

BAB II

KAJIAN KASUS DAN KAJIAN TEORI

A. Kajian Kasus

Asuhan berkesinambungan pada Ny. R dilakukan dari masa kehamilan dengan 2x pendampingan pada trimester III, pendampingan persalinan & bayi baru lahir, 2x pendampingan neonatus, 2x pendampingan pada masa nifas dan keluarga berencana sebanyak 2x pendampingan. Pendampingan dilakukan secara langsung saat pasien berkunjung di Puskesmas Banguntapan II, dilakukan kunjungan rumah pasien, dan melalui *whatsapp* dengan rincian asuhan sebagai berikut :

1. Asuhan kebidanan pada kehamilan

- a. Asuhan kehamilan pertama (Sabtu, 7 Maret 2026 Pukul 10.00 WIB)

Asuhan kebidanan kehamilan pada Ny. R pertama kali dilakukan pada hari Sabtu, 7 Maret 2026, pada saat ibu datang untuk pemeriksaan rutin di Puskesmas Banguntapan II dengan keluhan saat ini nyeri pinggang dan bengkak di kaki. Ny. R adalah ibu rumah tangga yang berusia 35 Tahun dengan usia kehamilan saat ini 36⁺³ minggu. Kehamilan saat ini adalah kehamilan yang ketiga. Pada kehamilan pertama tahun 2017 ibu melahirkan secara pervaginam melalui proses induksi persalinan atas indikasi Preeklampsia Berat. Setelah melahirkan anak pertama ibu menggunakan KB alami metode kalender dan KB kondom. Kehamilan kedua pada tahun 2019 ibu mengalami keguguran pada usia kehamilan 5 minggu dan tidak dilakukan kuretase, dan ibu langsung menggunakan KB IUD selama 5 tahun hingga tahun 2024 dan dilepas karena masa kontrasepsi telah habis dan masih ingin mempunyai anak lagi.

Ibu telah menikah dengan suaminya selama 9 tahun sejak Ibu berusia 26 tahun. Meninjau dari riwayat menstruasi sebelumnya, tidak ada masalah pada Ibu. Pada riwayat kehamilan yang sekarang, diketahui HPHT 25 Juni 2025 dan HPL 1 April 2026. Ibu rutin

melakukan pemeriksaan kehamilan di PMB, Puskesmas Banguntapan II, dan Dokter spesialis kandungan sebanyak 2 kali pada trimester pertama, 3 kali pada trimester kedua, dan 3 kali ini pada trimester ketiga. Ibu mengatakan saat pada 2x pemeriksaan kehamilan terakhir Ibu mengalami hipertensi, sebelumnya ibu mengalami hipertensi pada kehamilan pertama, tidak ada riwayat penyakit lainnya, riwayat penyakit dari keluarga, orang tua kandung (Ibu) memiliki riwayat hipertensi dengan pengobatan rutin. Pola pemenuhan kebutuhan Ibu sehari-hari dalam batas normal.

Berdasarkan pengkajian data objektif, keadaan umum ibu baik, kesadaran *composmentis*, TD 169/84 mmHg, nadi 84 kpm, pernapasan 20 kpm, suhu 36,8°C. Pada hasil pemeriksaan antropometri diketahui BB ibu sebelum hamil adalah 75 kg dan BB sekarang 84 kg dengan TB 158 cm, LLA 30 cm dan IMT sebelum hamil 30.04 kg/m² termasuk ke dalam kategori Obesitas. Pada pertemuan pertama dilakukan pemeriksaan fisik lengkap secara *head to toe*. Pada pemeriksaan palpasi leopold diketahui TFU 30 cm, punggung kiri, presentasi kepala, dan kepala belum masuk panggul, DJJ 138 kpm dengan irama teratur. Pada pemeriksaan esktremitas tampak tungkai membengkak. Dilakukan pemeriksaan penunjang dengan hasil Hb 12,1 gr/dL dan protein urine +2. Selain itu ditinjau dari rekam medis dan buku KIA, ibu telah melakukan pemeriksaan ANC terpadu pada tanggal 7 September 2025 di Puskesmas Banguntapan II dengan hasil HIV, IMS, HbSAg non reaktif, protein urine negatif dan hasil EKG normal, *sinus rhythm*.

Berdasarkan data subjektif dan objektif diperoleh diagnosa Ny. R usia 35 Tahun G3P1Ab1Ah1 usia kehamilan 36⁺³ minggu dengan Pre Eklampsia Berat (PEB) di Puskesmas Banguntapan II. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu menangani keluhan ibu, memberikan edukasi kepada ibu terkait pemeriksaan kehamilan rutin,

ketidaknyamanan kehamilan trimester III, tanda bahaya kehamilan trimester III, memberikan vitamin pada ibu dan memberikan terapi kolaborasi & rujukan untuk penanganan PEB, serta menyampaikan waktu kunjungan ulang.

b. Asuhan kehamilan kedua (Kamis, 19 Maret 2026/ pukul 16.00 WIB)

Asuhan kehamilan kedua dilakukan pada hari Kamis, 19 Maret 2026 dengan usia kehamilan 38⁺¹ minggu yang bertempat di rumah Ny. R. Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan, sudah melakukan pemeriksaan ke RSUD Kota Yogyakarta pada Senin, 9 Maret 2026 lalu dan mendapatkan terapi hipertensi diantaranya Hemaform 1x1, Kalsium Laktat 1x1 & nifedipine 3x10 mg. Hasil pemeriksaan umum Ibu dalam kondisi baik, kesadaran *compos mentis*, TD masih tinggi yaitu 146/97 mmHg, nadi 69 kpm, pernapasan 20 kpm, suhu 36,7°C dan berat badan ibu saat ini 73 kg. Pada pemeriksaan payudara diketahui kolostrum sudah keluar. Pemeriksaan abdomen diketahui TFU 2 jari di bawah px (31 cm), punggung kiri, presentasi kepala, sudah masuk panggul, DJJ 130 kpm irama teratur dan tidak ada kontraksi. Pada pemeriksaan ekstremitas masih terdapat ada odema.

Berdasarkan data subjektif dan objektif tersebut, diagnosa yang dapat ditegakkan adalah Ny. R usia 35 Tahun G3P1Ab1Ah1 usia kehamilan 38⁺¹ minggu dengan Obesitas dan Pre Eklampsia Berat (PEB). Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu membantu ibu dan suami memahami dan mengisi catatan menyambut persalinan di Buku KIA, memberikan KIE tentang tanda-tanda persalinan, memberikan vitamin pada ibu dan serta meminta Ibu untuk kontrol rutin ke faskes rujukan sesuai anjuran.

2. Asuhan kebidanan pada persalinan & bayi baru lahir

Pengkajian dilakukan melalui anamnesis dengan ibu dan melalui rekam medis pasien yang dilakukan pada tanggal 21 Maret 2026 pukul 20.00 WIB di Ruang Bersalin (Ruang Kanna) RSUD Kota Yogyakarta.

Ibu mengatakan datang ke poli kandungan RSUD Kota Yogyakarta pada tanggal 21 Maret 2026 bersama suami dan keluarganya untuk kontrol sesuai anjuran dengan keluhan sudah merasakan kenceng-kenceng hilang timbul, kemudian Ibu dianjurkan rawat inap oleh dokter penanggungjawab untuk diberikan terapi antihipertensi dan persiapan persalinan. Ditinjau dari rekam medis, hasil periksa dalam pada saat pasien masuk ruang Kanna pada pukul 12.00 adalah V/U tenang, dinding vagina licin, portio mendatar, pembukaan 2 cm, preskep, perineum lunak, STLD (+), AK (-). His 2x setiap 10 menit dengan durasi rata-rata 30 detik, kekuatan sedang. DJJ = 135x/mnt. Penatalaksanaan pertama melaksanakan advis dokter penanggung jawab spesialis kandungan yaitu rencana CTG, protab MgSO₄, nifedipine 3x10 mg, dan pengawasan kemajuan persalinan. Dilakukan pemeriksaan CTG dengan hasil baik Kategori I, diberikan manajemen PEB pada ibu protab MgSO₄ loading dose 4 gram dalam 100 ml NaCl drip 20 tpm, dilanjutkan dengan pemberian MgSO₄ 1 gram/jam diberikan dalam 24 jam, terapi oral Nifedipine tab 2x10 mg dan dilakukan penatalaksanaan persalinan. Bayi lahir pukul 19.20 WIB dengan usia gestasi 38+3 minggu, APGAR Score : 7/8, BB 2810 gr , PB 49 cm, LK 33 cm, LD 34 cm dan LLA 11 cm . Ibu dan suami sepakat ingin menggunakan KB IUD dan telah dipasang KB IUD pasca plasenta, dengan jenis coper T untuk jangka penggunaan 5 tahun. Ibu, suami, dan keluarga merasa senang atas kelahiran bayinya.

3. Asuhan kebidanan pada masa neonatus

a. Asuhan KN 1 (Senin, 23 Maret 2026)

Setelah asuhan pada bayi baru lahir, pertumbuhan dan perkembangan bayi selalu diikuti dan dilakukan pendampingan pada KN 1, KN 2 dan KN 3. KN 1 dilakukan di ruang nifas RSUD Kota Yogyakarta, sebelum pasien dipulangkan. Ibu mengatakan berat badan bayi turun akan tetapi bayi mau menetek kuat, dan tidak rewel. Pada hasil pemeriksaan umum diketahui bayi sehat dengan BBS 2760

gr, pernafasan 42 kpm, nadi 140 kpm, dan suhu 36,8°C. Bayi sudah BAB & BAK, tidak kuning, tali pusat bersih tidak ada tanda-tanda infeksi. Diketahui By Ny. R dalam kondisi normal. Penatalaksanaan yang dilakukan diantaranya memberikan edukasi tentang ASI eksklusif, cara perawatan tali pusat di rumah, menjemur bayi, dan jadwal kunjungan ulang selanjutnya.

b. Asuhan KN 3 (Jum'at, 3 April 2026/ pukul 16.00 WIB)

Pada kunjungan ulang KN 3 di rumah Ny. R, Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada bayi, pemeriksaan dalam batas normal dan bayi telah mengalami peningkatan berat badan. Memberikan apresiasi kepada ibu dan memberikan motivasi untuk terus menyusui bayinya secara eksklusif.

4. Asuhan kebidanan pada masa nifas

a. Asuhan KF 1 (Senin, 23 Maret 2026/ pukul 08.00 WIB)

KF 1 dilakukan di ruang nifas RSUD Kota Yogyakarta. Ibu mengatakan kadang pusing, bengkak di kaki sudah berkurang. Hasil pemeriksaan umum ibu dalam batas normal dengan TD 139/86 mmHg, suhu 36,9⁰ C, nadi 78 kpm, dan pernafasan 20 kpm. Pemeriksaan abdomen diketahui TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi baik, uterus keras. Pada pemeriksaan genitalia didapatkan vulva masih terdapat pengeluaran darah (*lochea rubra*) dalam batas normal, terlihat jahitan masih basah. Meninjau dari rekam medis pasien, terapi yang didapatkan pada ibu yaitu maintenance MgSO₄ 1gr/jam selama 24 jam, asam mefenamat 3x500 mg, nifedipine 3x10 mg, dan hemafor tab 1x1 tab, serta vitamin A 1x200.00 IU. Pada hasil pemeriksaan ulang laboratorium, hasil protein urine ibu +1. Analisa yang dapat ditegakkan adalah Ny. R Usia 35 Tahun P₂A₁Ah₂ PP Spontan Hari ke 2 dengan riwayat PEB di RSUD Kota Yogyakarta. Penatalaksanaan yang diberikan yaitu menyampaikan hasil

pemeriksaan, memberikan KIE terkait nyeri bekas luka jahitan, pemenuhan nutrisi dan istirahat serta tanda bahaya pada ibu nifas

b. Asuhan KF 3 (Jum'at, 3 April 2026)

Pada kunjungan ulang KF 3 pada hari Jum'at, 3 April 2026 di rumah Ny. R Ibu mengatakan kaki bengkak lagi sejak kemarin sore setelah seharian membereskan rumah. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital ibu dalam batas normal dengan TD 130/78 mmHg, suhu 36,5⁰ C, nadi 74 kpm dan pernafasan 20 kpm. Pemeriksaan abdomen diketahui TFU 1 jari di atas symphysis, kontraksi baik, uterus keras. Vulva masih terdapat pengeluaran darah (*lochea serosa*) dalam batas normal, jahitan baik sudah kering. Penatalaksanaan yang dilakukan adalah menangani permasalahan kaki bengkak ibu dengan menyarankan untuk memperbanyak istirahat, mengurangi rasa tidak nyaman dapat direndam dengan air hangat, tidur dengan bagian kaki yang lebih tinggi, dan kaki tidak menggantung saat duduk, serta banyak minum air putih.

5. Asuhan kebidanan pada Keluarga Berencana (KB)

a. Asuhan pendampingan KB 1 (Kamis, 19 Maret 2026/ 16.00 WIB)

Pendampingan Keluarga Berencana (KB) yang pertama telah dilakukan sejak pertemuan kehamilan kedua saat ibu melakukan pengisian catatan menyambut persalinan di Buku KIA, akan tetapi ibu dan suami masih belum dapat menentukan pilihannya.

Hasil pemeriksaan keadaan umum dan tanda-tanda vital ibu dalam batas normal. Penatalaksanaan yang dilakukan adalah menyampaikan hasil pemeriksaan, memberikan konseling KB pasca salin pada Ibu dan suami, mengenai jenis-jenis KB, cara pemakaian, cara kerja dan efek sampingnya agar Ibu dapat segera menentukan KB yang akan digunakannya, serta memberikan dukungan ibu untuk pemberian ASI eksklusif yang dapat menjadi kontrasepsi sementara

yaitu MAL selama masa menyusui. Membantu memberikan rekomendasi KB yang cocok untuk Ibu yaitu IUD.

b. Asuhan pendampingan KB 2 (Jum'at, 3 April 2026/ pukul 16.00 WIB)

Evaluasi KB dilakukan pada saat kunjungan KF 3. Pada evaluasi ini diketahui hasil pemeriksaan ibu dalam batas normal dan Ibu mengatakan tidak ada keluhan pasca pemasangan IUD paska salin. Penatalaksanaan yang dilakukan diantaranya menyampaikan hasil pemeriksaan dan memberikan konseling terkait cara mengontrol benang IUD secara mandiri dan jadwal kontrol ulang.

B. Kajian Teori

1. Asuhan Berkesinambungan (*Continuity of Care*)

Continuity of care dalam kebidanan merupakan serangkaian kegiatan pelayanan berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, serta keluarga berencana.⁸ Kemenkes RI menyatakan bahwa Asuhan Kebidanan Berkelanjutan terdiri dari Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual diselenggarakan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara menyeluruh terpadu dan berkesinambungan. *Continuity of care* yang dilakukan oleh bidan pada umumnya berorientasi untuk meningkatkan kesinambungan pelayanan dalam suatu periode.

Continuity of care memiliki 3 jenis pelayanan yaitu manajemen, informasi dan hubungan. Kesinambungan manajemen melibatkan komunikasi antar perempuan dan bidan. Kesinambungan informasi menyangkut ketersediaan waktu yang relevan. Kedua hal tersebut penting untuk mengatur dan memberikan pelayanan kebidanan.⁸ Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan dari bidan hampir delapan kali lipat lebih besar untuk melakukan persalinan di bidan yang sama. Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan oleh bidan

melaporkan kepuasan lebih tinggi terkait informasi, saran, penjelasan, tempat persalinan, persiapan persalinan, pilihan untuk menghilangkan rasa sakit dan pengawasan oleh bidan. Penelitian di Denmark memiliki kesamaan hasil penelitian bahwa dengan *Continuity of care* mendapatkan pengalaman yang membaik, mengurangi morbiditas maternal, mengurangi penggunaan intervensi pada saat persalinan termasuk operasi Caesar, meningkatkan jumlah persalinan normal dibandingkan dengan perempuan yang merencanakan persalinan dengan tindakan. Hasil yang signifikan secara *continuity of care* secara *women center* meliputi dukungan, partisipasi dalam pengambilan keputusan, perhatian terhadap psikologis, kebutuhan dan harapan pada saat akan melahirkan, informasi dan menghargai perempuan.⁹

2. Kehamilan

a. Definisi

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterin mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan.¹⁰ Lamanya kehamilan normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 periode yaitu triwulan pertama dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan. Kehamilan melibatkan perubahan fisik maupun emosional dari ibu serta perubahan sosial dalam keluarga, pada umumnya kehamilan berkembang dengan normal dan menghasilkan kelahiran bayi sehat cukup bulan melalui jalan lahir namun kadang-kadang tidak sesuai dengan yang diharapkan.⁶

b. Perubahan anatomi dan fisiologis

1) Sistem reproduksi

a) Uterus

Pada kehamilan cukup bulan ketebalan dinding uterus awalnya 5 mm dan beratnya 2 ons menjadi lebih dari 2 pon. Kapasitas awal kurang dari 10 ml meningkat menjadi 5000 ml atau lebih.¹¹

Tabel 1. Tinggi Fundus Uteri Sesuai Usia Kehamilan

Tinggi Fundus Uteri	Usia Kehamilan
1/3 di atas simfisis	12 minggu
½ di atas simfisis – pusat	16 minggu
2/3 di atas simfisis	20 minggu
Setinggi pusat	22 minggu
1/3 di atas pusat	28 minggu
½ pusat – <i>prosesus xifoideus</i>	34 minggu
Setinggi <i>prosesus xifoideus</i>	36 minggu
Dua jari di bawah <i>prosesus Xifoideus</i>	40 minggu

Sumber: Manuaba dkk, 2010

Dalam memantau tumbuh kembang janin dengan mengukur Tinggi Fundus Uteri (TFU) dalam satuan sentimeter (cm) dengan alat pengukur metlin bahwa TFU sama dengan ± 2 cm dari usia kehamilan saat itu.¹²

b) Vagina dan vulva

Akibat peningkatan hormon estrogen, vagina dan vulva mengalami hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva berwarna tampak lebih cerah, agak kebiruan (livide).¹²

2) Mammae

Mammae akan membesar, tegang, memiliki unsur laktogenik, dan memengaruhi sejumlah perubahan metabolik akibat adanya hormon somatomamotropin korionik (*human placental lactogen*). Progesteron dan estrogen juga menstimulasi melanosit sehingga puting dan areola mammae menjadi gelap.

Pada kehamilan 12 minggu ke atas keluar cairan berwarna putih jernih dari puting yang disebut kolostrum.¹¹

3) Sistem Muskuloskeletal

Ligamen pelvis mengalami relaksasi dalam pengaruh relaksin dan esterogen, yang memungkinkan pelvis meningkat kemampuan mengakomodasi bagian presentasi selama kala akhir kehamilan dan persalinan. Simfisis pubis akan melebar dan sendi sakro-koksigeal menjadi longgar, memungkinkan koksigis tergeser. Perubahan ini menyebabkan rasa tidak nyaman di punggung bawah seperti nyeri punggung bawah, atau sekitar pinggang bagian belakang dan nyeri ligamen⁶

4) Traktus Urinaria

Pada akhir kehamilan, akan terjadi poliuria akibat kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul menekan kandung kemih dan disebabkan oleh adanya peningkatan sirkulasi darah di ginjal pada kehamilan, sehingga filtrasi di glomerulus juga meningkat.¹²

5) 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 sesuai kebutuhannya.¹³ 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 per minggu masingmasing 0,5 kg dan 0,3 kg.⁷

6) Sistem Integumen

Pigmentasi kulit dipengaruhi oleh meningkatnya *Melanophore Stimulating Hormone* (MSH) yang dikeluarkan oleh hipofisis anterior. Deposit pigmen ini dapat terjadi pada

muka yang disebut kloasma gravidarum, areola mammae, linea alba, linea nigra dan pada perut seperti retak-retak yang disebut *striae livide*.¹⁰

c. Faktor Risiko

Kehamilan dan persalinan selalu mempunyai risiko, dengan kemungkinan bahaya yang terjadi komplikasi dalam kehamilan, persalinan, dan nifas.¹⁴ Faktor risiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan risiko/bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan/ bayinya.¹⁵

Skrining kehamilan dilakukan dengan menggunakan skor Poedji Rohjati. Skor Poedji Rochjati dalam buku Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil merupakan cara untuk mendeteksi dini kehamilan berisiko. Skor Poedji Rochjati berfungsi sebagai alat komunikasi untuk edukasi kepada ibu hamil, suami maupun keluarga untuk kebutuhan pertolongan mendadak ataupun rujukan terencana dan sebagai alat pengingat bagi petugas kesehatan.¹⁵

1) Kelompok faktor risiko

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

a) Kelompok I

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

Tabel 2. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok I

No	Faktor Risiko (FR I)	Batasan Kondisi Ibu
1	Primi Muda	Terlalu muda, hamil pertama ≤ 16 tahun
2	Primi Tua	a. Terlalu tua, hamil pertama umur ≥ 35 tahun b. Terlalu lambat hamil, setelah kawin ≥ 4 tahun
3	Primi Tua Sekunder	Terlalu lama punya anak lagi, terkecil ≥ 10 tahun
4	Anak Terkecil < 2 tahun	Terlalu cepat punya anak lagi, terkecil ≥ 2 tahun
5	Grande Multi	Terlalu banyak punya anak, 4 atau lebih
6	Umur > 35 tahun	Terlalu tua, hamil umur 35 tahun atau lebih
7	Tinggi Badan < 145 cm	Terlalu pendek dengan ibu hamil pertama; hamil kedua atau lebih, tetapi belum pernah melahirkan normal/spontan dengan bayi cukup bulan dan hidup
8	Pernah gagal kehamilan	a. Hamil kedua, pertama gagal b. Hamil ketiga/lebih mengalami gagal (abortus, lahir mati) 2 kali
9	Pernah melahirkan dengan:	a. Pernah melahirkan dengan tarikan tang/vakum b. Pernah uri dikeluarkan oleh penolong dari dalam rahim c. Pernah diinfus/transfusi pada perdarahan pasca persalinan
10	Pernah Operasi Sesar	Pernah melahirkan bayi dengan operasi sesar sebelum kehamilan ini

b) Kelompok II

Ada Gawat Obstetrik (AGO), ada 8 faktor risiko yaitu tanda bahaya pada kehamilan, ada keluhan tetapi tidak darurat, diantaranya :

Tabel 3. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok II

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

8	Letak lintang	Rasa berat menunjukkan letak kepala janin di samping perut; kepala bayi dalam rahim terletak di sebelahh kanan atau kiri
---	---------------	---

c) Kelompok III

Ada Gawat Darurat Obstetrik (AGDO), ada 2 faktor risiko, ada ancaman nyawa ibu dan bayi :

Tabel 4. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok III

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

2) Cara pemberian skor

- Kondisi ibu hamil umur, paritas dan faktor risiko diberi nilai 2, 4 dan 8.
- Pada umur dan paritas diberi skor 2 sebagai skor awal.
- Tiap faktor risiko memiliki skor 4 kecuali pada letak sungsang, luka bekas sesar, letak lintang, perdarahan antepartum, dan preeklampsia berat/eclampsia diberi skor 8

3) Klasifikasi skor

- Kehamilan resiko rendah : Skor 2
- Kehamilan resiko tinggi : Skor 6-10
- Kehamilan resiko sangat tinggi : Skor ≥ 12

d. *Antenatal Care* (ANC)

Menurut Profil Kesehatan Indonesia, pelayanan kesehatan ibu hamil diwujudkan melalui pemberian pelayanan antenatal sekurang-kurangnya 6 kali selama masa kehamilan, dengan distribusi waktu minimal 2 kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan 3 kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24 minggu sampai persalinan).

Ibu hamil harus kontak dengan dokter minimal 2 kali, yaitu 1 kali di trimester ke-1 (K1) dan 1 kali di trimester ke-3 (K5). Pelayanan ANC oleh dokter termasuk pemeriksaan ultrasonografi (USG).¹⁶

Pelayanan antenatal yang dilakukan diupayakan memenuhi standar kualitas 10 T yaitu¹⁷ :

- 1) Pengukuran berat badan dan tinggi badan
- 2) Pengukuran tekanan darah
- 3) Pengukuran lingkar lengan atas (LiLA)
- 4) Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri)
- 5) Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin
- 6) Pemberian imunisasi sesuai dengan status imunisasi;
- 7) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 (sembilan puluh) tablet
- 8) Tes laboratorium
- 9) Tata laksana/penanganan kasus
- 10) Temu wicara (konseling) dan penilaian kesehatan jiwa.

Berdasarkan KMK Nomor 2015 Tahun 2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer, matriks pemeriksaan 10 T dan USG berdasarkan waktu kunjungan adalah sebagaimana berikut :

 Pemeriksaan dilakukan
  Pemeriksaan dilakukan sesuai indikasi
  Pemeriksaan tidak dilakukan

Pemeriksaan 10T saat ANC Plus USG	K1	K2	K3	K4	K5	K6
① Timbang Berat Badan dan Ukur Tinggi Badan						
② Ukur Tekanan Darah						
③ Ukur Lingkar Lengan Atas (LLA)						
④ Pemeriksaan Tinggi Fundus (penilaian usia/ besar janin)						
⑤ Tentukan Presentase dan Denyut Jantung Janin (DJJ)						
⑥ Pemberian Imunisasi Tetanus Toksoid (TT)						
⑦ Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD)						
⑧ Pemeriksaan Laboratorium (Termasuk status Anemia)						
⑨ Tata laksana kasus						
⑩ Temu Wicara/konseling						
⑪ USG Obstetri Dasar Terbatas						

Gambar 1. Matriks 10 T saat Pemeriksaan ANC Plus USG

Pelayanan antenatal sesuai standar dan secara terpadu sebagaimana dilakukan dengan prinsip :

- 1) Deteksi dini masalah penyakit dan penyulit atau komplikasi kehamilan
- 2) Stimulasi janin pada saat kehamilan
- 3) Persiapan persalinan yang bersih dan aman
- 4) Perencanaan dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi komplikasi
- 5) Melibatkan ibu hamil, suami, dan keluarga dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil dan menyiapkan persalinan dan kesiagaan jika terjadi penyulit atau komplikasi

3. Persalinan

a. Definisi

Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37–42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.¹² Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu yang dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhiri dengan kelahiran plasenta

b. Jenis – jenis persalinan

1) Persalinan normal

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin.⁷ Persalinan normal dimulai dengan kala I persalinan yang didefinisikan sebagai pemulaan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks yang progresif, dan diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan normal disebut juga sebagai persalinan spontan, yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri dan melalui jalan lahir.¹⁸

2) Persalinan buatan

Persalinan buatan adalah proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar, misalnya ekstraksi dengan forceps atau dilakukan operasi *section caesarea*.¹⁸

3) Persalinan anjuran

Persalinan anjuran adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan misalnya pemberian pitocin dan prostaglandin.¹⁸

c. Tujuan asuhan persalinan

Tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.¹⁹

d. Etiologi persalinan

Menurut Mochtar, sebab – sebab yang menimbulkan persalinan adalah :

1) Teori penurunan hormon

Pada saat 1- 2 minggu sebelum partus, mulai terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Progesteron

bekerja sebagai penenang otot – otot polos rahim. Karena itu, akan terjadi kekejangan pembuluh darah yang menimbulkan his jika progesterone turun

2) Teori plasenta menjadi tua

Penuaan plasenta akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron sehingga terjadinya kekejangan pembuluh darah. Hal tersebut akan menimbulkan kontraksi rahim

3) Teori iritasi mekanik

Dibelakang serviks, terletak ganglion cervixale (pleksus frankenhauser). Apabila ganglion tersebut digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus

4) Teori distensi Rahim

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot – otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi uteroplasenta

5) Induksi partus (*induction of labour*)

Partus dapat pula ditimbulkan dengan : gagang laminaria yang dimasukkan kanalis serviks dengan tujuan merangsang pleksus frankenhauser, amniotomi/ pemecahan ketuban, dan pemberian oksitosin.²⁰

e. Tanda dan gejala persalinan

Tanda-tanda permulaan persalinan yang terjadi beberapa minggu sebelum terjadi persalinan yaitu sebagai berikut :

1) *Lightening*

Lightening yang dimulai dirasa kira-kira dua minggu sebelum persalinan adalah penurunan bagian presentasi bayi ke dalam pelvis minor. Pada presentasi sefalik, kepala bayi biasanya menancap setelah *lightening*. Wanita sering menyebut *lightening* sebagai “kepala bayi sudah turun”. Hal-hal spesifik yang akan dialami ibu, yaitu :

- a) Ibu jadi sering berkemih karena kandung kemih ditekan sehingga ruang yang tersisa untuk ekspansi berkurang
- b) Perasaan tidak nyaman akibat tekanan panggul yang menyeluruh, yang membuat ibu merasa tidak enak dan timbul sensasi terus-menerus bahwa sesuatu perlu dikeluarkan atau ia perlu defekasi
- c) Kram pada tungkai, yang disebabkan oleh tekanan foramen iskiadikum mayor dan menuju ke tungkai
- d) Peningkatan statis vena yang menghasilkan edema dependen akibat tekanan bagian presentasi pada pelvis minor menghambat aliran balik darah dari ekstermitas bawah

2) Perubahan serviks

Mendekati persalinan, serviks semakin “matang”. Selama masa hamil, serviks dalam keadaan menutup, panjang dan lunak, saat memasuki persalinan, serviks masih lunak dengan konsistensi seperti pudding, dan mengalami sedikit penipisan (*effacement*) dan kemungkinan sedikit dilatasi. Evaluasi kematangan serviks akan tergantung pada individu wanita dan paritasnya – sebagai contoh, pada masa hamil. Serviks ibu multipara secara normal mengalami pembukaan 2 cm, sedangkan pada primigravida dalam kondisi normal serviks menutup. Perubahan serviks diduga terjadi akibat peningkatan intensitas kontraksi *Braxton Hicks*. Serviks menjadi matang selama periode yang berberda-beda sebelum persalinan. Kematangan serviks mengindikasikan kesiapannya untuk persalinan.

3) Ketuban pecah

Pada kondisi normal, ketuban pecah pada akhir kala I persalinan. Apabila terjadi sebelum awitan persalinan, kondisi ini disebut Ketuban Pecah Dini (KPD). Hal ini dialami oleh sekitar 12 % wanita hamil. Kurang lebih 80 % wanita yang mendekati

usia kehamilan cukup bulan dan mengalami KPD mulai mengalami persalinan spontan mereka pada waktu 24 jam.

4) *Bloody show*

Bloody show merupakan tanda persalinan yang akan terjadi, biasanya dalam 24 hingga 48 jam. Akan tetapi *bloody show* bukan merupakan tanda persalinan yang bermakna jika pemeriksaan vagina sudah dilakukan 48 jam sebelumnya karena rabas lendir yang bercampur darah selama waktu tersebut mungkin akibat trauma kecil terhadap, atau perusakan plak lendir saat pemeriksaan tersebut dilakukan.

5) Lonjakan energi

Terjadinya lonjakan energi ini belum dapat dijelaskan selain bahwa hal tersebut terjadi alamiah, yang memungkinkan wanita memperoleh energi yang diperlukan untuk menjalani persalinan. Wanita harus diinformasikan tentang kemungkinan lonjakan energi ini diarahkan untuk menahan diri menggunakannya dan justru menghemat untuk persalinan

Pada kondisi *inpartu* atau ketika ibu sudah memasuki persalinan, maka gejala yang akan timbul dan dirasakan adalah sebagai berikut :

- 1) Kekuatan dan rasa sakit oleh adanya his datang lebih kuat, sering dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek (frekuensi 3-4x dalam 10 menit dengan durasi 40 detik)
- 2) Keluar lendir bercampur darah melalui vagina karena adanya pembukaan pada serviks
- 3) Terkadang ketuban sudah pecah dengan sendirinya
- 4) Pada pemeriksaan dalam di jumpai perubahan serviks : perlunakannya, penipisan dan terjadinya pembukaan serviks.²¹

f. Faktor – faktor yang mempengaruhi persalinan

Keberhasilan proses persalinan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor ibu (*power, passage, psikologis*), faktor janin, plasenta

dan air ketuban (*passenger*), dan faktor penolong persalinan. Hal ini sangat penting, mengingat beberapa kasus kematian ibu dan bayi yang disebabkan oleh tidak terdeteksinya secara dini adanya salah satu dari faktor-faktor tersebut.²²

g. Tahapan Persalinan

Persalinan dibagi menjadi 4 tahap. Pada kala I serviks membuka dari 0 sampai 10 cm, disebut sebagai kala pembukaan. Kala II disebut juga dengan kala pengeluaran, oleh karena kekuatan his dan kekuatan mengejan, janin di dorong keluar sampai lahir. Dalam kala III atau disebut juga kala uri, plasenta terlepas dari dinding uterus dan dilahirkan. Kala IV mulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam kemudian. Dalam kala tersebut diobservasi apakah terjadi perdarahan post partum.²³ Tahapan persalinan dibagi menjadi 4 fase/ kala dengan penjelasan sebagai berikut :

1) Kala I

Persalinan kala I meliputi fase pembukaan 1-10 cm, yang di tandai dengan penipisan dan pembukaan serviks, kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit), cairan lendir bercampur darah (*show*) melalui vagina. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler serta kanalis servikalis karena pergeseran serviks mendatar dan terbuka.²¹ Kala pembugaan dibagi lagi menjadi 2 fase yaitu :

- a) Fase laten : Pembukaan serviks yang berlangsung lambat sampai pembukaan 3 cm, lamanya 7-8 jam
- b) Fase aktif : Berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 subfase yaitu periode akselerasi (berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm), periode dilatasi maksimal (*steady*) (selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm) dan periode *deselerasi* (berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm (lengkap))

2) Kala II

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Primipara berlangsung selama 2 jam dan pada multipara 1 jam. Diagnosis Kala II ditegakkan atas dasar pemeriksaan dalam yang menunjukkan Pembukaan serviks lengkap dan terlihat bagian kepala bayi pada introitus vagina.²¹ Kala II dimulai sejak pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi, gejala dan tanda pada kala II adalah ²² :

- a) Adanya pembukaan lengkap (tidak teraba lagi bibir portio), ini terjadi karena adanya dorongan bagian terbawah janin yang masuk kedalam dasar panggul karena kontraksi uterus yang kuat sehingga portio membuka secara perlahan.
- b) His yang lebih sering dan kuat ($\pm$ 2-3 menit 1 kali) dan timbul rasa mencedan, karena biasanya dalam hal ini bagian terbawah janin masuk ke dasar panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara refleksoris menimbulkan rasa mencedan.
- c) Adanya pengeluaran darah bercampur lendir, di sebabkan oleh adanya robekan serviks yang meregang
- d) Pecahnya kantung ketuban, karena kontraksi yang menyebabkan terjadinya perbedaan tekanan yang besar antara tekanan di dalam uterus dan diluar uterus sehingga kantung ketuban tidak dapat menahan tekanan isi uterus akhirnya kantung ketuban pecah.
- e) Anus membuka, karena bagian terbawah janin masuk ke dasar panggul sehingga menekan rectum dan rasa buang air besar, hal ini menyebabkan anus membuka.
- f) Vulva terbuka, perineum menonjol, karena bagian terbawah janin yang sudah masuk ke Pintu Bawah Panggul (PBP) dan

di tambah pula dengan adanya his serta kekuatan mengedan menyebabkan vulva terbuka dan perineum menonjol, karena perineum bersifat elastis.

- g) Bagian terdepan anak kelihatan pada vulva, karena labia membuka, perineum menonjol menyebabkan bagian terbawah janin terlihat di vulva, karena ada his dan tenaga mengedan menyebabkan bagian terbawah janin dapat dilahirkan.²²

Daya yang diperlukan untuk mengeluarkan janin pada saat Kala II berasal dari aktifitas otot uterus dan dari otot abdomen sekunder dan diafragma, yang memperkuat kontraksi sewaktu kepala janin melewati panggul.²²

3) Kala III

Setelah Kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Dengan lahirnya bayi, sudah mulai muncul pelepasan plasenta pada lapisan *nitabusch* karena sifat retraksi otot rahim. Tanda-tanda lepasnya plasenta sebagai berikut :

- a) Uterus menjadi kendur
- b) Uterus terdorong keatas karena plasenta di lepas ke segmen bawah rahim
- c) Tali pusat bertambah panjang
- d) Adanya semburan darah
- e) Terjadi pendarahan

Melahirkan plasenta dilakukan dengan mendorong ringan secara perlahan pada fundus uteri. Normalnya, plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir.²³

4) Kala IV

Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena pendarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang harus dilakukan pada Kala IV yaitu tingkat

kesadaran, tanda-tanda vital meliputi tekanan darah, nadi, suhu tubuh dan pernapasan, kontraksi uterus dan jumlah perdarahan, dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc. Semua asuhan dan temuan selama Kala IV persalinan didokumentasikan di halaman belakang partograf segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan.²³

h. 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal (APN)

Menurut JNPK-KR (2017) tahapan asuhan persalinan normal terdiri dari 60 langkah, yaitu^{24,25} :

- 1) Mendengar dan melihat tanda dan gejala kala II :
 - a) Ibu sudah merasa ada dorongan kuat dan meneran
 - b) Ibu sudah merasakan adanya tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina
 - c) Perineum tampak menonjol
 - d) Vulva dan sfinger ani membuka
- 2) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan, dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir. Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi siapkan :
 - a) Tempat datar, rata, bersih, kering, dan hangat
 - b) Tiga handuk/kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi)
 - c) Alat penghisap lendir
 - d) Lampu sorot 60watt dengan jarak 60cm dari tubuh bayi
 Untuk ibu :
 - a) Kain, handuk, dan baju ibu
 - b) Menyiapkan oksitosin 10 unit
 - c) Alat suntik steril sekali pakai dalam partus set
- 3) Pakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci

tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

- 4) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam
- 5) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau Steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)
- 6) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari anterior (depan) ke posterior (belakang) menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi dengan DTT
 - a) Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang
 - b) Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi dalam wadah yang tersedia
 - c) Jika terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam larutan klorin 0,5%
- 7) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amnitotomi.
- 8) Dekontaminasi sarung tangan (celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam klorin 0,5% selama 10 menit). Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
- 9) Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal (120 – 160x/menit). Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, semua temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan ke

dalam partograf. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran

- 10) Beritahukan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, kemudian bantu ibu menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
 - a) Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan dan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada
 - b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu dan meneran secara benar
- 11) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Pada kondisi itu, ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.
- 12) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat :
 - a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif
 - b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai
 - c) Bantu ibu mengambil posisi nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama)
 - d) Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi
 - e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu
 - f) Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum)
 - g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai
 - h) Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran ≥ 120

menit (2jam) pada primigravida atau ≥ 60 menit (1jam) pada multigravida.

- 13) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit
- 14) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
- 15) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu
- 16) Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan
- 17) Pakai sarung tangan DTT/Steril pada kedua tangan
- 18) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran secara efektif atau bernafas cepat dan dangkal
- 19) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi), segera lanjutkan proses kelahiran bayi. Perhatikan:
 - a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi
 - b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat di antara dua klem tersebut
- 20) Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan
- 21) Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan

lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang

- 22) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah untuk menopang kepala dan bahu. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas
- 23) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk).
- 24) Lakukan penilaian (selintas):
 - a) Apakah bayi cukup bulan?
 - b) Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernapas tanpa kesulitan?
 - c) Apakah bayi bergerak dengan aktif? Bila salah satu jawaban “TIDAK” lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia Bila semua jawaban “YA” lanjut kelangkah selanjutnya
- 25) Keringkan tubuh bayi Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu
- 26) Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemelli)
- 27) Beritahu ibu bahwa ibu akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik

- 28) Dalam waktu satu menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit (intramuskuler) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntik oksitosin)
- 29) Setelah 2 menit sejak bayi (cukup bulan) lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusat bayi. Gunakan jari telunjuk dan jari tengah tangan lain untuk mendorong isi tali pusat ke arah ke arah ibu dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama
- 30) Pemotongan dan pengikatan tali pusat
 - a) Pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut
 - b) Ikat tali pusat dengan benang DTT/Steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya
 - c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan
- 31) Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau areola mammae ibu
 - a) Selimuti ibu-bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi
 - b) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam
 - c) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusui untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara

- d) Biarkan bayi di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu
- 32) Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
- 33) Letakkan satu tangan di atas kain pada perut bawah ibu (di atas simfisis) untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat
- 34) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan ang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi kembali prosedur di atas. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu
- 35) Bila pada penekanan bagian bawah dinding depan uterus ke arah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah kranial hingga plasenta dapat dilahirkan
 - a) Ibu boleh meneran tetapi tali pusatnya hanya ditegangkan (jangan ditarik secara kuat terutama jika uterus tak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (ke arah bawahsejajar-lantai-atas)
 - b) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta
 - c) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat
- 36) kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput

kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem ovum DTT/steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal

- 37) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus terasa keras). Lakukan tindakan yang diperlukan (Kompresi Bimanual Internal, kompresi Aorta Abdominalis, Tampon Kondom-Kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah ransangan taktil/masase
- 38) Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus
- 39) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi yang luas dan menimbulkan pendarahan
- 40) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi pendarahan pervaginam
- 41) Pastikan kantung kemih kosong
- 42) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, bilas dengan air DTT tanpa melepas sarung tangan dan keringkan dengan tissue atau handuk
- 43) Membungkus kembali bayi dan berikan bayi pada ibu untuk disusui
- 44) Ajarkan ibu/ keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
- 45) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
- 46) Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik
- 47) Pantau keadaan bayidan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/ menit)

- a) Jika bayi sulit bernapas, merintih, atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit
 - b) Jika bayi napas terlalu cepat atau sesak napas, segera rujuk ke RS Rujukan
 - c) Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibubayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut
- 48) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi
- 49) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
- 50) Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DDT. Bersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah di ranjang atau disekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
- 51) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya
- 52) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
- 53) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
- 54) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering
- 55) Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi
- 56) Dalam satu jam pertama, beri salep/tetes mata profilaksis infeksi, vitamin K1 1 mg IM di paha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik

bayi baru lahir, pernapasan bayi (normal 40-60 kali/menit) dan temperatur tubuh (normal 36,5-37,5°C) setiap 15 menit

57) Setelah satu jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan

58) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit

59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering

60) Lengkapi partograf (halaman depan belakang), periksa tanda vital dan pemantauan Kala IV Persalinan

Dalam penatalaksanaan persalinan mulai dari Kala I sampai dengan Kala IV harus selalu menerapkan lima aspek dasar atau lima benang merah, yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman diantaranya membuat keputusan klinik, asuhan sayang ibu dan bayi, pencegahan infeksi, pencatatan (rekam medik) asuhan persalinan, dan rujukan.²⁴

4. Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Bayi baru lahir atau neonatus adalah masa kehidupan (0–28 hari), dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menuju luar rahim dan terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem.²⁵ Bayi hingga umur kurang satu bulan merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi dan berbagai masalah kesehatan bisa muncul, sehingga tanpa penanganan yang tepat bisa berakibat fatal.²⁶

Bayi baru lahir (BBL) normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37- 42 minggu atau 294 hari dan berat badan lahir 2500

gram sampai dengan 4000 gram, bayi baru lahir (*newborn* atau *neonatus*) adalah bayi yang baru dilahirkan sampai dengan usia empat minggu. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500gram sampai 4000 gram.²⁵

Bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai *Appearance Color, Pulse, Gremace, Activity, Respiration* (APGAR) > 7 dan tanpa cacat bawaan.²⁷ Lingkaran kepala bayi baru lahir yang normal adalah 34–35 cm, dimana ukuran lingkaran kepala mempunyai hubungan dengan perkembangan bayi yaitu pertumbuhan lingkaran kepala umumnya mengikuti pertumbuhan otak, sehingga bila ada hambatan/gangguan pada pertumbuhan lingkaran kepala, pertumbuhan otak juga biasanya terhambat.²⁸

b. Klasifikasi

Bayi baru lahir atau neonatus di bagi dalam beberapa kasifikasi yaitu ²⁷:

- 1) Neonatus menurut masa gestasinya
 - a) Kurang bulan (*preterm infant*) : < 259 hari (37 minggu)
 - b) Cukup bulan (*term infant*) : 259-294 hari (37-42 minggu)
 - c) Lebih bulan (*postterm infant*) : > 294 hari (42 minggu atau lebih)
- 2) Neonatus menurut berat badan lahir
 - a) Berat lahir rendah : < 2500 gram
 - b) Berat lahir cukup : 2500-4000 gram
 - c) Berat lahir lebih : > 4000 gram

- 3) Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan)
 - a) Neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
 - b) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)
- c. Ciri – ciri Bayi Baru Lahir Normal

Ciri-ciri bayi baru lahir normal adalah sebagai berikut²⁷ :

 - 1) BB : 2500-4000 gram
 - 2) PB : 47-52 cm
 - 3) LD : 30-38 cm
 - 4) LK : 33-35 cm
 - 5) Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180x/menit, kemudian menurun sampai 120-160x/menit.
 - 6) Pernafasan pada menit-menit pertama kira-kira 80x/menit, kemudian menurun setelah tenang kira-kira 40x/menit-60x/menit
 - 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup terbentuk dan diliputi *vernix caseosa*
 - 8) Kuku panjang dan lemas
 - 9) Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna
 - 10) Genitalia : *labia mayora* sudah menutupi *labia minora* (pada perempuan), testis sudah turun (pada laki-laki) dan skrotum sudah ada
 - 11) *Sucking reflex* hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
 - 12) *Moro reflex* sudah baik ditandai bila bayi dikagetkan akan memperlihatkan gerakan seperti memeluk
 - 13) *Grasping reflex* sudah baik ditandai apabila diletakkan suatu benda diatas telapak tangan, bayi akan menggengam / adanya gerakan refleks

- 14) *Rooting reflex*/mencari puting susu dengan rangsangan tektil pada pipi dan daerah mulut sudah terbentuk dengan baik
- 15) Eliminasi baik : urine dan mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan

d. Penatalaksanaan pada Bayi Baru Lahir

1) Perawatan tali pusat

Perawatan tali pusat yang benar dapat mengurangi insiden infeksi pada bayi baru lahir. Yang terpenting dalam perawatan tali pusat adalah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih

2) Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan pemberian nutrisi

Segera setelah dilahirkan bayi diletakkan di dada atau perut atas ibu selama paling sedikit satu jam untuk memberi kesempatan pada bayi untuk mencari dan menemukan puting ibunya. Manfaat IMD adalah membantu stabilisasi pernafasan, mengendalikan suhu tubuh, menjaga kolonisasi kuman yang aman, dan mencegah infeksi nosokomial

3) Pencegahan hipotermi

Pada waktu bayi baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat

4) Pemberian Injeksi Vitamin K

Pemberian vitamin K dapat menurunkan insiden kejadian perdarahan akibat defisiensi vitamin K1 (PDVK) yang dapat menyebabkan kematian neonatus. Dosis pemberian vit 0,5-1 mg secara IM

5) Pemberian Salep Mata

Pemberian antibiotik profilaksis pada mata dapat mencegah terjadinya konjungtivitis. Konjungtivitis pada bayi baru lahir sering terjadi terutama pada bayi dengan ibu yang menderita

penyakit menular seksual. Konjungtivitis ini muncul pada 2 minggu pertama setelah kelahiran. Profilaksis mata yang sering digunakan yaitu tetes mata silver nitrat 1%, salep mata eritromisin, dan salep mata tetrasiklin.

6) Imunisasi Hb0

Imunisasi Hepatitis B pertama diberikan 1-2 jam setelah pemberian Vitamin K1 secara intramuskular. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi.⁷

5. Neonatus

a. Definisi

Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 28 hari. Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 8-28 hari.²⁹

b. Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu Kunjungan neonatal I (KN1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir, Kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari, dan Kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8 – 28 hari. Asuhan bayi baru lahir pada 0 – 6 jam yaitu asuhan bayi baru lahir normal, dilaksanakan segera setelah lahir, dan diletakkan di dekat ibunya dalam ruangan yang sama.³⁰

Pemeriksaan neonatus dilaksanakan di dekat ibu, bayi didampingi ibu atau keluarga pada saat diperiksa atau saat diberikan pelayanan kesehatan. Pada setiap kunjungan neonatus dilakukan pemeriksaan antropometri seperti berat badan, panjang badan, lingkar kepala, dan suhu bayi. Bayi yang disusui dapat meningkat berat badannya sedikit kurang 1 ons (100 gram) per hari.¹¹

Standar pelayanan kunjungan neonatal terdapat di dalam Buku KIA. Tertera penatalaksanaan yang harus dilakukan pada setiap

kunjungan neonatal baik dari BBL, KN 1, KN 2, maupun KN 3 sesuai dalam gambar sebagai berikut :

Bayi baru lahir 0-28 hari	0 - 6 jam Tgl, bin: Tempat:	KN 1 (6 - 48 jam) Tgl, bin: Tempat:	KN 2 (3-7 hari) Tgl, bin: Tempat:	KN 3 (8-28 hari) Tgl, bin: Tempat:
Perawatan Tali Pusat				
IMD				
Vitamin K1				
Imunisasi Hepatitis B				
Salep/tetes mata antibiotik				
Skrining BBL/SHK				
KIE				
PPIA				

Gambar 2. Standar Pelayanan Kunjungan Neonatal di Buku KIA

c. Kebutuhan dasar Neonatus

1) Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua energy berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6. Kebutuhan energy bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energy sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari.

2) Eliminasi

Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa.³¹ Feses pertama ini berwarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ketiga hingga ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan. Urin pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama dan setelahnya dengan frekuensi yang semakin sering seiring meningkatnya asupan cairan. Urin encer, berwarna kuning dan tidak berbau.⁷

3) Istirahat dan tidur

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, paling sering blog waktu 45 menit sampai 2 jam. Bayi dapat menangis setidaknya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari

4) *Personal Hygiene*

Bayi dimandikan ditunda sampai setidaknya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mongering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urin dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah.

5) Aktivitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir , kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut.³² Bayi dapat menangis setidaknya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari, bergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah, suhu ekstrim, dan stimulasi berlebihan.³³

6. Masa Nifas/ Puerperium

a. Definisi

Masa nifas merupakan masa selama persalinan dan segera setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali keadaan tidak hamil yang normal. Masa

nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu. Masa nifas atau purpurium dimulai sejak 1 jam setelah lahir plasenta sampai dengan 6 minggu (42hari).³⁴

b. Tujuan asuhan masa nifas

Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Diperkirakan 60% kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan dan 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama.³⁵ Selain itu, asuhan selama periode nifas perlu mendapat perhatian karena sekitar 60% Angka Kematian Ibu terjadi pada periode ini. Perdarahan merupakan penyebab utama kesakitan dan kematian ibu pada masa nifas, dimana 50%-60% karena kegagalan uterus berkontraksi secara sempurna.

Pada masa nifas terjadi perubahan-perubahan fisik maupun psikis berupa organ reproduksi, terjadinya proses laktasi, terbentuknya hubungan antara orang tua dan bayi dengan memberi dukungan. Atas dasar tersebut perlu dilakukan suatu pendekatan antara ibu dan keluarga dalam manajemen kebidanan. Adapun tujuan dari pemberian asuhan masa nifas adalah :

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis
- 2) Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat
- 4) Memberikan pelayanan keluarga berencana
- 5) Mendapatkan kesehatan emosional

Kegiatan yang dilakukan pada pelayanan kesehatan ibu nifas antara lain ³⁶:

- 1) Menanyakan kondisi ibu nifas secara umum.
- 2) Melakukan pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu.
- 3) Melakukan pemeriksaan tinggi fundus uteri
- 4) Melakukan pemeriksaan lochea dan perdarahan
- 5) Melakukan pemeriksaan jalan lahir
- 6) Melakukan pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif
- 7) Memberikan kapsul vitamin A
- 8) Memberikan pelayanan kontrasepsi pasca-persalinan
- 9) Melakukan konseling atau pendidikan kesehatan (*health education*)
- 10) Memberikan nasihat kepada ibu nifas seperti memenuhi kebutuhan nutrisi, menjaga kebersihan diri, mempelajari cara merawat bayi, dll
- 11) Penanganan pada ibu nifas sakit atau risiko tinggi dan atau mengalami komplikasi pada masa nifas

c. Klasifikasi Masa Nifas

- 1) Puerperium Dini (*immediate puerperium*): waktu 0 sampai 24 jam post partum yaitu kepulihan dimana Ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan, serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya
- 2) Puerperium Intermedial (*early puerperium*) : waktu sampai 7 hari post partum yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6 sampai 8 Minggu
- 3) Remote Puerperium (*later puerperium*) : waktu 1 sampai 6 minggu postpartum yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna

d. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

- 1) Sistem reproduksi
 - a) Uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil. Setelah persalinan, kondisi tubuh ibu secara anatomi akan mengalami perubahan, salah satunya adalah kembalinya rahim pada ukuran semula. Proses ini disebut dengan involusi uterus. Ketika involusi berlangsung, pada tempat implanasi plasenta ditemukan banyak pembuluh darah yang terbuka sehingga resiko perdarahan postpartum sangat besar. Bekas luka perlekatan plasenta membutuhkan waktu 8 minggu untuk sembuh sepenuhnya. Selama 1 sampai 2 jam pertama postpartum intensitas kontraksi uterus dapat berkurang dan menjadi teratur.³⁷

b) Lochea

Lohea berasal dari bahasa Latin, yang digunakan untuk menggambarkan perdarahan pervaginam setelah persalinan. Lochea adalah cairan secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas.

Tabel 5. Jenis-jenis Lochea

Jenis Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
<i>Rubra</i> (<i>cruenta</i>)	1-3 hari	Merah	Berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo dan meconium
<i>Sanguinolenta</i>	3-7 hari	Merah kekuningan	Berisi darah dan lendir
<i>Serosa</i>	7-14 hari	Merah jambu kemudian kuning	Cairan serum, jaringan desidua, leukosit, dan eritrosit

<i>Alba</i>	2-6 minggu	Putih	Cairan berwarna putih seperti krim terdiri dari leukosit dan sel-sel desidua
-------------	------------	-------	--

Selain lochea diatas, ada jenis lochea yang tidak normal yaitu *Lochea purulenta*, terjadi karena adanya infeksi. Biasanya ditandai dengan keluar cairan seperti nanah berbau busuk dan *locheastasis*, lochea yang pengeluarannya tidak lancar.

c) Serviks

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi lahir, tangan pemeriksa masih dapat dimasukkan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk. Namun demikian, selesai involusi, ostium eksternum tidak sama seperti sebelum hamil.³⁸

d) Vulva, vagina dan perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol. Perubahan pada perineum postpartum terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat

terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada masa nifas dengan latihan atau senam nifas.³⁹ Robekan perineum umumnya terjadi di garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin melewati pintu bawah panggul dengan ukuran yang lebih besar. Dalam penyembuhan luka memiliki fase-fase pada keluhan yang dirasakan ibu pada hari pertama sampai hari ke-3 ini merupakan fase inflamasi, dimana pada fase ini ibu akan merasakan nyeri pada luka jahitan di perineum, hal ini akan terjadi sampai 4 hari postpartum.⁴⁰

e) Payudara

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis, yaitu produksi susu dan sekresi susu (*let down*). Selama sembilan bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi untuk menghambat kelenjar *pituitary* akan mengeluarkan prolaktin (hormon laktogenik). Ketika bayi menghisap puting, reflek saraf merangsang *lobus posterior pituitary* untuk menyekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang reflek *let down* (mengalirkan), sehingga menyebabkan ejeksi ASI melalui *sinus aktiferus* payudara ke duktus yang terdapat pada puting. Ketika ASI dialirkan karena isapan bayi atau dengan dipompa sel-sel acini terangsang untuk menghasilkan ASI lebih banyak.⁴¹

2) Sistem Kardiovaskular

Perubahan volume darah bergantung pada beberapa faktor, misalnya kehilangan darah selama melahirkan dan mobilisasi, serta pengeluaran cairan ekstrasvaskular (edema fisiologis). Kehilangan darah merupakan akibat penurunan volume darah total yang cepat, tetapi terbatas. Setelah itu terjadi perpindahan normal cairan tubuh yang menyebabkan volume darah menurun dengan lambat. Pada minggu ke-3 dan ke-4 setelah bayi lahir, volume darah biasanya menurun sampai mencapai volume darah sebelum hamil.⁴² Pada persalinan pervaginam, ibu kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Pada persalinan dengan tindakan SC, maka kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan pada sistem kardiovaskuler terdiri atas volume darah (*blood volume*) dan hematokrit (*haemoconcentration*). Pada persalinan pervaginam, hematokrit akan naik sedangkan pada persalinan dengan SC, hematokrit cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu postpartum.⁴²

3) Sistem hematologi

Selama persalinan normal dan masa postpartum terjadi kehilangan darah sekitar 250-500 ml. penurunan volume dan peningkatan sel darah merah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke-3 sampai 7 postpartum dan akan kembali normal dalam 4 sampai 5 minggu postpartum.⁴³

4) Sistem pencernaan

Sistem pencernaan selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan memperlambat kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun

demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal.⁴⁴

5) Sistem perkemihan

Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12–36 jam sesudah melahirkan.⁴²

e. Perubahan Psikologi Nifas

Periode kehamilan, persalinan, dan pascanatal merupakan masa terjadinya stress yang hebat, kecemasan, gangguan emosi, dan penyesuaian diri. Periode postpartum menyebabkan stress emosional terhadap ibu baru, bahkan lebih menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang hebat. Dalam menjalani adaptasi psikososial menurut Rubin setelah melahirkan, ibu akan melalui fase-fase sebagai berikut³⁷ :

1) Masa *Taking In*

Masa ini terjadi 1-3 hari pasca-persalinan, ibu yang baru melahirkan akan bersikap pasif dan sangat tergantung pada dirinya (trauma), segala energinya difokuskan pada kekhawatiran tentang badannya. Dia akan bercerita tentang persalinannya secara berulang-ulang

2) Masa *Taking On*

Masa ini terjadi 3-10 hari pasca-persalinan, ibu menjadi khawatir tentang kemampuannya merawat bayi dan menerima tanggung jawabnya sebagai ibu dalam merawat bayi semakin besar. Perasaan yang sangat sensitive sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati

3) Masa *Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu mengambil langsung tanggung jawab dalam merawat bayinya, dia harus menyesuaikan diri dengan tuntutan ketergantungan

bayinya dan terhadap interaksi social. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

f. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Kebijakan program nasional yang telah dibuat oleh pemerintah mengenai masa nifas merekomendasikan paling sedikit empat kali melakukan kunjungan pada masa nifas⁴⁵, dengan tujuan untuk:

- a) Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi
- b) Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya
- c) Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas
- d) Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya

Tabel 6. Waktu dan Bentuk Kunjungan Masa Nifas

Kunj Nifas	Waktu	Asuhan
I	6-48 jam post partum	1. Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri 2. Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut 3. Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri 4. Pemberian ASI awal 5. Mengajarkan cara memperlambat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir 6. Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi 7. Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah

			kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik
II	3-7 hari post partum	1. Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan 3. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup 4. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan 5. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui 6. Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir	
III	8-28 hari post partum	1. Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan 3. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup 4. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan 5. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui 6. Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir	
IV	29-42 hari post partum	1. Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas 2. Memberikan konseling KB secara dini	

g. Tanda bahaya masa nifas

Tanda-tanda bahaya masa nifas adalah sebagai berikut :

- 1) Perdarahan pervaginam yang luar biasa atau tiba-tiba bertambah banyak (lebih dari perdarahan haid biasa atau bila memerlukan pergantian pembalut-pembalut 2 kali dalam setengah jam
- 2) Pengeluaran cairan vagina yang berbau busuk
- 3) Rasa sakit dibagian bawah abdomen atau punggung
- 4) Sakit kepala yang terus menerus, nyeri ulu hati, atau masalah penglihatan
- 5) Pembengkakan diwajah atau ditangan.
- 6) Demam, muntah, rasa sakit sewaktu BAK atau jika merasa tidak enak badan
- 7) Payudara yang bertambah atau berubah menjadi merah panas dan atau terasa sakit
- 8) Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama
- 9) Rasa sakit merah, lunak dan atau pembengkakan dikaki
- 10) Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya atau dirinya sendiri
- 11) Merasa sangat letih dan nafas terengah-engah

h. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

Kebutuhan-kebutuhan yang dibutuhkan ibu nifas antara lain sebagai berikut :

1) Nutrisi dan cairan

Nutrisi yang di konsumsi harus bermutu tinggi, bergizi dan cukup kalori. Kalori bagus untuk proses metabolisme tubuh, kerja organ tubuh, proses pembentukan asi. Wanita dewasa memerlukan 2.200 kalori, ibu menyusui memerlukan kalori pada 6 bulan pertama kemudian + 500 kalori bulan selanjutnya. Sedangkan Fungsi cairan sebagai pelarut zat gizi dalam proses

metabolisme tubuh, minumlah cairan cukup untuk membuat tubuh ibu tidak dehidrasi. Asupan tablet tambah darah dan zat besi diberikan sampai 40 hari postpartum, minum kapsul Vit A (200.000 unit)⁴⁶. Pemenuhan gizi ibu menyusui antara lain⁴⁷:

- a) Mengonsumsi tambahan kalori tiap hari sebanyak 500 kalori
- b) Makan diet seimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup
- c) Minum sedikitnya 3 liter setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui)
- d) Pil zat besi harus di minum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin
- e) Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI nya

2) Ambulasi

Persalinan merupakan proses yang melelahkan, itulah mengapa ibu disarankan tidak langsung turun ranjang setelah melahirkan karena dapat menyebabkan jatuh pingsan akibat sirkulasi darah yang belum berjalan baik pada persalinan normal jika gerakannya tidak terhalang oleh pemasangan infuse atau kateter dan tanda-tanda vitalnya memuaskan biasanya ibu diperbolehkan pergi ke wc dengan dibantu satu atau dua jam setelah melahirkan secara normal.⁴⁸

3) Eliminasi

Buang air kecil (BAK) dalam 6 jam pertama post partum, ibu sudah harus dapat buang air kecil, karena semakin lama urine tertahan dalam kandung kemih maka dapat mengakibatkan kesulitan pada organ perkemihan, misalnya infeksi. Sedangkan buang air besar (BAB) dalam 24 jam pertama ibu setelah melahirkan sudah harus dapat buang air besar karena semakin

lama feses tertahan dalam usus maka akan semakin sulit baginya untuk buang air besar secara lancar karena feses yang tertahan dalam usus semakin lama akan mengeras karena cairan yang terkandung dalam feses akan selalu terserap dalam usus.⁴⁸

4) Kebersihan diri

a) *Personal Hygiene*

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu. Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri dengan cara mandi yang teratur minimal 2 kali sehari. Bagian-bagian paling utama di bersihkan adalah putting susu dan daerah payudara lainnya.

b) Perineum

Menganjurkan ibu merawat perineum atau alat genetaliaanya dengan baik dengan menggunakan antiseptik dan selalu diingat bahwa membersihkan perineum dari arah depan kearah belakang.⁴⁹ Menyarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya 2 kali sehari, rajin mencuci tangan dengan sabun dan air yang mengalir, sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminya.

5) Kebutuhan Istirahat yang Cukup

Setelah melahirkan ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari anjurkan ibu untuk mencegah kelelahan yang berlebihan⁵⁰.

6) Seksualitas

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jnya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya dan

agama yang melarang hubungan seksual sampai masa waktu tertentu, misalnya 40 hari atau 6 minggu setelah kelahiran

7) Latihan /Senam Nifas

Senam nifas adalah senam yang dilakukan ibu-ibu setelah melahirkan setelah keadaan tubuhnya pulih kembali. Untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal, sebaiknya latihan masa nifas dilakukan

7. Keluarga Berencana (KB)

a. Definisi

Program Keluarga Berencana atau KB memungkinkan pasangan dan individu untuk memutuskan secara bebas dan bertanggungjawab jumlah anak dan jarak umur antar anak (*spacing*) yang mereka inginkan, cara untuk mencapainya, serta menjamin tersedianya informasi dan berbagai metode yang aman dan efektif.⁵¹ Berdasarkan UU No 52 Tahun 2009, Keluarga Berencana adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan umur ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas.⁵²

b. Sasaran Program KB

Sasaran Keluarga Berencana dibagi menjadi dua yaitu sasaran secara langsung dan sasaran tidak langsung. Adapun sasaran secara langsung adalah Pasangan Umur Subur (PUS) yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan. Sedangkan untuk sasaran tidak langsungnya adalah pelaksana dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran hidup melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera.⁵¹

c. Fase dalam Penggunaan Kontrasepsi pada Program KB

1) Fase menunda/ mencegah kehamilan

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

2) Fase menjarangkan kehamilan

Periode umur istri antara 20-35 tahun merupakan periode umur paling baik untuk melahirkan dengan jumlah anak 2 orang dan jarak kelahiran adalah 2-4 tahun. Adapun ciri-ciri kontrasepsi yang sesuai pada fase ini adalah efektivitas cukup tinggi; reversibilitas cukup tinggi karena akseptor masih mengharapkan punya anak lagi; dapat dipakai 2-4 tahun yaitu sesuai dengan jarak kehamilan yang disarankan; tidak menghambat ASI, karena ASI merupakan makanan terbaik untuk anak sampai umur 2 tahun dan akan mempengaruhi angka kesakitan serta kematian anak. Alat kontrasepsi yang direkomendasikan pada fase ini adalah IUD, suntik, pil, implant, dan kontrasepsi sederhana.

3) Fase menghentikan/ mengakhiri kehamilan

Periode istri berumur lebih dari 35 tahun sangat dianjurkan untuk mengakhiri kesuburan setelah mempunyai anak lebih dari 2 orang dengan alasan medis yaitu akan timbul berbagai komplikasi pada masa kehamilan maupun persalinannya. Adapun syarat kontrasepsi yang disarankan digunakan pada fase ini

adalah efektivitas sangat tinggi karena kegagalan menyebabkan terjadinya kehamilan dengan risiko tinggi bagi ibu maupun bayi, terlebih lagi akseptor tidak mengharapkan punya anak lagi; dapat dipakai untuk jangka panjang; tidak menambah kelainan yang sudah/ mungkin ada karena pada masa umur ini risiko terjadi kelainan seperti penyakit jantung, hipertensi, keganasan dan metabolik meningkat. Alat kontrasepsi yang direkomendasikan pada fase ini berturut-turut adalah kontrasepsi mantap, IUD, implant, suntikan, sederhana, dan pil.⁵³

d. Jenis-jenis Metode KB

1) Kontrasepsi Alamiah

a) Senggama Terputus

Senggama terputus adalah mengeluarkan kemaluan pria dari alat kelamin wanita menjelang ejakulasi. Dengan cara ini diharapkan cairan sperma tidak akan masuk ke dalam rahim serta mengecilkan kemungkinan bertemunya sel telur yang dapat mengakibatkan terjadinya pembuahan.

b) Pantang Berkala

Pantang berkala adalah tidak melakukan hubungan seksual saat istri sedang dalam masa subur. Sistem ini berdasarkan pada siklus haid atau menstruasi wanita. Masa subur tidak selalu terjadi tepat 14 hari sebelum menstruasi, tetapi dapat terjadi antara 12 atau 16 hari sebelum menstruasi berikutnya.

c) Metode Lendir Serviks

Metode lendir servik adalah metode kontrasepsi dengan melihat lendir dalam vagina untuk mengetahui masa subur pada seorang wanita, dilakukan pada pagi hari segera setelah bangun tidur dan sebelum melakukan aktifitas lainnya

2) Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana dapat dilakukan dengan menggunakan kondom. Kondom adalah selubung atau sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (*vynil*) atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan. Cara kerja kondom adalah mencegah sperma masuk ke saluran reproduksi wanita serta sebagai pelindung terhadap infeksi atau transmisi mikro organisme penyebab Penyakit Menular Seksual (PMS).

Pemakaian kontrasepsi kondom akan efektif apabila dipakai secara benar setiap kali berhubungan seksual. Pemakaian kondom yang tidak konsisten membuat tidak efektif. Angka kegagalan kontrasepsi kondom sangat sedikit yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun.

3) Kontrasepsi Suntik

Kontrasepsi suntik merupakan alat kontrasepsi berupa cairan yang disuntikan ke dalam tubuh wanita secara periodik dan mengandung hormonal, kemudian masuk ke dalam pembuluh darah diserap sedikit demi sedikit oleh tubuh yang berguna untuk mencegah timbulnya kehamilan. Terdapat dua jenis kontrasepsi suntik berdasarkan isinya, yaitu :

- a) Suntikan Kombinasi : Suntik kombinasi yang berisi kombinasi antara progestin dan estrogen yaitu, 25 mg depo *medroksiprogesteron asetat* dan *estradiol sipionat* (cyclofem) disuntikkan IM dalam sebulan sekali dan 50 mg *noretindron anantat* dan 5 mg *estradiol* disuntikkan IM dalam sebulan sekali.⁵¹
- b) Suntikan Progestin : Suntikan progestin merupakan jenis suntikan yang mengandung sintesa progestin. Terdapat dua jenis, yaitu *Depoprovera*, mengandung 150 mg *Depo*

Medroxi Progesterone Asetat yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik IM, dan *Depo Noristerat*, mengandung 200mg *Noretindron Enantat*, yang diberikan setiap 2 bulan secara IM.⁵¹

4) Kontrasepsi Pil

Kontrasepsi oral (Pil) adalah cara kontrasepsi untuk wanita yang berbentuk pil di dalam stiap yang berisi gabungan dari hormon estrogen dan progesteron atau hanya terdiri dari hormoneprogesteron saja. Cara kerjanya menekan ovulasi, mencegah implantasi, mengentalkan lendir servik

5) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Intra Uterine Device (IUD) atau alat kontrasepsi dalam rahim merupakan alat kontrasepsi berbentuk huruf T, kecil, berupa kerangka dari plastik yang fleksibel yang diselubungi kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu), sangat efektif, reversible, dan berjangka panjang (dapat sampai 10 tahun : CuT.380 A.

IUD merupakan alat kontrasepsi yang sangat efektif. Dari 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama terdapat 1 kegagalan dalam 125 – 170 kehamilan. Efektivitas IUD bergantung pada ukuran, bentuk, dan kandungan bahan dalam IUD.

AKDR akan berada dalam uterus, bekerja terutama mencegah terjadinya pembuahan (fertilisasi) dengan menghalangi bersatunya ovum dengan sperma, mengurangi jumlah sperma yang mencapai tuba falopi dan menginaktivasi sperma.⁵⁴ Ada beberapa mekanisme cara kerja AKDR sebagai berikut :

- a) Timbulnya reaksi radang lokal di dalam *cavum uteri* sehingga implantasi sel telur yang telah dibuahi terganggu.

Disamping itu, dengan munculnya leukosit, makrofag, dan sel plasma yang dapat mengakibatkan *lysis* dari *spermatozoa* atau ovum dan *blastocyt*.

- b) Produksi lokal prostaglandin yang meningkat, yang menyebabkan terhambatnya implantasi.
- c) Gangguan atau terlepasnya *blastocyt* telah berimplantasi didalam endometrium
- d) Pergerakan ovum yang bertambah cepat di dalam tuba fallopii.
- e) Immobilisasi spermatozoa saat melewati cavum uteri.
- f) Pematatan endometrium oleh leukosit, makrofag, dan limfosit menyebabkan blastokis dirusak oleh makrofag dan blastokis tidak dapat melakukan nidasi.
- g) Ion Cu yang dikeluarkan AKDR dengan Cupper menyebabkan gangguan gerak spermatozoa sehingga mengurangi kemampuan untuk melakukan konsepsi

Keuntungan pemakaian IUD yakni hanya memerlukan sekali pemasangan untuk jangka waktu yang lama dengan biaya yang relatif murah. Selain itu, keuntungan dari pemakaian IUD di antaranya tidak menimbulkan efek sistemik, efektivitas cukup tinggi, reversible, dan cocok untuk penggunaan secara massal. Keuntungan yang lain dari IUD antara lain dapat diterima masyarakat dengan baik, pemasangan tidak memerlukan medis teknis yang sulit, kontrol medis ringan, penyulit tidak terlalu berat, pulihnya kesuburan setelah IUD dicabut berlangsung baik. Pemakaian IUD juga memiliki keuntungan yaitu tidak mempengaruhi hubungan seksual, tidak mahal jika ditinjau dari rasio biaya dan waktu penggunaan kontrasepsi, metode yang nyaman, tidak perlu disediakan setiap bulan dan pemeriksaan berulang. IUD dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau

lebih setelah haid terakhir), dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi), tidak ada interaksi dengan obat-obat.⁵⁵

Pemakaian IUD juga dapat mengalami komplikasi seperti merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan, perdarahan berat pada waktu haid atau di antaranya yang memungkinkan penyebab anemia, perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangannya benar). IUD tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS, tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan, penyakit radang panggul (PRP) terjadi sesudah perempuan dengan IMS memakai IUD karena PRP dapat memicu infertilitas, dan tidak mencegah terjadinya kehamilan ektopik terganggu karena fungsi IUD untuk mencegah kehamilan normal.⁵⁶

Beberapa efek samping ringan diantaranya nyeri pada waktu pemasangan. Apabila nyeri sekali, dapat dilakukan anestesi paraservikal. Kejang rahim, terutama pada bulan-bulan pertama. Hal ini dapat diatasi dengan memberikan spasmolitikum atau pemakaian AKDR lebih kecil ukurannya, nyeri pelvik, perdarahan diluar haid, darah haid lebih banyak dan sekret vagina lebih banyak

6) Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)

Implan atau alat kontrasepsi bawah kulit (AKBK) adalah kontrasepsi yang diinsersikan tepat dibawah kulit, dilakukan pada bagian dalam lengan atas atau dibawah siku melalui insisi tunggal dalam bentuk kipas. Implan merupakan metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara 3 – 5 tahun. Metode ini dikembangkan oleh *The Population Council* yaitu suatu organisasi internasional

yang didirikan tahun 1952 untuk mengembangkan teknologi kontrasepsi.⁵⁷

7) Kontrasepsi Mantab (Kontab)

Kontrasepsi mantab adalah pemotongan/ pengikatan kedua saluran telur wanita (tubektomi) atau kedua saluran sperma laki-laki (vasektomi). Cara kerja dari kontrasepsi ini adalah mencegah pertemuan sel telur dengan sperma.

8. Preeklampsia

a. Definisi

Hipertensi pada kehamilan merupakan salah satu dari tiga penyebab tersering kematian pada ibu, sekitar 25% angka kematian ibu disebabkan oleh hipertensi pada kehamilan. Hipertensi didefinisikan sebagai tekanan darah sekurang-kurangnya 140 mmHg sistolik atau 90 mmHg diastolik pada dua kali pemeriksaan berjarak 15 menit menggunakan lengan yang sama. Definisi hipertensi berat adalah peningkatan tekanan darah sekurang-kurangnya 160 mmHg sistolik atau 110 mmHg diastolik.¹ Preeklampsia adalah keadaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah ibu pada kehamilan akibat disfungsi plasenta dan respon maternal yang dapat menyebabkan inflamasi sistemik melalui aktivasi endotel dan koagulasi. Diagnosis preeklampsia ditegakkan sebagai hipertensi yang disertai dengan proteinuria atau gangguan sistem organ lainnya pada usia kehamilan diatas 20 minggu.¹² Preeklampsia adalah hipertensi pada kehamilan yang ditandai dengan tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg setelah umur kehamilan 20 minggu, disertai dengan proteinuria ≥ 300 mg/24 jam.⁵⁷

WHO memperkirakan kasus preeklampsia tujuh kali lebih tinggi di negara berkembang dibandingkan dengan negara maju. Insiden preeklampsia di Indonesia sendiri adalah 128.273/tahun atau sekitar 5,3%.⁶ Komplikasi preeklampsia berat bisa menjadi cukup serius hingga menyebabkan morbiditas janin dan ibu. Koagulopati

intravaskular, gagal ginjal, dan sindrom HELLP (hemolisis, peningkatan enzim hati, trombositopenia) adalah komplikasi yang paling umum. Preeklampsia berat meningkatkan risiko keluaran ibu yang merugikan sebesar 8,7 kali lipat. Perdarahan otak, edema paru, gagal ginjal, dan / atau koagulopati intravaskular adalah penyebab kematian ibu pada PE berat. Sedangkan komplikasi jangka panjang yaitu gagal ginjal kronis, hipertensi persisten, dan / atau kebutaan kortikal.¹⁰ Selain itu penurunan perfusi pada plasenta juga dapat berakibat pada kondisi janin dalam kandungan. Preeklampsia merupakan salah satu faktor risiko penyakit ibu yang dapat menyebabkan komplikasi pada bayi berupa kelahiran prematur, gawat janin, berat badan lahir rendah dan IUFD.⁷⁶

b. Epidemiologi

Kondisi hipertensi kehamilan dapat berupa preeklampsia-eklampsia, hipertensi kronik (hipertensi primer, maupun hipertensi sekunder yang disebabkan oleh insufisiensi renal, penyakit endokrin, dan penyebab lain), hipertensi kronik dengan superimposed preeklampsia, dan hipertensi transien. Preeklampsia yang merupakan bagian dari kondisi hipertensi dalam kehamilan adalah gangguan multiorgan pada kehamilan yang sangat berhubungan dengan mortalitas dan morbiditas maternal dan perinatal. Komplikasi kehamilan berupa preeklampsia di Amerika Serikat mencapai angka 6-11%, dengan insidensi 23.6 kasus per 1000 persalinan, sementara angka preeklampsia di negara berkembang dipastikan lebih tinggi daripada angka di Amerika Serikat. Data terbaru menyatakan bahwa preeklampsia menyebabkan 15.9% kematian ibu di Amerika Serikat dan merupakan penyebab utama angka mortalitas dan morbiditas perinatal.⁷⁵

c. Patofisiologi

Pada awal kehamilan, sel sitotrofoblas menginvasi arterispiralis uterus, mengganti lapisan endothelial dari arteri tersebut dengan merusak

jaringan elastis medial, muskular, dan neural secara berurutan. Sebelum trimester kedua kehamilan berakhir, arteri spiralis uteri dilapisi oleh sitotrofoblas, dan sel endothelial tidak lagi ada pada bagian endometrium atau bagian superfisial dari miometrium. Proses remodeling arteri spiralis uteri menghasilkan pembentukan sistem arteriolar yang rendah tahanan serta mengalami peningkatan suplai volume darah yang signifikan untuk kebutuhan pertumbuhan janin. Pada preeklampsia, invasi arteri spiralis uteri hanya terbatas pada bagian desidua proksimal, dengan 30% sampai dengan 50% arteri spiralis dari placentar bed luput dari proses remodeling trofoblas endovaskuler. Segmen miometrium dari arteri tersebut secara anatomis masih intak dan tidak terdilatasi. Rerata diameter eksternal dari arteri spiralis uteri pada ibu dengan preeklampsia adalah 1,5 kali lebih kecil dari diameter arteri yang sama pada kehamilan tanpa komplikasi. Kegagalan dalam proses remodeling vaskuler ini menghambat respon adekuat terhadap kebutuhan suplai darah janin yang meningkat yang terjadi selama 9 kehamilan. Ekspresi integrin yang tidak sesuai oleh sitotrofoblas ekstravilli mungkin dapat menjelaskan tidak sempurnanya remodeling arteri yang terjadi pada preeklampsia. Kegagalan invasi trofoblas pada preeklampsia menyebabkan penurunan perfusi uteroplasenta, sehingga menghasilkan plasenta yang mengalami iskemi progresif selama kehamilan. Selain itu, plasenta pada ibu dengan preeklampsia menunjukkan peningkatan frekuensi infark plasenta dan perubahan morfologi yang dibuktikan dengan proliferasi sitotrofoblas yang tidak normal. Bukti empiris lain yang mendukung gagasan bahwa plasenta merupakan etiologi dari preeklampsia adalah periode penyembuhan pasien yang cepat setelah melahirkan. Jaringan endotel vaskuler memiliki beberapa fungsi penting, termasuk di antaranya adalah fungsi pengontrolan tonus otot polos melalui pelepasan substansi vasokonstriktor dan vasodilator, serta regulasi fungsi anti koagulan, anti platelet, fibrinolisis melalui pelepasan faktor yang berbeda.

Hal ini menyebabkan munculnya gagasan bahwa pelepasan faktor dari plasenta yang merupakan respon dari iskemi menyebabkan disfungsi endotel pada sirkulasi maternal. Data dari hasil penelitian mengenai disfungsi endotel sebagai patogenesis awal preeklampsia menunjukkan bahwa hal tersebut kemungkinan merupakan penyebab dari preeklampsia, dan bukan efek dari gangguan kehamilan tersebut. Selanjutnya, pada ibu dengan preeklampsia, faktor gangguan kesehatan pada ibu yang sudah ada sebelumnya seperti hipertensi kronis, diabetes, dan hiperlipidemia dapat menjadi faktor predisposisi atas kerusakan endotel maternal yang lebih lanjut.

d. Faktor Risiko

Faktor risiko adalah faktor yang memperbesar kemungkinan seseorang untuk menderita penyakit tertentu. Hal ini penting untuk diketahui agar pemberi layanan kesehatan dapat melakukan tindakan preventif atau rencana tata laksana untuk mencegah atau mengurangi derajat kesakitan penyakit tersebut. Faktor risiko yang dipaparkan akan menjadi karakteristik maternal:⁷⁶

1) Usia

Duckitt melaporkan peningkatan risiko preeklampsia hampir dua kali lipat pada wanita hamil berusia 40 tahun atau lebih baik pada, maupun multipara. Usia muda tidak meningkatkan risiko preeklampsia secara bermakna. Robillard, dkk melaporkan bahwa risiko preeklampsia pada kehamilan kedua meningkat dengan usia ibu.

2) Paritas

Preeklampsia sering disebut sebagai penyakit kehamilan pertama karena banyaknya kasus preeklampsia yang muncul pada kehamilan pertama. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa nuliparitas meningkatkan kemungkinan terjadinya preeklampsia sebanyak 3 kali lipat. Sedangkan ibu yang masuk ke dalam golongan multiparitas

adalah ibu yang sudah melahirkan lebih dari 1 kali dan tidak lebih dari 4 kali, memiliki risiko sebesar 1% untuk mengalami preeklampsia.

Riwayat preeklampsia sebelumnya Riwayat preeklampsia pada kehamilan sebelumnya merupakan faktor risiko utama. Menurut Duckit risiko meningkat hingga 7 kali lipat. Kehamilan pada wanita dengan riwayat preeklampsia sebelumnya berkaitan dengan tingginya kejadian preeklampsia berat, preeklampsia onset dini, dan dampak perinatal yang buruk.¹⁶ 2.1.4.4 Kehamilan multiple Studi yang melibatkan 53.028 wanita hamil menunjukkan, kehamilan kembar meningkatkan risiko preeklampsia hampir 3 kali lipat. Analisa lebih lanjut menunjukkan kehamilan triplet memiliki risiko hampir 3 kali lipat dibandingkan kehamilan duplet. Sibai dkk menyimpulkan bahwa kehamilan ganda memiliki tingkat risiko yang lebih tinggi untuk menjadi preeklampsia dibandingkan kehamilan normal.

3) Hipertensi Kronik

Chappell dkk meneliti 861 wanita dengan hipertensi kronik, didapatkan insiden preeklampsia superimposed sebesar 22% dan hampir setengahnya adalah preeklampsia onset dini (≤ 34 minggu) dengan keluaran maternal dan perinatal yang lebih buruk. Chappel juga menyimpulkan bahwa ada 7 faktor risiko yang dapat dinilai secara dini sebagai prediktor terjadinya preeklampsia superimposed pada wanita hamil dengan hipertensi kronik.

4) Jarak 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. Robillard, dkk melaporkan bahwa risiko preeklampsia semakin meningkat sesuai dengan lamanya interval dengan kehamilan pertama.

5) Indeks Massa Tubuh dan Obesitas sebelum Hamil

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.¹⁰ Obesitas meningkatkan risiko preeklampsia sebanyak 2,47 kali lipat, sedangkan wanita dengan IMT sebelum hamil > 35 dibandingkan dengan IMT 19-27 memiliki risiko preeklampsia 4 kali lipat. Pada studi kohort yang dilakukan oleh CondeAgudelo 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 ($BMI > 29,0$).

6) Usia Kehamilan

Preeklampsia dapat dibagi menjadi 2 sub tipe dideskripsikan berdasarkan waktu onset dari preeklampsia. Preeklampsia early-onset terjadi pada usia kehamilan < 34 minggu sedangkan late onset muncul pada usia kehamilan ≥ 34 minggu. Preeklampsia early onset merupakan gangguan kehamilan yang dapat mengancam jiwa ibu maupun janin yang dikandungnya. Penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa insidensi preeklampsia meningkat seiring dengan semakin tuanya usia kehamilan yang dibuktikan dengan preeklampsia yang terjadi pada usia kehamilan 20 minggu adalah 0.01/1000 persalinan dan insidensi preeklampsia pada usia kehamilan 40 minggu adalah 9.62/1000 persalinan

e. Bagan Alur Tatalaksana Kasus Preeklampsia

1) Alur Penatalaksanaan Preeklampsia

Penatalaksanaan preeklampsia dengan memonitor takana darah 2x shari dan cek protein urin rutin. Melakukan pemeriksaan laboratorium darah (Hb, Hct, AT, Ureum, Kreatinin, SGOT, SGPT) dan urin rutin. Selalu monitor kondisi janin, Rencana terminasi pada

usia 37 minggu. Atau usia <37 minggu bila kondisi janin memburuk, atau sudah masuk dalam persalinan/ ketuban pecah dini.

2) Alur Penatalaksanaan PEB

Prinsip manajemen preeklamsia berat :

- (a) Monitor tekanan darah, albumin urin, kondisi janin, dan pemeriksaan laboratorium
- (b) Mulai pemberian antihipertensi
- (c) Pemberian antihipertensi pilihan pertama adalah nifedipine (oral short acting), hydralazine dan labetalol parenteral. Alternatif pemberian antihipertensi yang lain adalah nitogliserin, metildopa, labetalol.
- (d) Mulai pemberian $MgSO_4$ (jika gejala seperti nyeri kepala, nyeri uluhati, pandangan kabur). Oading dose beri 4 gram $MgSO_4$ melalui vena dalam 15-20 menit. Dosis rumatan beri $MgSO_4$ 1gram/jam melalui vena dengan infus berlanjut
- (e) Rencana terminasi pada usia kehamilan 34-37 minggu. Atau usia kehamilan <34 minggu bila terjadi kejang, kondisi bayi memburuk, edema paru, gagal ginjal akut.

9. Status Gizi Ibu Hamil

Status gizi adalah ukuran yang mencerminkan terpenuhinya kebutuhan gizi. Status gizi dapat diukur dengan antropometri, biokimia serta klinis. Penilaian status gizi pada ibu hamil dapat dilakukan dengan perhitungan Indeks Massa Tubuh (IMT) yang membutuhkan data berat badan dan tinggi badan yang diperoleh dengan pengukuran antropometri. Kategori IMT dibedakan menjadi 4 yaitu, kurang apabila hasil perhitungan $<18,5 \text{ kg/m}^2$, normal dalam rentang $18,5 - 24,9 \text{ kg/m}^2$, *overweight* jika hasil perhitungan antara $25 - 29,9 \text{ kg/m}^2$ dan obesitas jika perhitungan $\geq 30 \text{ kg/m}^2$. Selain menggunakan perhitungan IMT dapat juga dilakukan dengan pengukuran lingkar lengan atas (LILA) dengan pita ukur. Jika

didapati lingkar lengan atas ibu hamil $>23,5$ cm berarti ibu hamil memiliki status gizi normal⁵⁷

Pola kenaikan berat badan ibu selama hamil yang sehat tergantung pada berat badan awal ibu sebelum hamil. Ibu yang memiliki berat badan berlebih seharusnya memiliki kenaikan berat badan yang lebih sedikit dari ibu yang normal, begitu pula sebaliknya. Berikut kenaikan berat badan ibu selama hamil menurut indeks masa tubuh (IMT) :

- a) Underweight (IMT $< 18,5$): disarankan naik sekitar 12,5 - 18 kg.
- b) Normal (IMT 18,5 – 24,9): disarankan naik sekitar 11,5 - 16 kg.
- c) Overweight / Gemuk (IMT 25 – 29,9): disarankan naik sekitar 7 - 11,5 kg.
- d) Obesitas (IMT ≥ 30): disarankan naik sekitar 5 – 9 kg⁵⁷

10. 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.⁵⁸

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.⁵⁹

11. Asuhan SOAP

Asuhan SOAP meliputi data Subjektif, Objektif, Analisa dan Penatalaksanaan merupakan metode yang digunakan dalam melakukan pengkajian dan penatalaksanaan pada pasien. Hal yang perlu dikaji dan tujuan dari pengkajian dijelaskan sebagai berikut :

a. Identitas

- 1) Nama : Mengetahui nama pasien berguna untuk memperlancar komunikasi dalam asuhan sehingga tidak terlihat kaku dan lebih akrab
- 2) Umur : Umur perlu dikaji guna mengetahui umur pasien yang akan diberikan asuhan

- 3) Agama : Untuk mengetahui keyakinan serta cara pandang yang dianutnya
- 4) Pendidikan : Menanyakan pendidikan tertinggi yang klien tamatkan. Informasi ini membantu klinis memahami klien sebagai individu dan memberi gambaran pengetahuan klien
- 5) Suku/ Bangsa : Untuk mengetahui sosial budaya dan adat istiadat untuk memperoleh gambaran tentang budaya yang dianut pasien apakah bertentangan atau mendukung pola – pola Kesehatan
- 6) Pekerjaan : Untuk mengetahui apakah pasien berada dalam keadaan masih sekolah, bekerja, dan status ekonomi keluarga
- 7) Alamat : Untuk mengetahui daerah lingkungan tempat tinggal, karena lingkungan sangat berpengaruh terhadap kesehatan pasien

b. Data Subjektif

- 1) Keluhan utama : Dikaji untuk mengetahui apa keluhan atau masalah kesehatan pasien, dan sejak kapan hal tersebut dikeluhkan pasien
- 2) Riwayat pernikahan : mengetahui umur pasien pada pernikahan pertama dan jumlah pernikahan serta lama pernikahan
- 3) Riwayat menstruasi : Untuk mengetahui permasalahan kesehatan pasien ditinjau dari riwayat menstruasi meliputi usia menarche, siklus, lamanya, dan volume serta keluhan saat menstruasi
- 4) Riwayat kehamilan persalinan, nifas yang lalu : Untuk mengetahui riwayat antenatal ibu pada kehamilan sebelumnya dan riwayat intranatal sebelumnya

- 5) Riwayat kontrasepsi : Untuk mengetahui penggunaan kontrasepsi yang pernah digunakan oleh pasien
- 6) Riwayat kesehatan : Data dari riwayat kesehatan ini dapat kita gunakan sebagai penanda (warning akan adanya penyulit). Riwayat Kesehatan ini meliputi riwayat kesehatan pasien sekarang dan terdahulu, dan riwayat kesehatan keluarga
- 7) Pola pemenuhan nutrisi : Data ini penting untuk diketahui agar bisa mendapatkan bagaimana pasien mencukupi asupan gizinya
- 8) Pola Eliminasi : Diteliti meliputi pola BAB dan BAK meliputi frekuensi, jenis, warna dan keluhan
- 9) Aktivitas : Data ini memberikan gambaran tentang seberapa berat aktivitas yang dilakukan pasien di rumah
- 10) Istirahat : Jadwal istirahat perlu diperhatikan karena istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani
- 11) *Personal hygiene* : Kebersihan jasmani sangat penting karena saat remaja banyak berkeringat terutama di daerah lipatan kulit. Mandi 2- 3x sehari membantu kebersihan badan dan mengurangi infeksi. Pakaian sebaiknya dari bahan yang dapat menyerap keringat, sehingga badan selalu kering terutama di daerah lipatan kulit
- 12) Riwayat psikososial : Untuk mengetahui apakah kehamilan ini direncanakan atau tidak, pengetahuan ibu tentang kehamilan, persiapan dan rencana persalinan pada kehamilan ini

c. Data Objektif

- 1) Pemeriksaan umum meliputi keadaan umum, tanda vital, pemeriksaan antropometri
- 2) Pemeriksaan fisik *head to toe* termasuk pemeriksaan abdomen yang meliputi pemeriksaan inspeksi, palpasi dan auskultasi

- 3) Pemeriksaan penunjang yang meliputi pemeriksaan laboratorium sederhana, pemeriksaan USG oleh dokter spesialis kandungan, atau pemeriksaan dalam pada saat persalinan

d. Analisa

Analisa dapat ditegakkan dari hasil pengkajian data subjektif dan data objektif. Pada analisa dijelaskan diagnosa pada pasien, diagnosa potensial, kebutuhan serta rencana tindakan/ penatalaksanaan.

e. Penatalaksanaan

Pelaksanaan asuhan yang dilakukan sesuai dengan apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi pasien atau dari setiap masalah yang berkaitan, dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut, apa yang akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk dan berkolaborasi dengan tenaga medis yang lain bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan keluhan pasien yang dialami. Dengan kata lain, asuhan terhadap pasien tersebut harus mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan kesehatan.

f. Evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk mengkaji keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan dan mengetahui sejauh mana keberhasilan asuhan yang diberikan kepada pasien, mengacu kepada tujuan asuhan kebidanan, efektivitas tindakan untuk mengatasi masalah dan hasil asuhan.

12. Rangkuman Jurnal

Tabel. 7 Rangkuman Jurnal

No	Peneliti, Tahun, Judul	Metode	Hasil
1	Melati Nur Arummega, dkk, 2022, Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Nyeri Punggung Ibu Hamil Trimester III : Literatur Review	<i>Literatur review</i>	Dari 9 artikel nasional dan 15 internasional, diketahui faktor yang mempengaruhi nyeri punggung pada ibu hamil trimester III diklasifikasikan dari usia kehamilan, umur, paritas, aktivitas sehari-hari yang berpengaruh terhadap nyeri punggung dan <i>body relaxation</i> dapat mengurangi nyeri punggung
2	Lina Fitriani, 2018, Efektivitas Snam Hamil dan Yoga Hamil Terhadap Penurunan Nyeri Punggung Pada Ibu Hamil Trimester III di Puskesmas Pekkabata	<i>Quasi experime ntal dengan two group pre test – post test</i>	Senam hamil efektif dalam menurunkan nyeri punggung bawah pada ibu hamil trimester III dengan hasil <i>pvalue</i> = 0,000 dan nilai <i>mean</i> yaitu 26. Sedangkan yoga hamil juga efektif dengan hasil <i>pvalue</i> = 0,000 dan nilai <i>mean</i> yaitu 29. Dengan demikian yoga hamil lebih efektif dalam menurunkan nyeri punggung bawah.
3	Maghfiroh, 2021, Penatalaksanaan Odema Ekstremitas Bawah Pada Ibu Postpartum Fisiologis Hari ke 1-3 di BPM Mutmainah S.ST, Bd,SE Kecamatan Tanjung Bumi Bangkalan	Metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus	Proses penyembuhan kaki bengkak dengan pemberian kompres hangat dan kaki ditinggikan sama-sama efektif

4	Farhana Amalia, Pengaruh Penggunaan MgSO ₄ Sebagai Terapi Pencegahan Kejang Preeklampsia	Fitri, 2020,	Metode <i>literature review</i>	pemberian magnesium sulfat (MgSO ₄) efektif sebagai terapi profilaksis kejang pada pasien preeklampsia. Penggunaan MgSO ₄ terbukti dapat menurunkan kejadian eklampsia, menurunkan penggunaan antihipertensi, membantu menurunkan tekanan darah sistolik, serta memberikan efek neuroprotektif pada janin prematur. Selain itu, seluruh pasien yang mendapat profilaksis MgSO ₄ pada beberapa penelitian yang dikaji tidak mengalami kejang eklampsia dan tidak ditemukan efek samping bermakna
---	---	--------------	---------------------------------	---
