat lagi. Walaupun demikian, USG tetap dapat digunakan untuk menilai usia kehamilan lanjut dengan biometri biparietal diameter (BDP), lingkar perut atau *abdominal circumferensial* (AC) dan panjang paha atau *femur length* (FL). Usia kehamilan akan ditentukan dari ukuran janin bergantung pada tingkat pertumbuhan janin.⁸

b. Kebutuhan Ibu Hamil

1) Kebutuhan Oksigen

Pada kehamilan terjadi perubahan pada sistem respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan oksigen, di samping itu terjadi desakan

diafragma karena dorongan rahim yang membesar. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan oksigen yang meningkat, ibu hamil akan bernafas lebih dalam. Hal ini akan berhubungan dengan meningkatnya aktifitas paru-paru untuk memenuhi kebutuhan oksigen ibu dan janin. Ibu hamil kadang-kadang merasakan sakit kepala, pusing ketika berada di keramaian misalnya di pasar karena kekurangan oksigen. Dalam rangka menghindari kejadian tersebut, hendaknya ibu hamil menghindari tempat kerumunan, tinggal di rumah dengan ventilasi cukup dan latihan pernapasan dengan senam.

2) **Kebutuhan Nutrisi**

Zat gizi dalam jumlah yang lebih besar dari pada sebelum hamil diperlukan ibu untuk mengakomodasi perubahan fisik yang terjadi pada ibu hamil. Pada ibu hamil akan mengalami BB bertambah, penambahan BB normal ibu hamil adalah 8-12 kg atau disesuaikan dengan IMT masing-masing ibu. Zat gizi yang harus dipenuhi sehari-hari adalah karbohidrat dari makanan pokok seperti beras, gandum dan kentang, protein dari lauk-pauk seperti ikan, telur dan ayam, kalsium dari susu dan konsumsi tablet kalsium, zat besi dari sayur hijau, kacang-kacangan dan konsumsi tablet tambah darah, vitamin C dari buah-buahan dan asam folat dari sayuran hijau seperti asparagus.

3) ***Personal hygiene***

Kebersihan badan mengurangi kemungkinan infeksi karena badan yang kotor banyak mengandung kuman. Pada ibu hamil karena bertambahnya aktifitas metabolisme tubuh maka ibu hamil cenderung menghasilkan keringat yang berlebih sehingga perlu menjaga kebersihan badan secara ekstra dan juga untuk mendapatkan rasa nyaman bagi tubuh. Gunakan pakaian yang menyerap keringat termasuk celana dalam. Hal ini juga merupakan

salah satu upaya menjaga kebersihan vulva dan vagina akibat infeksi bakteri atau jamur. Ibu hamil rentan terkena infeksi saluran kencing akibat pertumbuhan jamur di area lembab. Ibu hamil mungkin mengalami ketidaknyamanan berupa keputihan dan sering kencing bahkan tidak disadari akibat perubahan hormon ibu hamil serta desakan pembesaran rahim terhadap kandung kencing.

4) Eliminasi

Pada ibu hamil sering terjadi obstipasi. Obstipasi ini kemungkinan terjadi disebabkan oleh kurang gerak badan, peristaltik usus kurang karena pengaruh hormone, tekanan pada rektum oleh kepala. Dengan terjadinya obstipasi pada ibu hamil maka panggul terisi dengan rektum yang penuh feses selain membesarnya rahim, maka dapat menimbulkan bendungan di dalam panggul yang memudahkan timbulnya haemorrhoid. Hal tersebut dapat dikurangi dengan minum banyak air putih, gerak badan cukup, makan makanan yang berserat seperti sayuran dan buah-buahan sehingga ibu dapat BAB dengan lancar.

5) Seksualitas

Hamil bukan merupakan halangan untuk melakukan hubungan seksual. Hubungan seksual dapat dilakukan dengan posisi yang diatur untuk menyesuaikan dengan pembesaran perut. Pada trimester I dan III, hubungan seksual dilakukan dengan hati-hati karena sperma yang masuk dapat menimbulkan kontraksi uterus sehingga kemungkinan dapat terjadi abortus trimester I, partus premature dan *fetal bradycardia* pada janin sehingga dapat menyebabkan fetal distress di trimester III. Ibu hamil trimester I dengan riwayat perdarahan dianjurkan tidak melakukan hubungan seksual terlebih dahulu.

6) Mobilisasi dan Olahraga Ringan

Manfaat mobilisasi dan olahraga ringan atau senam hamil bagi ibu hamil adalah sirkulasi darah menjadi baik, nafsu makan bertambah, pencernaan lebih baik dan tidur lebih nyenyak. Gerak badan yang melelahkan, gerak badan yang menghentak atau tiba-tiba dilarang untuk dilakukan. Ibu dianjurkan berjalan-jalan pagi hari dalam udara yang bersih, masih segar, gerak badan ditempat, berdiri jongkok, terlentang kaki diangkat, terlentang perut diangkat dan melatih pernafasan. Apabila lelah, ibu beristirahat.

7) Imunisasi

Imunisasi tetanus (TT) dilakukan untuk melindungi ibu dan bayi dari infeksi tetanus. Imunisasi TT diberikan 5 kali yang dihitung sejak pemberian pertama saat menduduki sekolah SD atau bayi jika diberikan. Apabila imunisasi TT tidak selesai sebelum kehamilan, pada ibu hamil dapat dilakukan di umur kehamilan >32 minggu. Interval pemberian imunisasi adalah 4 minggu.

8) Dukungan

Dukungan dari suami, anggota keluarga dan tenaga kesehatan memiliki arti tersendiri bagi ibu hamil. Ibu hamil perlu mendapat dukungan agar ibu merasa mampu dan berdaya dalam menjalani kehamilannya. Dukungan yang diberikan dapat berupa dukungan material seperti ibu diantar periksa, dukungan emosional dengan diperhatikan keluhan kesahnya, dukungan penghargaan dengan memberikan pujian pada ibu dan dukungan informasional seperti memberikan informasi kesehatan pada ibu yang mendukung ibu untuk mudah menjalani kehamilannya.⁹

c. Pelayanan Kehamilan

Ibu hamil berhak mendapatkan pelayanan kehamilan oleh tenaga kesehatan. Pelayanan kehamilan dilakukan dengan pemeriksaan antenatal dalam pelayanan *Antenatal Care* (ANC). Tujuan umum dari pelayanan ANC untuk memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh

pelayanan berkualitas sehingga mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat dan melahirkan bayi yang sehat. Pelayanan kehamilan diterima ibu minimal 6 kali selama kehamilan dengan rincian sebagai berikut:¹⁰

- 1) Trimester I (1 kali bidan, 1 kali dokter kandungan)
- 2) Trimester II (1 kali bidan)
- 3) Trimester III (2 kali bidan, 1 kali dokter kandungan)

Esensi dari pelayanan yang diberikan pada ibu hamil adalah pendidikan dan promosi kesehatan serta upaya deteksi dini risiko dan komplikasi dalam kehamilan. Standar pelayanan antenatal menurut Kemenkes tahun 2017 yaitu sebagai berikut:¹¹

- 4) Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan
- 5) Pengukuran tekanan darah
- 6) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA)
- 7) Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri)
- 8) Penentuan status imunisasi TT dan pemberian imunisasi TT sesuai status
- 9) Pemberian tablet tambah darah
- 10) Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
- 11) Pelaksanaan temu wicara
- 12) Pelayanan tes laboratorium sederhana
- 13) Tata laksana kasus lanjut sesuai indikasi

d. Tanda bahaya Kehamilan

Menurut Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB karya I. B. G. Manuaba, tanda bahaya pada kehamilan merupakan gejala yang dapat mengancam keselamatan ibu dan janin sehingga memerlukan penanganan segera. Tanda bahaya tersebut meliputi perdarahan pervaginam, baik pada awal maupun akhir kehamilan, yang dapat menandakan abortus, kehamilan ektopik, plasenta previa, atau solusio plasenta. Selain itu, sakit kepala hebat yang disertai pandangan kabur dan pembengkakan pada wajah serta tangan perlu diwaspadai karena dapat menjadi tanda

preeklamsia. Nyeri perut yang hebat dan terus-menerus juga termasuk kondisi berbahaya dalam kehamilan. Gerakan janin yang berkurang atau tidak terasa menunjukkan kemungkinan adanya gangguan pada kesejahteraan janin. Demam tinggi selama kehamilan dapat menandakan adanya infeksi, sedangkan ketuban pecah sebelum waktunya berisiko menyebabkan infeksi dan persalinan prematur. Kejang pada ibu hamil merupakan keadaan gawat darurat yang sering berkaitan dengan eklampsia. Selain itu, muntah yang berlebihan atau hiperemesis gravidarum dapat menyebabkan dehidrasi dan gangguan nutrisi pada ibu hamil. Oleh karena itu, ibu hamil dianjurkan segera memeriksakan diri ke tenaga kesehatan apabila mengalami salah satu tanda bahaya tersebut.^{8,12}

e. Kartu Score Poedji Rochyati

Poedji Rochjati mengembangkan **Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)** sebagai alat skrining untuk mendeteksi dini kehamilan risiko tinggi pada ibu hamil. KSPR digunakan oleh tenaga kesehatan untuk mengidentifikasi faktor risiko selama kehamilan sehingga komplikasi dapat dicegah lebih awal dan rujukan dapat dilakukan tepat waktu. Dalam KSPR, setiap faktor risiko memiliki nilai skor tertentu. Semakin tinggi skor yang diperoleh, semakin tinggi pula risiko kehamilan yang dialami ibu. Hasil penilaian kemudian dikelompokkan menjadi:

- 1) KRR (Kehamilan Risiko Rendah),
- 2) KRT (Kehamilan Risiko Tinggi),
- 3) KRST (Kehamilan Risiko Sangat Tinggi)

Beberapa faktor yang dinilai dalam Kartu Skor Poedji Rochjati meliputi usia ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, jumlah anak terlalu banyak, jarak kehamilan terlalu dekat, tinggi badan ibu kurang dari 145 cm, riwayat operasi sesar, perdarahan, anemia, hipertensi, letak janin tidak normal, serta riwayat komplikasi kehamilan sebelumnya. KSPR dinilai efektif sebagai alat deteksi dini karena praktis, mudah digunakan, dan membantu tenaga kesehatan menentukan penatalaksanaan serta kebutuhan rujukan pada ibu hamil risiko tinggi. Penggunaan KSPR juga berperan

dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi melalui deteksi komplikasi secara lebih cepat¹³.

f. Preeklamsia

1) Pengertian Preeklamsi

Preeklamsi adalah suatu sindroma spesifik kehamilan dengan menurunnya perfusi organ yang berakibat terjadinya vasospasme pembuluh darah dan aktivasi endotel. Preeklamsia adalah penyakit multisistemik yang ditandai dengan berkembangnya hipertensi setelahnya 20 minggu kehamilan pada wanita yang sebelumnya normotensi, dengan adanya proteinuria atau, di dalamnya tidak adanya, tanda atau gejala yang menunjukkan cedera organ target. Preeklamsi merupakan penyulit kehamilan yang akut dan dapat terjadi ante, intra dan postpartum. Tanda klinis melibatkan multiple organ, termasuk hati, ginjal, jantung, paru-paru, otak, dan pankreas. Komplikasi ini dapat menyebabkan hasil yang merugikan ibu dan janin yang dapat menyebabkan hambatan pertumbuhan intrauterin, hipoperfusi plasenta, gangguan plasenta prematur atau, dalam situasi yang paling serius, terminasi kehamilan dan kematian janin dan ibu.⁴ Preeklamsia (PE) adalah komplikasi kehamilan yang berat, dimana hal ini mempengaruhi 3-8% dari semuanya kehamilan dan secara dramatis meningkatkan risiko semua penyebab kematian¹⁴.

2) Klasifikasi Preeklamsi

Beberapa penelitian terbaru menunjukkan rendahnya hubungan antara kuantitas protein urin terhadap luaran preeklampsia, sehingga kondisi protein urin masif (lebih dari 5 gr) telah dieleminasi dari kriteria pemberatan preeklampsia (preeklampsia berat). Kriteria terbaru tidak lagi mengkategorikan lagi preeklampsia ringan, dikarenakan setiap preeklampsia merupakan kondisi yang berbahaya dan dapat mengakibatkan peningkatan morbiditas dan mortalitas secara signifikan dalam waktu singkat¹⁵. Bentuk

preeklamsia ditandai dengan sistolik tekanan darah (SBP) ≥ 140 mmHg atau tekanan darah diastolik (DBP) ≥ 90 mmHg dan proteinuria > 300 mg / 24 jam atau +1 dipstick. Bentuk preeklamsia berat ditandai dengan hipertensi yang parah (SBP > 160 mmHg atau DBP > 110 mmHg) atau proteinuria parah (> 2 g / 24 jam atau $> +1$ dipstick), atau tanda dan gejala kerusakan organ target. Wanita 7 dengan preeklamsia berat mungkin mengalami sakit kepala, penglihatan gangguan (termasuk kebutaan), nyeri epigastrium, mual dan muntah, insufisiensi hati dan ginjal, dan edema paru¹⁶.

3) Tanda dan Gejala

- a) Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg pada usia kehamilan >20 minggu
- b) Tes celup urin menunjukkan proteinuria $\geq +1$ (> 300 mg/24 jam)
- c) Atau disertai keterlibatan organ lain:
 - (1) Trombositopenia (<100.000 sel/uL)
 - (2) Hemolysis mikroangiopati
 - (3) Peningkatan SGOT/SGPT
 - (4) Nyeri abdomen kuadran kanan atas
 - (5) Sakit kepala
 - (6) Skotoma penglihatan
 - (7) Pertumbuhan janin terhambat
 - (8) Oligohidramnion
 - (9) Edema paru dan/atau gagal jantung kongestif
 - (10) Oliguria (< 500 ml/24jam), kreatinin $> 1,2$ mg/dl

4) Faktor Risiko Preeklamsi

Beberapa faktor risiko dari preeklamsi meliputi:¹⁷

(1) Usia

Duckitt melaporkan peningkatan risiko preeklampsia hampir dua kali lipat pada wanita hamil berusia 35 tahun atau lebih baik pada primipara (RR 1,68 95%CI 1,23 - 2,29), maupun multipara (RR 1,96 95%CI 1,34 - 2,87). Usia muda tidak meningkatkan risiko preeklampsia secara bermakna. Robillard, dkk melaporkan bahwa risiko preeklampsia pada kehamilan kedua meningkat dengan usia ibu (1,3 setiap 5 tahun pertambahan umur; $p < 0,0001$).

(2) Nulipara

Duckitt melaporkan nulipara memiliki risiko hampir 3 kali lipat (RR 2,91, 95% CI 1,28 - 6,61). Kehamilan pertama oleh pasangan yang baru dianggap sebagai faktor risiko, walaupun bukan nulipara karena risiko meningkat pada wanita yang memiliki paparan rendah terhadap sperma.

(3) Jarak antar kehamilan

Studi yang melibatkan 760.901 wanita di Norwegia, memperlihatkan bahwa wanita multipara dengan jarak kehamilan sebelumnya 10 tahun atau lebih memiliki risiko preeklampsia hampir sama dengan nulipara. Peres G, dkk melaporkan bahwa risiko preeklampsia semakin meningkat sesuai dengan lamanya interval dengan kehamilan pertama (1,5 setiap 5 tahun jarak kehamilan pertama dan kedua; $p < 0,0001$).¹⁶

(4) Riwayat preeklampsia sebelumnya

Riwayat preeklampsia pada kehamilan sebelumnya merupakan faktor risiko utama. Risiko meningkat hingga 7 kali lipat (RR 7,19 95%CI 5,85 - 8,83). Kehamilan pada wanita dengan riwayat preeklampsia sebelumnya berkaitan dengan tingginya kejadian preeklampsia berat, preeklampsia onset dini, dan dampak perinatal yang buruk.¹⁶

(5) Riwayat keluarga preeklampsia

Riwayat preeklampsia pada keluarga juga meningkatkan risiko hampir 3 kali lipat (RR 2,90 95%CI 1,70 – 4,93). Adanya riwayat preeklampsia pada ibu meningkatkan risiko sebanyak 3.6 kali lipat (RR 3,6 95% CI 1,49 – 8,67).

(6) Kehamilan multipel

Studi yang melibatkan 53.028 wanita hamil menunjukkan, kehamilan kembar meningkatkan risiko preeklampsia hampir 3 kali lipat (RR 2.93 95%CI 2,04 – 4,21). Analisa lebih lanjut menunjukkan kehamilan triplet memiliki risiko hampir 3 kali lipat dibandingkan kehamilan duplet (RR 2,83; 95%CI 1.25 - 6.40). Sibai dkk menyimpulkan bahwa kehamilan ganda memiliki tingkat risiko yang lebih tinggi untuk menjadi preeklampsia dibandingkan kehamilan normal (RR 2,62; 95% CI, 2,03 – 3,38).¹⁷

(7) Donor oosit, donor sperma dan donor embrio

Kehamilan setelah inseminasi donor sperma, donor oosit atau donor embrio juga dikatakan sebagai faktor risiko. Satu hipotesis yang populer penyebab preeklampsia adalah maladaptasi imun. Mekanisme dibalik efek protektif dari paparan sperma masih belum diketahui. Data menunjukkan adanya peningkatan frekuensi preeklampsia setelah inseminasi donor sperma dan oosit, frekuensi preeklampsia yang tinggi pada kehamilan remaja, serta makin mengecilnya kemungkinan terjadinya preeklampsia pada wanita hamil dari pasangan yang sama dalam jangka waktu yang lebih lama. Walaupun preeklampsia dipertimbangkan sebagai penyakit pada kehamilan pertama, frekuensi preeklampsia menurun drastis pada kehamilan berikutnya apabila kehamilan pertama tidak mengalami preeklampsia. Namun, efek protektif dari multiparitas menurun apabila berganti pasangan.^{5,8} Robillard dkk melaporkan adanya peningkatan risiko preeklampsia sebanyak 2 (dua) kali pada wanita dengan pasangan yang pernah memiliki istri dengan riwayat

preeklampsia (OR 1,8; 95 % CI 95%, 2-2,6).Obesitas sebelum hamil dan Indeks Massa Tubuh (IMT) saat pertama kali ANC.

Obesitas merupakan faktor risiko preeklampsia dan risiko semakin besar dengan semakin besarnya IMT. Obesitas sangat berhubungan dengan resistensi insulin, yang juga merupakan faktor risiko preeklampsia. Obesitas meningkatkan risiko preeklampsia sebanyak 2,47 kali lipat (95% CI, 1,66 – 3,67), sedangkan wanita dengan IMT sebelum hamil >35 dibandingkan dengan IMT 19-27 memiliki risiko preeklampsia 4 kali lipat (95% CI, 3,52-5,49). Pada studi kohort yang dilakukan oleh Conde-Agudelo dan Belizan pada 878.680 kehamilan, ditemukan fakta bahwa frekuensi preeklampsia pada kehamilan di populasi wanita yang kurus (BMI < 19,8) adalah 2,6% dibandingkan 10,1% pada populasi wanita yang gemuk (BMI > 29,0).¹⁸

(8) Diabetes Mellitus Tergantung Insulin (DMTI)

Kemungkinan preeklampsia meningkat hampir 4 kali lipat bila diabetes terjadi sebelum hamil (RR 3.56; 95% CI 2,54 - 4,99) (n=56.968).¹⁹

(9) Penyakit Ginjal

Semua studi yang diulas oleh Duckitt risiko preeklampsia meningkat sebanding dengan keparahan penyakit pada wanita dengan penyakit ginjal.²⁰

(10) Sindrom antifosfolipid (auto imun)

Dari 2 studi kasus kontrol yang diulas oleh Duckitt menunjukkan adanya antibodi antifosfolipid (antibodi antikardiolipin, antikoagulan lupus atau keduanya) meningkatkan risiko preeklampsia hampir 10 kali lipat (RR 9,72 ; 95% CI 4,34 - 21,75).²¹

(11) Hipertensi kronik

Chappell dkk meneliti 861 wanita dengan hipertensi kronik, didapatkan insiden preeklampsia *superimposed* sebesar 22% (n=180) dan hampir setengahnya adalah preeklampsia onset dini (< 34 minggu) dengan keluaran maternal dan perinatal yang lebih buruk. usia ibu di bawah 20 tahun atau di atas 40 tahun.

5) Patofisiologi

- (1) Teori pertama adalah teori kelainan vaskularisasi placenta dimana pada kehamilan normal, placenta dan rahim diperdarahi oleh arteri uterine dan ovarika. Trofoblas melakukan invasi ke dalam lapisan otot arteri sehingga terjadi degenerasi lapisan otot yang membuat jaringan matriks menjadi gembur dan arteri dapat mengalami distensi dan dilatasi dengan mudah sehingga aliran darah ke janin cukup banyak dan perfusi jaringan akan meningkat. Pada kehamilan dengan hipertensi, tidak terjadi invasi sel-sel trofoblas pada lapisan otot arteri sehingga arteri menjadi kaku dan keras atau relative mengalami vasokonstriksi. Hal tersebut mengakibatkan hipoksia dan iskemia plasenta.^{14,22}
- (2) Teori kedua adalah teori iskemia placenta, radikal bebas, dan disfungsi endotel. Apabila placenta mengalami iskemia, maka tubuh akan menghasilkan oksidan atau radikal bebas yang bersifat toksis khususnya bagi sel endotel pembuluh darah. Radikal bebas akan merusak membrane sel yang mengandung asam lemak menjadi peroksida lemak yang juga akan menyebabkan kerusakan pada nucleus dan protein sel endotel. Kerusakan endotel akan menyebabkan terjadinya agregasi sel trombosit yang akan menghasilkan tromboksan (vasokonstriktor kuat).¹³ Tromboksan A₂ dihasilkan oleh trombosit, berasal dari asam arakidonat dengan bantuan enzim siklooksigenase. Tromboksan memiliki efek vasokonstriktor dan agregasi trombosit prostasiklin dan tromboksan A₂ mempunyai efek yang berlawanan dalam mekanisme yang mengatur interaksi antara trombosit dan dinding pembuluh darah. Pada kehamilan normal terjadi kenaikan prostasiklin oleh jaringan ibu, plasenta dan janin. Sedangkan pada preeklampsia terjadi penurunan produksi prostasiklin dan kenaikan tromboksan A₂ sehingga terjadi peningkatan rasio tromboksan A₂.²³ Selain itu, berkaitan juga dengan

prostaglandin. Prostrasiklin merupakan suatu prostaglandin yang dihasilkan di sel endotel yang berasal dari asam arakidonat di mana dalam pembuatannya dikatalisis oleh enzim sikooksigenase. Prostrasiklin akan meningkatkan cAMP intraselular pada sel otot polos dan trombosit dan memiliki efek vasodilator dan anti agregasi trombosit. Disfungsi endotel juga akan menyebabkan kadar NO (vasodilator) menurun dan meningkatkan endotelin (vasokonstriktor).¹⁷ Kerusakan endotel vaskuler pada preeklampsia menyebabkan penurunan produksi prostrasiklin, peningkatan aktivasi agregasi trombosit dan fibrinolisis yang kemudian akan diganti trombin dan plasmin. Trombin akan mengkonsumsi antitrombin III sehingga terjadi deposit fibrin. Aktivasi trombosit menyebabkan pelepasan tromboksan A₂ dan serotonin sehingga akan terjadi vasospasme dan kerusakan endotel. Sehingga pembuluh darah yang semula memiliki resistensi vascular rendah akan meningkat, volume plasma di dalam pembuluh darah akan menurun, dan sensitivitas terhadap vasoaktif akan meningkat.¹⁴

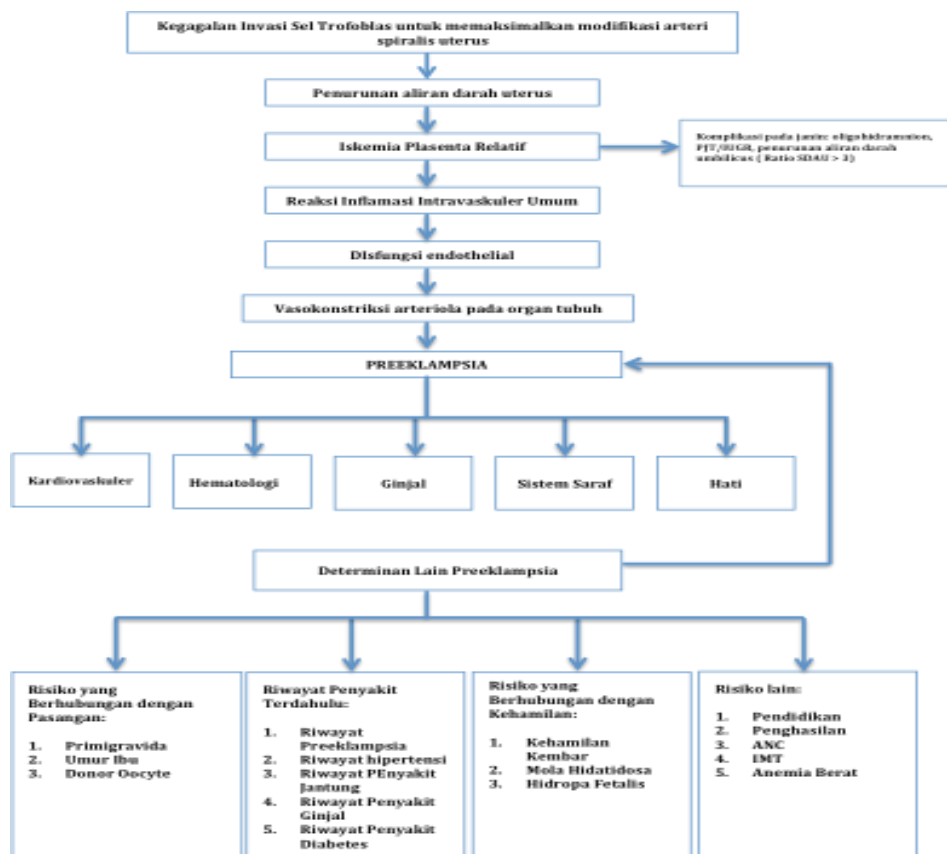
- (3) Teori ketiga adalah teori intoleransi imunologik antara ibu dan janin. Pada perempuan hamil norma, respon imun tidak menolak hasil konsepsi karena adanya human leukocyte antigen protein G (HLA-G) yang melindungi janin dari lisis oleh sel Natural Killer. Selain itu HLA-G juga akan mempermudah invasi sel trofoblas ke dalam jaringan desidua ibu. Apabila terjadi hipertensi pada kehamilan, terjadi penurunan HLA-G, sehingga janin tidak terlindungi dan sulit terjadi invasi trofoblas.¹⁴ Maladaptasi sistem imun dapat menyebabkan invasi yang dangkal dari arteri spiralis oleh sel sitotrofoblas endovaskuler dan disfungsi sel endotel yang dimediasi oleh peningkatan pelepasan sitokin (TNF- α dan IL-1), enzim proteolitik dan radikal bebas oleh desidua. Sitokin

TNF- α dan IL-1 berperan dalam stress oksidatif yang berhubungan dengan preeklampsia. Di dalam mitokondria, TNF- α akan merubah sebagian aliran elektron untuk melepaskan radikal bebas oksigen yang selanjutnya akan membentuk lipid peroksida dimana hal ini dihambat oleh antioksidan.²³ Radikal bebas yang dilepaskan oleh sel desidua akan menyebabkan kerusakan sel endotel. Radikal bebas-oksigen dapat menyebabkan pembentukan lipid peroksida yang akan membuat radikal bebas lebih toksik dalam merusak sel endotel.²⁴

- (4) Teori keempat adalah teori adaptasi kardiovaskulotori genetik. Pada kehamilan normal, pembuluh darah tidak peka terhadap rangsangan bahan-bahan vasopressor karena adanya sintesis prostaglandin pada endotel pembuluh darah. Pada hipertensi, pembuluh darah menjadi lebih peka terhadap bahan vasopressor. Terdapat suatu kecenderungan bahwa faktor keturunan turut berperan dalam patogenesis preeklampsia dan eklampsia. Telah dilaporkan adanya peningkatan angka kejadian preeklampsia dan eklampsia pada wanita yang dilahirkan oleh ibu yang menderita preeklampsia dan eklampsia. Bukti yang mendukung berperannya faktor genetik pada kejadian preeklampsia dan eklampsia adalah peningkatan *Human Leukocyte Antigene* (HLA) pada penderita preeklampsia. Meningkatnya prevalensi preeklampsia-eklampsia pada anak perempuan yang lahir dari ibu yang menderita preeklampsia eklampsia mengindikasikan adanya pengaruh genotip fetus terhadap kejadian preeklampsia.¹⁴
- (5) Teori kelima adalah teori defisiensi gizi. Penelitian di Inggris menyatakan bahwa kondisi malnutrisi berkaitan dengan kenaikan insiden hipertensi dalam kehamilan. Minyak ikan diyakini mampu mengurangi risiko preeklampsia karena mengandung banyak asam lemak tidak jenuh yang dapat

menghambat produksi trombosit, menghambat aktivasi trombosit, dan mencegah vasokonstriksi pembuluh darah. Selain itu, penelitian lainnya menunjukkan bahwa defisiensi kalsium terjadi pada ibu yang mengalami preeklampsia atau eklampsia sementara suplementasi kalsium dapat menurunkan risiko penyakit tersebut.¹⁴

(6) Teori keenam adalah teori stimulus inflamasi. Debris trofoblas yang lepas karena stimulus inflamasi yang terlalu tinggi dapat menghasilkan lebih banyak radikal bebas yang berperan dalam menimbulkan gejala preeklampsia.^{22,24}



Gambar 1 Patofisiologi Preeklamsi

1) Eklampsia

Eklampsia didefinisikan sebagai kejang, berkaitan dengan preeklampsia, yang tidak dapat dihubungkan dengan penyebab serebral lain. Kejang yang timbul merupakan kejang umum dan

dapat terjadi sebelum, saat atau setelah persalinan.¹⁵

2) Sindrom HELLP (Hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count)

Pada preeklampsia sindrom HELLP terjadi karena adanya peningkatan enzim hati dan penurunan trombosit, peningkatan enzim kemungkinan disebabkan nekrosis hemoragik periporta di bagian perifer lobulus hepar. Perubahan fungsi dan integritas hepar termasuk perlambatan ekskresi bromosulfoftalein dan peningkatan kadar aspartat aminotransferase serum.¹⁵

3) Kerusakan ginjal

Selama kehamilan normal, aliran darah ginjal dan laju filtrasi glomerulus meningkat cukup besar. Timbulnya preeklampsia, perfusi ginjal dan glomerulus menurun. Sebagian besar wanita dengan preeklampsia penurunan ringan sampai sedang laju filtrasi glomerulus terjadi akibat berkurangnya volume plasma sehingga kadar kreatinin plasma hampir dua kali lipat dibanding kadar normal selama hamil. Perubahan pada ginjal disebabkan karena aliran darah ke dalam ginjal menurun, sehingga filtrasi glomerulus berkurang. Kelainan ginjal berhubungan dengan terjadinya proteinuria dan retensi garam serta air.¹⁵

Pada kehamilan normal, penyerapan meningkat sesuai dengan kenaikan filtrasi glomerulus. Penurunan filtrasi akibat spasme arteriolus ginjal menyebabkan filtrasi natrium menurun yang menyebabkan retensi garam dan juga terjadi retensi air. Filtrasi glomerulus pada preeklampsia dapat menurun sampai 50% dari normal sehingga menyebabkan diuresis turun. Pada keadaan yang lanjut dapat terjadi oliguria sampai anuria.

4) Perdarahan otak

Tekanan darah yang meningkat pada preeklampsia dan eklampsia menimbulkan gangguan sirkulasi darah ke otak dan menyebabkan perdarahan atau edema jaringan otak atau terjadi kekurangan oksigen (hipoksia otak).¹⁵

5) Kerusakan hati

Vasokonstriksi menyebabkan hipoksia sel hati. Sel hati mengalami nekrosis yang diindikasikan oleh adanya enzim hati seperti transaminase aspartat dalam darah. kerusakan sel endothelial pembuluh darah dalam hati menyebabkan nyeri karena hati membesar dalam kapsul hati. Hal ini dirasakan oleh ibu sebagai nyeri epigastrik.¹⁵

6) Edema paru

Penderita preeklampsia mempunyai risiko besar terjadinya edema paru disebabkan oleh payah jantung kiri, kerusakan sel endotel pada pembuluh darah kapiler paru dan menurunnya diuresis. Kerusakan vascular dapat menyebabkan perpindahan protein dan cairan ke dalam lobus-lobus paru. Kondisi tersebut diperparah dengan terapi sulih cairan yang dilakukan selama penanganan preeklampsia dan pencegahan eklampsia. Selain itu, gangguan jantung akibat hipertensi dan kerja ekstra jantung untuk memompa darah ke dalam sirkulasi sistemik yang menyempit dapat menyebabkan kongesti paru.

Tabel 1 Komplikasi Berat dari Preeklamsi¹⁷

<i>Affected organic system</i>	<i>Adverse conditions</i>	<i>Severe complications indicating termination</i>
<i>Central nervous system</i>	<i>Headache; visual symptoms</i>	<i>Eclampsia; PRES; cortical blindness; Retinal detachment; Glasgow scale < 13; TIA; stroke; RND.</i>
<i>Cardiorespiratory</i>	<i>Chest pain; dyspnea; saturation O₂ < 97%</i>	<i>Severe uncontrolled hypertension (for a 12-hour period despite maximum doses of hypotensive agents); SO₂ < 90%, need for O₂ > 50% for > 1 hour, intubation, support with vasoactive drugs; pulmonary edema; myocardial ischemia or infarction.</i>
<i>Hematological</i>	<i>Leukocytosis; thrombocytopenia; high INR PTT</i>	<i>Platelets < 50.000/dL; _ need for transfusion of any blood product.</i>
<i>Renal</i>	<i>Elevated creatinine and uric acid</i>	<i>ARF (creatinine > 1.5 mg/dL without previous renal disease); need for dialysis (without previous CRF).</i>
<i>Hepatic</i>	<i>Nausea; vomiting epigastralgia; URQ pain; SGOT; SGTP; LDH; elevated bilirubin; low plasma albumin</i>	<i>Hepatic impairment (INR > 2 in absence of DIC or use of warfarin); hepatic hematoma with or without rupture.</i>
<i>fetoplacental</i>	<i>Non-reactive CTG; Oligohydramnios; IUGR; Doppler of umbilical artery with absent or reversed diastolic flow</i>	<i>PA; reversed a-wave in ductus venous; fetal death.</i>

b. Diagnosa

1) Kriteria Minimal Preeklampsia:^{15,20}

- a) Hipertensi : Tekanan darah sekurang-kurangnya 140 mmHg sistolik atau 90 mmHg diastolik pada dua kali pemeriksaan berjarak 15 menit menggunakan lengan yang sama

- b) Protein urin : Protein urin melebihi 300 mg dalam 24 jam atau tes urin dipstik + 1

Jika tidak didapatkan protein urin, hipertensi dapat diikuti salah satu dibawah ini:

- a) Trombositopeni : Trombosit < 100.000 / microliter
- b) Gangguan ginjal : Kreatinin serum diatas 1,1 mg/dL atau didapatkan peningkatan kadar kreatinin serum dari sebelumnya pada kondisi dimana tidak ada kelainan ginjal lainnya
- c) Gangguan Liver : Peningkatan konsentrasi transaminase 2 kali normal dan atau adanya nyeri di daerah epigastrik / regio kanan atas abdomen
- d) Edema Paru
- e) Gejala Neurologis : Stroke, nyeri kepala, gangguan visus
- f) Gangguan Sirkulasi Uteroplasenta: Oligohidramnion, *Fetal Growth Restriction* (FGR) atau didapatkan adanya *absent or reversed end diastolic velocity* (ARDV)
- g) Kriteria Preeklampsia berat (diagnosis preeklampsia dipenuhi dan jika didapatkan salah satu kondisi klinis dibawah ini:
- h) Hipertensi, tekanan darah sekurang-kurangnya 160 mmHg sistolik atau 110 mmHg diastolik pada dua kali pemeriksaan berjarak 15 menit menggunakan lengan yang sama
- i) Trombositopeni : Trombosit < 100.000 / mikroliter
- j) Gangguan ginjal : Kreatinin serum diatas 1,1 mg/dL atau didapatkan peningkatan kadar kreatinin serum dari sebelumnya pada kondisi dimana tidak ada kelainan ginjal lainnya.
- k) Gangguan Liver : Peningkatan konsentrasi transaminase 2 kali normal dan atau adanya nyeri di daerah epigastrik / regio kanan atas abdomen.
- l) Edema Paru
- m) Gejala Neurologis : Stroke, nyeri kepala, gangguan visus

- n) Gangguan Sirkulasi Uteroplasenta: Oligohidramnion, *Fetal Growth Restriction* (FGR) atau didapatkan adanya *absent or reversed end diastolic velocity* (ARDV).

c. Penatalaksanaan

1) Perawatan Ekspektatif pada Preeklampsia taLDa Gejala Berat Rekomendasi:^{20,25}

- a) Manajemen ekspektatif direkomendasikan pada kasus preeklampsia taLDa gejala berat dengan usia kehamilan < 37 minggu dengan evaluasi maternal dan janin yang lebih ketat.
- b) Perawatan poliklinis secara ketat dapat dilakukan pada kasus preeklampsia tanpa gejala berat.
- c) Evaluasi ketat yang dilakukan adalah:
 - (1) Evaluasi gejala maternal dan gerakan janin setiap hari oleh pasien
 - (2) Evaluasi tekanan darah 2 kali dalam seminggu secara poliklinis
 - (3) Evaluasi jumlah trombosit dan fungsi liver setiap minggu
 - (4) Evaluasi USG dan kesejahteraan janin secara berkala (dianjurkan 2 kali dalam seminggu)
 - (5) Jika didapatkan tanda pertumbuhan janin terhambat, evaluasi menggunakan doppler velocimetry terhadap arteri umbilikal direkomendasikan

2) Perawatan Ekspektatif pada Preeklampsia Berat Rekomendasi:

- a) Manajemen ekspektatif direkomendasikan pada kasus preeklampsia berat dengan usia kehamilan kurang dari 34 minggu dengan syarat kondisi ibu dan janin yang stabil
- b) Manajemen ekspektatif pada preeklampsia berat juga direkomendasikan untuk melakukan perawatan di fasilitas kesehatan yang adekuat dengan tersedianya perawatan intensif bagi maternal dan neonatal
- c) Bagi wanita yang melakukan perawatan ekspektatif preeklampsia berat, pemberian kortikosteroid

direkomendasikan untuk membantu pematangan paru janin. Pasien dengan preeklampsia berat direkomendasikan untuk melakukan rawat inap selama melakukan perawatan ekspektatif

3) Pemberian Magnesium Sulfat pada Preeklampsia Berat
Rekomendasi:

- a) Magnesium sulfat direkomendasikan sebagai terapi lini pertama eklampsia.²⁶
- b) Magnesium sulfat direkomendasikan sebagai profilaksis terhadap eklampsia pada pasien preeklampsia berat
- c) Magnesium sulfat merupakan pilihan utama pada pasien preeklampsia berat dibandingkan diazepam atau fenitoin, untuk mencegah terjadi kejang/eklampsia atau kejang berulang
- d) Dosis penuh baik intravena maupun intramuskuler magnesium sulfat direkomendasikan sebagai prevensi dan terapi eklampsia
- e) Evaluasi kadar magnesium serum secara rutin tidak direkomendasikan

4) Cara Pemberian MgSO₄

Pada kondisi di mana tidak dapat diberikan seluruhnya, berikan dosis awal (loading dose) lalu rujuk ibu segera ke fasilitas kesehatan yang memadai. Lakukan intubasi jika terjadi kejang berulang dan segera kirim ibu ke ruang ICU (bila tersedia) yang, sudah siap dengan fasilitas ventilator tekanan positif.²⁷

Guideline RCOG merekomendasikan dosis loading magnesium sulfat 4 g selama 5–10 menit, dilanjutkan dengan dosis pemeliharaan 1-2 g/jam selama 24 jam post partum atau setelah kejang terakhir, kecuali terdapat alasan tertentu untuk melanjutkan pemberian magnesium sulfat. Pemantauan produksi urin, refleks patella, frekuensi napas dan saturasi oksigen penting dilakukan saat memberikan magnesium sulfat. Pemberian ulang 2 g bolus dapat dilakukan apabila terjadi kejang berulang.

- a) Berikan dosis awal 4g MgSO₄ sesuai prosedur untuk mencegah kejang atau kejang berulang.

Cara Pemberian Dosis Awal :

- (1) Ambil 4 g larutan MgSO₄ (10 ml larutan MgSO₄ 40%) dan larutkan dengan 10 ml akuades
 - (2) Berikan larutan tersebut secara perlahan IV selama 10 menit
 - (3) Jika akses intravena sulit, berikan masing-masing 5 MgSO₄ (12,5 ml larutan MgSO₄ 40%) IM di bokong kiri dan kanan.
- b) Sambil menunggu rujukan, mulai dosis rumatan 6 g MgSO₄ dalam 6 jam sesuai prosedur. Cara pemberian dosis rumatan yaitu ambil 6 g MgSO₄ (15 ml larutan MgSO₄ 40%) dan larutkan dalam 500 ml larutan Ringer Laktat/Ringer Asetat, lalu berikan secara IV dengan kecepatan 28 tetes/menit selama 6 jam, dan diulang hingga 24 jam setelah persalinan atau kejang berakhir (bila eklampsia).²⁷
 - c) Syarat pemberian MgSO₄
 - (1) Tersedia Ca Glukonas 10%,
 - (2) Ada reflex patella
 - (3) Jumlah urin minimal 0,5ml/kg BB/jam.

a. Konsep Dasar Persalinan

1) Definisi dan Tanda Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran bayi sampai dengan plasenta yang dimulai dengan adanya kontraksi uterus yang teratur dan memuncak pada saat pengeluaran bayi sampai dengan pengeluaran plasenta dan selaputnya dimana proses ini akan berlangsung 12-14 jam. Tanda-tanda persalinan menurut Kemenkes tahun 2016 adalah sebagai berikut:⁹

- 2) Timbulnya kontraksi uterus teratur dengan frekuensi 2-4 kontraksi/ 10 menit dan kekuatannya semakin besar, nyeri melingkar dari punggung menjalar ke perut bagian depan serta mempunyai pengaruh terhadap

pendataran atau pembukaan serviks

- 3) Penipisan dan pembukaan serviks
- 4) Pengeluaran lendir darah (*bloody show*) akibat lepasnya selaput janin pada SBR karena proses penipisan dan pembukaan serviks
- 5) Keluarnya air ketuban

b. Tahapan Persalinan

1) Kala I

Persalinan kala I dimulai sejak terjadinya kontraksi teratur disertai pembukaan serviks 0-10 cm. Kala I terbagi menjadi 2 fase yaitu fase laten dan fase aktif. Fase laten merupakan tahap kala I persalinan dari pembukaan 0-3 cm kemudian fase aktif dimulai pada pembukaan 4-10 cm. Kala I berlangsung 18-24 jam untuk primigravida. Sedangkan pada multigravida dapat berlangsung 8- 12 jam.²⁸

2) Kala II

Persalinan kala II dimulai dengan pembukaan lengkap 10 cm dan berakhir dengan lahirnya bayi. Tahap ini dapat berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Walaupun demikian, pada multigravida dapat berlangsung 10-30 menit saja karena turunnya kepala janin yang lebih cepat. Tanda dan gejala kala II yang perlu diamati adalah keinginan ibu untuk meneran, perineum menonjol, tampak tekanan pada anus, vulva dan spincter anus membuka.²⁹

3) Kala III

Kala III persalinan dimulai setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban yang umumnya berlangsung 5-15 menit. Kala III normal berlangsung <30 menit.

Tanda pelepasan plasenta adalah perubahan bentuk uterus globuler, tali pusat memanjang dan adanya semburan darah.²⁹

4) Kala IV

Kala IV persalinan dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir 2 jam setelah itu. Kala IV merupakan tahapan yang kritis sehingga dilakukan pemantauan kondisi ibu pada tahap ini yaitu setiap 15 menit pada jam

pertama dan 30 menit pada jam kedua. Pemantauan penting dalam kala IV adalah pemeriksaan tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan dan kondisi kandung kencing.²⁹

c. Fisiologi Persalinan

Kehamilan secara umum ditandai dengan aktivitas otot polos miometrium yang relatif tenang sehingga memungkinkan pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterine sampai dengan kehamilan aterm. Menjelang persalinan, otot polos miometrium mulai menunjukkan aktivitas kontraksi secara terkoordinasi diselingi dengan suatu periode relaksasi. Kontraksi dalam kehamilan disebut juga dengan his. His sesudah kehamilan 30 minggu terasa lebih kuat dan lebih sering. Pada kehamilan aterm >37 minggu, his akan meningkat lagi sampai persalinan dimulai. Pada persalinan kala I frekuensi his akan meningkat 2-4 kali dalam 10 menit. His menyebabkan pembukaan dan penipisan serviks (dilatasi) yang juga didukung dengan adanya tekanan air ketuban pada kala I serta kepala janin yang makin masuk ke rongga panggul. Penyebab uterus mulai berkontraksi pada permulaan persalinan kala I belum diketahui dengan pasti. Akan tetapi, penyebabnya diperkirakan karena adanya penurunan progesteron dan estrogen pada akhir kehamilan sehingga prostaglandin dan oksitosin meningkat dan merangsang kontraksi. Kontraksi miometrium pada persalinan dapat menyebabkan nyeri sehingga istilah nyeri persalinan digunakan untuk menggambarkan proses ini. Walaupun demikian, rasa nyeri saat his amat subjektif, tidak hanya bergantung pada intensitas tetapi bergantung pula pada mental masing-masing ibu bersalin.

Pada proses persalinan, uterus berubah bentuk menjadi 2 bagian yang berbeda. Segmen rahim atas berkontraksi secara aktif menjadi lebih tebal ketika persalinan berlangsung sedangkan segmen bawah rahim atau SBR merupakan bagian yang lebih pasif dan bagian inilah yang berkembang menjadi jalan lahir berdinding jauh lebih tipis. SBR merupakan bagian yang diregangkan akibat kontraksi pada segmen atas

yang mendorong janin keluar. Dengan meningkatnya kontraksi, SBR akan semakin tipis dan lunak sehingga serviks dapat berdilatasi serta SBR membentuk suatu saluran muskular dan fibromuskular yang menyebabkan janin dapat menonjol keluar. Jika seluruh otot dinding uterus berkontraksi bersamaan dengan intensitas yang sama termasuk SBR tentu akan menyebabkan gaya dorong persalinan menurun.

Serviks akan berdilatasi penuh hingga 10 cm dan ini merupakan permulaan persalinan kala II. Setelah serviks berdilatasi penuh, gaya tambahan yang paling penting pada proses pengeluaran janin adalah gaya yang dihasilkan oleh tekanan intraabdominal oleh ibu yang meninggi. Gaya ini terbentuk oleh kontraksi otot abdomen secara bersamaan melalui upaya pernapasan paksa dengan glotis tertutup. Gaya ini disebut dengan mengejan. Dilatasi serviks yang dihasilkan dari kontraksi uterus yang bekerja pada serviks berlangsung secara normal tetapi ekspulsi atau pengeluaran janin dapat terlaksana lebih mudah bila ibu diminta mengejan dan dapat melakukan perintah tersebut selama terjadi kontraksi uterus. Perlu ditekankan lagi bahwa gaya mengejan yang menghasilkan tekanan intraabdominal merupakan bantuan tambahan untuk proses pengeluaran janin sehingga jika gaya ini dilakukan pada kala I saat dilatasi serviks belum penuh maka hanya akan sia-sia dan menimbulkan kelelahan belaka. Pecah ketuban spontan paling sering terjadi sewaktu-waktu pada persalinan kala I fase aktif.

Pecah ketuban secara khas tampak jelas sebagai semburan cairan yang normalnya jernih atau sedikit keruh hampir tidak berwarna.

Kala III persalinan melibatkan pelepasan dan ekspulsi plasenta. Pada kala III, fundus uteri terletak setinggi umbilikalis. Penyusutan uterus yang mendadak ini selalui disertai dengan pengurangan bidang implantasi plasenta. Agar plasenta dapat mengakomodasikan diri terhadap permukaan implantasi yang mengecil ini, plasenta akan memperbesar penebalannya dan terpaksa menekuk. Akibat proses ini, plasenta akan terlepas. Setelah plasenta terlepas, tekanan dinding uterus

menyebabkan plasenta menggelincir turun menuju SBR bagian atas vagina dan plasenta dapat dilahirkan. Setelah kelahiran plasenta dan selaput janin, uterus akan kontraksi keras dan spontan dengan isi yang sudah kosong. Kontraksi uterus pada fase ini masuk dalam persalinan kala IV. Kontraksi uterus merupakan hal yang penting untuk dilakukannya pemantauan selama kala IV beserta tanda vital maupun tanda bahaya lainnya.²⁸

d. Kebutuhan Fisiologis Ibu Bersalin

Kebutuhan fisiologis ibu bersalin merupakan suatu kebutuhan dasar pada ibu bersalin yang harus dipenuhi agar proses persalinan dapat berjalan dengan lancar. Berikut adalah kebutuhan fisiologis ibu bersalin menurut Kemenkes tahun 2016:²⁹

1. Kebutuhan Oksigen
2. Kebutuhan Cairan dan Nutrisi
3. Kebutuhan Eliminasi
4. Kebutuhan Hygiene
5. Kebutuhan Istirahat
6. Kebutuhan Posisi dan Ambulasi
7. Pengurangan Rasa Nyeri
8. Penjahitan Perineum (bila diperlukan)
9. Proses Persalinan yang Terstandar

e. Kebutuhan Psikologis Ibu Bersalin

Kebutuhan psikologis ibu bersalin merupakan kebutuhan dasar ibu bersalin yang harus diperhatikan. Kondisi psikologis ibu sangat berpengaruh pada proses persalinan dan hasil akhir persalinan. Kebutuhan ini berupa dukungan emosional dari bidan sebagai pemberi asuhan dan dari pendamping persalinan baik suami atau anggota keluarga yang lain. Dukungan emosional yang dapat diberikan oleh ibu berupa dukungan yang dapat memberikan sugesti positif kepada ibu, mengalihkan perhatian dan membangun kepercayaan diri ibu bahwa ibu mampu menghadapi proses persalinan dengan baik. Ibu diberi dukungan

agar tetap tenang dalam menghadapi proses persalinan.²⁹

f. Ketuban Pecah Dini (KPD) Pada Persalinan

Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan. KPD dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun pertengahan kehamilan jauh sebelum waktu melahirkan. KPD preterm yaitu KPD terjadi sebelum kehamilan 37 minggu, sedangkan KPD aterm terjadi setelah usia kehamilan 37 minggu. Ketuban pecah pada ibu hamil disebabkan oleh adanya kontraksi uterus dan peregangan yang berulang. Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimia, yang menyebabkan selaput ketuban inferior rapuh. Selaput ketuban pada kehamilan muda sangat kuat, pada trimester 3 selaput ketuban mudah pecah. Melemahnya kekuatan selaput ada hubungannya dengan pembesaran uterus, kontraksi rahim dan gerakan janin. Mekanisme ketuban pecah dini ini terjadi karena pembukaan prematur servik dan membrane. Pada proses ini terjadi devolarisasi dan nekrosis serta dapat di ikuti pecah spontan jaringan ikat yang menyangga membran ketuban, dipercepat dengan infeksi yang mengeluarkan enzim proteolitik, enzim kolagenase.³⁰

Penyebab KPD belum dapat diketahui secara pasti, namun terdapat beberapa faktor predisposisi yang mengakibatkan terjadinya KPD yaitu infeksi genetalia, infeksi cairan ketuban, serviks inkompetensia, tekanan intrauterine berlebih, jumlah paritas, umur kehamilan dan over distensi uterus. KPD dapat menyebabkan komplikasi terhadap ibu dan janin. Komplikasi yang dapat disebabkan KPD pada ibu yaitu infeksi *intrapartal*/ dalam persalinan, infeksi *puerperalis*/ masa nifas, *dry labour*/ partus lama, perdarahan post partum, meningkatnya tindakan operatif obstetric (khususnya SC), morbiditas dan mortalitas maternal. Komplikasi yang dapat disebabkan KPD pada janin itu yaitu prematuritas (sindrom distres pernapasan, hipotermia, masalah pemberian makanan neonatal), gangguan otak dan risiko *cerebral palsy*, *hiperbilirubinemia*, anemia, sepsis, prolaps funiculli/ penurunan tali pusat, hipoksia dan

asfiksia. Oleh karena itu perlu dilakukan tata laksana yang tepat untuk menangani KPD. Tata laksana yang dapat dilakukan pada KPD aterm adalah, pastikan diagnosa, evaluasi tanda infeksi ibu dan janin serta gawat janin, lakukan tata laksana aktif KPD.

Induksi dengan oksitosin dapat diberikan. Bila serviks belum matang, lakukan pematangan serviks dengan pemberian misoprostol 25-50 mg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali. Pemberian antibiotik profilaksis dapat menurunkan infeksi pada ibu. Walaupun antibiotik tidak berfaedah terhadap janin dalam uterus namun pencegahan terhadap korioamnionitis lebih penting dari pada pengobatannya sehingga pemberian antibiotik profilaksis perlu dilakukan. Waktu pemberian antibiotik hendaknya diberikan segera setelah diagnosis KPD ditegakan dengan pertimbangan tujuan profilaksis dan lebih dari 8 jam kemungkinan infeksi telah terjadi. Beberapa penulis menyarankan bersikap aktif (induksi persalinan) segera diberikan atau ditunggu sampai 6-8 jam dengan alasan ibu akan menjadi inpartu dengan sendirinya.

Pelaksanaan induksi persalinan perlu pengawasan yang sangat ketat terhadap keadaan janin, ibu dan jalannya proses persalinan berhubungan dengan komplikasinya. Pengawasan yang kurang baik dapat menimbulkan komplikasi yang fatal bagi bayi dan ibunya (his terlalu kuat) atau proses persalinan menjadi semakin kepanjangan (his kurang kuat). Bila didapatkan infeksi berat maka berikan antibiotik dosis tinggi. Bila ditemukan tanda tanda inpartu, infeksi dan gawat janin maka lakukan terminasi kehamilan segera. Lakukan seksio caesaria (SC) bila induksi atau akselerasi persalinan mengalami kegagalan.²⁸

g. Bayi Baru Lahir

1) Definisi

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang berusia 0-28 hari. Bayi baru lahir normal mempunyai ciri-ciri berat badan lahir 2500-4000 gram, umur kehamilan 37-40 minggu, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, menghisap ASI dengan baik, dan tidak ada cacat bawaan. Bayi baru lahir normal memiliki panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar lengan 11-12 cm, frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit, pernapasan 40-60 x/menit, lanugo tidak terlihat dan rambut kepala tumbuh sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR >7, refleks-refleks sudah terbentuk dengan baik (*rooting, sucking, morro, grasping*), organ genitalia pada bayi laki-laki testis sudah berada pada skrotum dan penis berlubang, pada bayi perempuan vagina dan uretra berlubang serta adanya labia minora yang tertutup labia mayora, meconium dan urin sudah keluar dalam 24 jam pertama berwarna hitam kecoklatan.³¹

2) Klasifikasi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir atau neonatus di bagi dalam beberapa kasifikasi, yaitu:³²

- a) Bayi baru lahir menurut masa gestasinya; Kurang bulan (preterm infant): <259 hari (37 minggu); Cukup bulan (term infant): 259- 294 hari (37-42 minggu); Lebih bulan (postterm infant): >294 hari (42 minggu atau lebih)
- b) Bayi baru lahir menurut berat badan lahir; Berat lahir rendah : < 2500 gram; Berat lahir cukup : 2500-4000 gram; Berat lahir lebih :> 4000 gram
- c) Bayi baru lahir menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan); Neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB); Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)

3) Perawatan Bayi Baru Lahir

Perawatan bayi baru lahir dilakukan pada 0-28 hari. Walaupun demikian, fokus pelayanan bayi baru lahir segera dilaksanakan saat bayi usia 0-6 jam dengan pemberian perawatan neonatal esensial. Perawatan bayi baru lahir segera dibagi menjadi 3 tahapan:³³

4) Perawatan bayi baru lahir 0-30 detik

Fokus perawatan bayi pada masa ini adalah evaluasi kebutuhan resusitasi.

- a) Jaga kehangatan bayi dengan menerima bayi menggunakan kain kering.
- b) Lakukan penilaian awal bayi baru lahir Apakah kehamilan cukup bulan? Apakah bayi menangis?
- c) Apakah tonus otot/bayi bergerak aktif? Apakah air ketuban jernih?

Apabila ada jawaban “TIDAK”, segera lakukan resusitasi langkah awal dan lanjutkan manajemen bayi baru lahir dengan asfiksia, Jika jawaban seluruhnya “YA”, lanjutkan perawatan bayi 30 detik-90 menit.

5) Perawatan 30 detik-90 menit

- a) Menjaga bayi tetap hangat
- b) Klem dan potong tali pusat, lakukan perawatan tali pusat
- c) IMD
- d) Pemberian identitas
- e) Profilaksis salf mata tetrasiklin 1%
- f) Injeksi vit K1 dosis 1 mg

6) Perawatan 90 menit-6 jam

- a) Pemeriksaan fisik dan antropometri
- b) Pemberian HB-0
- c) Pemantauan tanda bahaya

h. Konsep Dasar Masa Nifas dan Menyusui

1. Definisi

Nifas atau puerperium dimulai setelah kelahiran plasenta dan

berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas atau masa puerperium mulai setelah partus selesai dan berakhir setelah kira-kira enam minggu atau 42 hari. Pada semua ibu yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Oleh karena itu, menyusui merupakan salah satu peran fisiologis ibu pada masa nifas. Untuk dapat mencapai perannya, ibu memiliki berbagai kebutuhan yang perlu dipenuhi sehingga menunjang keberhasilan menyusui dan pemulihan diri masa nifas.⁸

2. Kebutuhan Masa Nifas

a) Nutrisi dan Cairan

Ibu nifas membutuhkan menu makanan bergizi seimbang terutama dengan memenuhi kebutuhan karbohidrat dan protein. Hal ini dikarenakan tercukupya nutrisi dan cairan ibu akan berhubungan dengan pemulihan organ reproduksi serta produksi ASI. Karbohidrat didapatkan dari makanan pokok sebagai sumber tenaga utama. Protein untuk membantu pertumbuhan sel-sel dan jaringan baru serta merangsang produksi ASI. Mineral dan vitamin juga diperlukan oleh ibu nifas dan menyusui. Salah satu mineral terpenting adalah zat besi. Oleh karena itu terdapat anjuran mengonsumsi tablet besi setiap hari selama 40 hari untuk menambah kadar zat besi dalam darah.

3. Istirahat

Istirahat yang cukup dibutuhkan ibu setelah persalinan. Kurang istirahat dapat mempengaruhi produksi ASI, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan. Selain itu, kurang istirahat dapat menyebabkan ibu depresi karena ketidakmampuannya dalam merawat diri dan bayi.

4. *Personal hygiene*

Ibu pada masa nifas sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi dan menjaga agar ibu selalu dalam kondisi nyaman dan rileks. Kebersihan ibu diutamakan pada perawatan payudara dan perineum

dan jalan lahir.

5. Mobilisasi

Perawatan ibu nifas dianjurkan untuk melakukan mobilisasi dini. Mobilisasi dini memberikan keuntungan antara lain melancarkan pengeluaran lochia, mempercepat kembalinya organ reproduksi dan melancarkan fungsi sistem gastrointestinal yang berkaitan dengan eliminasi. Ambulasi dini pada persalinan spontan dilakukan 2 jam postpartum dan diteruskan ambulasi bertahap.

6. Seksualitas

Ibu dapat melakukan aktivitas seksual jika kondisi fisiknya baik, tidak ada pengeluaran lochia dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari ke dalam vagina tanpa nyeri.

7. Keluarga berencana

Program keluarga berencana dengan penggunaan alat kontrasepsi bertujuan untuk menentukan waktu ingin hamil, mengatur jarak kehamilan maupun memberhentikan kesuburan. Demi kesehatan, pasangan suami istri dianjurkan untuk mengikuti program KB. Jarak kelahiran yang baik adalah 3-5 tahun sedangkan usia reproduksi sehat bagi ibu adalah 20-35 tahun.

8. Dukungan

Dukungan dari suami, anggota keluarga dan tenaga kesehatan memiliki arti tersendiri bagi ibu nifas dan masa menyusui. Ibu perlu mendapat dukungan agar ibu merasa mampu dan berdaya dalam merawat diri dan bayinya. Dukungan yang diberikan dapat berupa dukungan material, dukungan emosional, dukungan penghargaan dan dukungan informasional. Dukungan sekitarnya juga akan membantu ibu dalam kelancaran menyusui.³⁴

9. Fisiologi Menyusui

Fisiologi menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis yaitu; produksi ASI dan sekresi ASI atau *let down reflex*. Selama kehamilan, jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya

untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi, maka terjadi *positive feed back hormone* (umpan balik positif), yaitu kelenjar hipofisis akan mengeluarkan hormon prolaktin (hormon laktogenik). Sampai hari ketiga setelah melahirkan, efek prolaktin pada payudara mulai bisa dirasakan. Pembuluh darah payudara menjadi membesar terisi darah, sehingga timbul rasa hangat. Sel-sel acini yang menghasilkan ASI juga mulai berfungsi. Ketika bayi menghisap puting, reflek saraf merangsang kelenjar posterior hipofisis untuk mensekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang reflek *let down* sehingga menyebabkan sekresi ASI melalui sinus laktiferus payudara ke duktus yang terdapat pada puting. Hormon oksitosin merangsang serabut otot halus di dalam dinding saluran susu agar membiarkan susu dapat mengalir secara lancar.

Kegagalan dalam perkembangan payudara secara fisiologis untuk menampung air susu sangat jarang terjadi. Payudara secara fisiologis merupakan tenunan aktif yang tersusun seperti pohon tumbuh di dalam puting dengan cabang yang menjadi ranting semakin mengecil. Susu diproduksi pada akhir ranting dan mengalir kedalam cabang-cabang besar menuju saluran ke dalam puting. Secara visual payudara dapat di gambarkan sebagai setangkai buah anggur, mewakili tenunan kelenjar yang mensekresi dimana setiap selnya mampu memproduksi susu, bila sel-sel myoepithelial di dalam dinding alveoli berkontraksi, anggur tersebut terpencet dan mengeluarkan susu ke dalam ranting yang mengalir ke cabang-cabang lebih besar, yang secara perlahan-lahan bertemu di dalam aerola dan membentuk sinus lactiferous. Pusat dari aerola (bagian yang berpigmen) adalah putingnya, yang tidak kaku letaknya dan dengan mudah dihisap (masuk ke dalam) mulut bayi. Terdapat empat *golden periode* yang diyakini untuk menunjang keberhasilan menyusui yaitu:

- (1) Inisiasi Menyusu Dini selama 1 jam
- (2) ASI Eksklusif 6 bulan
- (3) Berikan MP ASI setelah 6 bulan
- (4) Teruskan menyusui hingga anak berusia 2 tahun

Dalam pelaksanaan manajemen laktasi dimulai pada masa kehamilan, segera setelah persalinan dan pada masa menyusui selanjutnya. Pada masa kehamilan, perawatan payudara mulai kehamilan umur 8 bulan agar ibu mampu memproduksi dan memberikan ASI yang cukup. Penciptaan suasa keluarga yang menyenangkan sejak kehamilan terutama hubungan suami istri akan menunjang pertumbuhan buah hati.³⁵

10. Pelayanan Masa Nifas

Pelayanan masa nifas dilakukan 4 kali dengan waktu kunjungan ibu dan bayi bersamaan. Waktu pelayanan nifas dengan kunjungan nifas disebut sebagai KF. KF 1 dilakukan pada 6-48 jam pasca persalinan, KF 2 pada 3-7 hari, KF 3 8-28 hari dan KF 4 dilakukan pada 29-42 hari. Walaupun demikian, cakupan kunjungan nifas pada buku KIA oleh Kemenkes (2019) dilakukan dengan 3 kali kunjungan yaitu KF 1 6 jam-3 hari pasca persalinan, KF 2 pada 4-28 hari dan KF 3 dilakukan pada 29-42 hari. Pelayanan masa nifas dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten seperti bidan dan dokter. Untuk menjamin mutu pelayanan masa nifas maka ditetapkan ruang lingkup pelayanan masa nifas meliputi:³⁶

- (1) Anamnesis
- (2) Pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu
- (3) Pemeriksaan tanda anemia
- (4) Pemeriksaan TFU
- (5) Pemeriksaan kontraksi uterus
- (6) Pemeriksaan kandung kencing
- (7) Pemeriksaan lochia dan perdarahan
- (8) Pemeriksaan jalan lahir

- (9) Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI eksklusif
- (10) Identifikasi risiko dan komplikasi
- (11) Penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada masa nifas
- (12) Pemeriksaan status mental ibu
- (13) Pelayanan kontrasepsi pasca persalinan
- (14) Pemberian KIE dan konseling tentang perawatan nifas dan bayi
- (15) Pemberian Vit A

Prawirohardjo (2016) menyatakan bahwa pada masa pascapersalinan seorang ibu memerlukan KIE dan konseling, dukungan dari tenaga kesehatan dan suami serta pelayanan kesehatan untuk deteksi tanda terjadi komplikasi. KIE dan konseling yang dibutuhkan ibu meliputi perawatan masa nifas dan bayi. Ibu diberikan konseling berupa perawatan bayi dan pemberian ASI, tanda bahaya atau gejala adanya masalah, kesehatan pribadi dan *personal hygiene*, kehidupan seksual, kontrasepsi dan pemenuhan nutrisi.²⁸

a. Konsep Dasar Neonatus

1) Pelayanan Kesehatan Neonatus

Pelayanan kesehatan bayi baru lahir dengan kunjungan bayi baru lahir dimulai segera setelah bayi lahir sampai 28 hari. Oleh karena itu kunjungan bayi baru lahir dapat pula disebut sebagai kunjungan neonatus. Neonatus adalah individu yang baru saja mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari lingkungan intrauterine ke lingkungan ekstauterine.³⁷ Neonatus adalah individu yang berumur 0-28 hari. Kunjungan dalam pelayanan neonatus dimulai sejak usia 6 jam sampai 28 hari sehingga sebelum pulang setelah persalinan diharapkan bayi mendapat 1 kali pelayanan. Pelayanan neonatal menurut Kemenkes RI tahun 2019 dilakukan sebanyak 3 kali kunjungan sebagai berikut:³⁸

- a) 1 (satu) kali pada umur 6-48 jam (KN 1)
- b) 1 (satu) kali pada umur 3-7 hari (KN 2)
- c) 1 (satu) kali pada umur 8-28 hari. (KN 3)

Ruang lingkup pelayanan neonatal meliputi perawatan neonatal esensial,

1) Perawatan Neonatal Esensial

Perawatan neonatal esensial dilakukan setelah lahir 6 jam sampai 28 hari. Perawatan neonatal esensial merupakan asuhan dasar bayi muda. Lingkup pelayanan neonatal esensial adalah IMD, pemberian imunisasi segera setelah lahir (HB-0), bimbingan pemberian ASI dan memantau kecukupan ASI, pemeriksaan neonatus menggunakan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM), deteksi dini masalah yang paling sering dijumpai pada neonatus serta perawatan metode kanguru bagi bayi dengan BBLR.

2) Skrining Bayi Baru Lahir

3) KIE bagi Ibu dan Keluarga

Pemberian Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) bagi ibu dan keluarga penting dilakukan sehingga ibu dan keluarga dapat melakukan perawatan yang optimal bagi bayi. Pemberian KIE dilaksanakan oleh tenaga kesehatan dan kader kesehatan dengan menggunakan buku KIA atau media kesehatan lainnya. KIE diberikan kepada ibu dan keluarga sesuai dengan kebutuhan. Walaupun demikian, terdapat materi edukasi yang wajib diberikan kepada ibu dan keluarga dimana materi ini merupakan dasar pemberian asuhan terhadap bayi. Materi yang disampaikan menurut Kemenkes RI tahun 2019 meliputi perawatan Bayi Baru Lahir, ASI Eksklusif, pengenalan dini tanda bahaya pada bayi, skrining bayi baru lahir dan pelaksanaan metode kanguru untuk BBLR. Prawirohardjo tahun 2014 menyatakan bahwa pada masa pascapersalinan bayi memerlukan ASI, suhu lingkungan yang sesuai, kebersihan dan pengawasan dan tindak lanjut terhadap gejala sakit pada bayi.⁸³⁹

Konsep Dasar KB Pasca Persalinan

1) Pengertian

Keluarga berencana (*family planning/ planned parenthood*) adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi. Kontrasepsi merupakan usaha untuk mencegah kehamilan. Usaha-usaha tersebut dapat bersifat sementara atau permanen. Pengaturan kehamilan membantu pasangan suami istri untuk melahirkan pada usia yang ideal, memiliki jumlah anak dan mengatur jarak kelahiran anak yang ideal dengan menggunakan cara, alat dan obat kontrasepsi³⁹. Keluarga berencana pasca persalinan berfokus pada pencegahan kehamilan tidak diinginkan dan kehamilan jarak dekat. Keluarga berencana pasca persalinan menurut WHO didefinisikan sebagai penggunaan kontrasepsi dalam waktu 1 tahun pertama setelah melahirkan. Inisiasi penggunaan kontrasepsi pasca persalinan dilakukan dalam kurun waktu ≤ 6 minggu pasca persalinan.⁴⁰

Kontrasepsi pasca persalinan sesuai standar diberikan segera setelah persalinan sampai 6 minggu atau 42 hari pasca persalinan. Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) menyebutkan bahwa kontrasepsi pasca persalinan yaitu penggunaan metode kontrasepsi pada masa nifas sampai dengan 42 hari setelah melahirkan.⁴¹ Pemanfaatan kontrasepsi setelah melahirkan dibedakan dalam 3 tahap yaitu *Immediate Post Partum* (segera setelah melahirkan-48 jam), *Early Post Partum* (sesudah 48 jam-6 minggu setelah melahirkan) dan *Extended Post Partum* (sejak 6 minggu sampai tahun pertama setelah melahirkan).⁴²

2) Tujuan

- a) Menurunkan *missed-opportunity* karena klien sudah kontak dengan tenaga kesehatan sejak ANC, bersalin dan masa nifas.
- b) Membantu menciptakan jarak ideal antar kehamilan.
- c) Menghindari kehamilan tidak direncanakan.

d) Meningkatkan cakupan peserta KB (CPR).

e) Meningkatkan kesehatan ibu, anak dan keluarga.³⁶

3) Metode Kontrasepsi Pasca Persalinan

Pemilihan metode dan waktu penggunaan kontrasepsi pada ibu pasca persalinan sangat dipengaruhi oleh status menyusui. Penapisan klien terhadap pilihan metode kontrasepsi tetap dilakukan dengan tujuan menentukan adanya keadaan atau masalah kesehatan yang memerlukan perhatian khusus. Pada klien pasca persalinan yang menyusui, masa infertilitas akan lebih lama. Walaupun demikian, kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan. Ovulasi dapat terjadi sebelum menstruasi pada 21 hari pasca persalinan. Oleh karena itu, kontrasepsi segera pasca persalinan dianjurkan.⁴³

Pada klien pasca persalinan, penggunaan metode kontrasepsi efektif sebaiknya dilakukan. Kontrasepsi pasca persalinan efektif terpilih antara lain IUD dan tubektomi. IUD dapat dipasang segera pasca plasenta pada persalinan pervaginam dan *Sectio Caesaria* (SC). Selain itu, IUD dapat dipasang dalam 48 jam pasca salin atau tunda hingga 4-6 minggu pasca persalinan. Kontrasepsi mantap MOW dapat dilakukan dalam 48 jam pasca salin atau tunda hingga 6 minggu pasca persalinan. Apabila tidak menggunakan jenis kontrasepsi tersebut, pilihan kontrasepsi hormonal *Progestin Only* dapat menjadi alternatif yaitu minipil, suntikan progestin dan implan.²⁴ Prinsip pemilihan metode kontrasepsi pasca persalinan adalah dengan mengutamakan metode kontrasepsi yang tidak mempengaruhi produksi ASI bagi klien menyusui. Pada ibu pasca persalinan yang tidak menyusui, pemilihan metode kontrasepsi relatif lebih leluasa sesuai dengan pilihan metode yang tersedia. Akseptor KB pasca salin merupakan pengguna kontrasepsi modern pasca persalinan meliputi kondom, pil, suntik, implan, IUD dan MOW.³⁶

i. Kewenangan Bidan

Bidan bertugas memberikan pelayanan dalam penyelenggaraan praktik kebidanan yang meliputi pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak, pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana serta pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang dan/atau pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu menurut pasal 46 ayat 1, UU Kebidanan No. 4 tahun 2019. Dalam menyelenggarakan praktik kebidanan sesuai pasal 47 ayat 1 UU Kebidanan No. 4 tahun 2019 bidan dapat berperan sebagai pemberi pelayanan kebidanan, pengelola pelayanan kebidanan, penyuluh dan konselor, pendidik, pembimbing, dan fasilitator klinik, penggerak peran serta masyarakat dan pemberdayaan perempuan, dan/atau peneliti. Bidan berhak melakukan kegiatan secara mandiri, kolaborasi, dan/atau rujukan sesuai tingkat kasus yang dihadapi.⁴³

Pada pelayanan kesehatan ibu, bidan berwenang memberikan asuhan kehamilan normal, persalinan normal, masa nifas, pertolongan pertama kegawatdaruratan dilanjutkan rujukan serta melakukan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi dilanjutkan rujukan. Pada pelayanan kesehatan anak, bidan berwenang memberikan asuhan bayi baru lahir, bayi, balita dan anak prasekolah, memberikan imunisasi program pemerintah, melakukan pemantauan tumbuh kembang dan penanganan kegawatdaruratan dilanjutkan rujukan. Bidan dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana berwenang melakukan komunikasi, informasi, edukasi, konseling, dan memberikan pelayanan kontrasepsi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Peraturan pemberian pelayanan kontrasepsi diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No 28 tahun 2017. Bidan berwenang memberikan pelayanan kontrasepsi oral, kondom, dan suntikan. Bidan juga memiliki kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan dan/atau akibat adanya pelimpahan wewenang. Kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan penugasan dari

pemerintah sesuai kebutuhan salah satunya terdiri atas pemberian kewenangan berdasarkan program pemerintah. Bidan berhak mendapatkan kewenangan tersebut setelah mendapatkan pelatihan. Program pemerintah yang dimaksud untuk dapat dilaksanakan bidan dalam bidang KB adalah pemberian AKDR/IUD dan AKBK/Implan.⁴⁴