

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Teori Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Masa Kehamilan adalah dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Prawirohardjo, 2020).

Kehamilan dibagi atas 3 semester yaitu; kehamilan trimester mulai 0-14 minggu, kehamilan trimester kedua mulai 14-28 minggu, dan kehamilan trimester ketiga mulai 28-42 minggu (Yuli, 2017).

Kehamilan adalah suatu krisis maturitas yang dapat menimbulkan stress, tetapi berharga karena wanita tersebut menyiapkan diri untuk memberi perawatan dan mengemban tanggung jawab yang lebih besar (Rukiyah, 2016).

b. Proses Terjadinya Kehamilan

Proses kehamilan dimulai dengan terjadinya konsepsi. konsepsi adalah bersatunya sel telur dan sperma. Proses kehamilan berlangsung selama 40 minggu dihitung dari hari pertama menstruasi terakhir. Usia kehamilan sendiri adalah 38 minggu, karena dihitung mulai dari tanggal konsepsi yang terjadi dua minggu.

Fertilisasi merupakan peleburan antara inti *spermatozoa* dengan inti sel telur, fertilisasi ini dapat terjadi di bagian ampulla tuba fallopi atau uterus. *Spermatozoa* menuju masa apa saja yang berbentuk telur yang ditemuinya, dan hanya sedikit yang mencapai ovum. *Spermatozoa* yang berhasil

menemukan ovum akan merusak korona radiata dan zona peluxida yang mengelilingi membran sel ovum, lalu *Spermatozoa* akan melepaskan enzim termasuk *hyaluronidase*, yang disimpan di akrosom dalam kepala *spermatozoa*. Enzim dari banyak *spermatozoa* akan merusak *korona radiata* dan *zona peluxida* sehingga *spermatozoa* dapat masuk ke ovum, konfigurasi membran ovum langsung berubah sehingga *spermatozoa* yang masuk ke dalam ovum, bagian ekor akan ditinggalkan. DNA dalam pembelahan miosis akhir pada kromosom wanita.

Bersatunya inti *spermatozoa* dan inti sel telur akan tumbuh menjadi zigot. Zigot mengalami pertumbuhan dan perkembangan melalui 3 tahap selama kurang lebih 280 hari. Tahap-tahap ini meliputi periode implantasi (7 hari pertama), periode embrionik (7 minggu berikutnya), dan periode fetus (7 bulan berikutnya). Selama 2-4 hari pertama setelah fertilisasi, zigot berkembang dari 1 sel menjadi kelompok 16 sel (*morula*). *Morula* kemudian tumbuh dan berdiferensiasi menjadi 100 sel. Selama periode ini, zigot berjalan di sepanjang tuba fallopi, setelah itu masuk ke uterus dan tertanam dalam endometrium uterus (Nurul, Yasi, dan Siti Muflihah, 2014).

c. Tanda-tanda Kehamilan

Menurut Widatiningsih & Dewi (2017), tanda- tanda kehamilan dibagi menjadi 3 yaitu:

1. Tanda-tanda dugaan hamil (*presumtif sign*)
 - a) Amenorea (tidak dapat haid)
 - b) *Nausea* dan *vomitus* (mual dan muntah)
 - c) Mengidam (ingin makanan khusus)

- d) Pingsan
- e) Tidak ada selera makan (*anoreksia*)
- f) Lelah (*fatige*)
- g) Payudara membesar, tegang, dan sedikit nyeri
- h) Sering buang air kecil (*miksi*)
- i) Konstipasi atau obstipasi
- j) Pigmentasi kulit
- k) Epluis : *hipertrofi papila gingivalis*
- l) Pemekaran vena-vena varises dapat terjadi pada kaki, betis, dan vulva.

2. Tanda-tanda tidak pasti /kemungkinan kehamilan :

- a) Perubahan warna kulit
- b) Perubahan Payudara
- c) Pembesaran Perut
- d) Kontraksi-kontraksi kecil uterus
- e) Teraba ballotement
- f) Tanda *Chandwick* dan *Goodell*

3. Tanda Pasti Kehamilan (Positive Sign)

- a) Adanya gerakan janin dalam rahim

Gerakan janin ini harus diraba dengan jelas oleh pemeriksa.

Gerakan janin baru bisa dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu.

- b) Terdengar denyut jantung janin

Dapat didengar pada usia kehamilan 12 minggu dengan menggunakan alat vital electrocardiograf (misalnya doppler), dengan *leanec* DJJ baru dapat didengar pada usia kehamilan 18-20 minggu.

c) Bagian-bagian janin

Bagian-bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua.

d) Kerangka janin

Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG.

d. Perubahan Fisiologi Selama Kehamilan

Menurut Widatiningsih & Dewi (2017);

1) Perubahan pada sistem reproduksi

- a) Uterus Rahim atau uterus yang semula besarnya sejempol atau beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hyperplasia sehingga menjadi seberat 1000 gram saat akhir kehamilan.
- b) Vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh *estrogen* sehingga tampak makin berwarna merah dan kebiru-biruan.
- c) Ovarium dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu.

d) Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi. Perkembangan payudara tidak dapat dilepaskan dari pengaruh hormon saat kehamilan, yaitu *estrogen, progesteron, dan somatomatrofin*.

2) Perubahan sistem gastrointestinal

Perubahan sistem gastrointestinal pada ibu hamil, yaitu:

a) Perubahan nafsu makan

- Munculnya perasaan mual dan muntah yang berlangsung sampai minggu ke-14 sampai minggu 16 sejak terlambat sekitar 2 minggu, disebut *emesis gravidarum*.
- Gangguan mual pada pagi hari, tetapi tidak menimbulkan gangguan disebut *morning sickness*.

b) *Hipersaliva* atau *ptilismus*

Kadang-kadang dijumpai pengeluaran air ludah yang berlebihan sampai 1-2 liter dalam sehari. Keadaan ini perlu diimbangi dengan minum air yang cukup sehingga tidak menimbulkan dehidrasi.

3) Perubahan sistem pernafasan

Paru-paru sebagai sistem alat pertukaran gas akan mengalami perubahan fisiologis akibat peningkatan kebutuhan oksigen dan pembesaran uterus.

4) Perubahan pada kulit

Perubahan kulit pada ibu hamil, terjadi karena terdapat hormon khusus.

- a) Muka : muncul dalam ukuran bervariasi pada wajah dan leher yang disebut *cholasma* atau *melasma gravidarum*.
- b) Payudara : *cholasma* atau *melasma gravidarum* bisa muncul pada areola.
- c) Perut : Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam. Perubahan ini dikenal dengan nama *striae gravidarum*. Selain itu juga ada *linea alba* di mana ada garis menghitam di pertengahan abdomen.

5) Perubahan sistem perkemihan

Di awal kehamilan kandung kemih akan tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga menimbulkan sering berkemih. Keadaan ini akan hilang dengan makin tuanya kehamilan bila uterus keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, jika kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul, keluhan itu akan timbul kembali. Ginjal akan membesar, *glomerulus filtration rate*, dan *renal plasma flow* juga akan meningkat. Pada ekskresi akan dijumpai kadar asam amino dan vitamin yang larut air dalam jumlah yang lebih banyak. Hal yang tidak normal misalnya proteinuria dan hematuria. Pada fungsi renal akan dijumpai peningkatan *creative clearance* lebih tinggi 30 % (Prawirohardjo, 2020).

6) Perubahan sistem kardiovaskuler

Volume darah semakin meningkat dan jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi pengenceran darah (*hemodilusi*) pada usia sekitar 16 minggu hingga puncaknya pada

kehamilan 32 minggu. Volume darah bertambah sebesar 25 sampai 30%, sedangkan sel darah bertambah sekitar 20%. Curah jantung akan bertambah sekitar 30%.

7) Perubahan sistem *kelenjar endokrin*

Kelenjar *endokrin* mengalami perubahan berupa peningkatan produksi dalam bentuk *hormon*, bahkan terjadi pembesaran, seperti:

- *Kelenjar tiroid*, membesar 12,1 sampai 15,0 ml pada saat aterm.
- *Kelenjar hipofisis*, membesar 135% dapat menekan kiasma optikum sehingga mengubah lapang pandang.
- *Kelenjar adrenal*, tidak banyak mengalami perubahan.

8) Perubahan metabolisme

Kehamilan merupakan satu tambahan kehidupan intra uteri yang memerlukan nutrisi, elektrolit dan lainnya sehingga secara keseluruhan metabolisme anak meningkat sekitar 20-25%. Berat badan ibu hamil bertambah sekitar 12-14 kg selama hamil. Indeks Massa Tubuh merupakan rumus matematis yang dinyatakan sebagai berat badan (dalam kilogram) dibagi dengan kuadrat tinggi badan (dalam meter).

e. Perubahan Psikologis Selama Hamil

Perubahan psikologis pada ibu hamil menurut Umami (2013) antara lain:

1) Trimester 1

Setelah terjadi peningkatan *hormon estrogen* dan *progesteron* dalam tubuh, maka akan muncul berbagai macam ketidaknyamanan secara fisiologis, misalnya mual muntah, kelelahan, dan pembesaran

pada payudara. Hal ini akan memicu perubahan psikologis seperti berikut ini:

- a) Ibu membenci kehamilannya, merasa kekecewaan, penolakan, kecemasan, dan kesedihan.
- b) Memberitahu secara aktif apakah memang benar-benar hamil dengan memperhatikan perubahan pada tubuhnya dan seringkali memberitahu orang lain apa yang dirahasiakannya.
- c) Hasrat melakukan seks berbeda-beda pada setiap wanita. Ada yang meningkat libidonya, tetapi tidak ada juga yang mengalami penurunan. Pada wanita yang mengalami penurunan libido, akan menciptakan suatu kebutuhan untuk berkomunikasi secara terbuka dan jujur kepada suami. Banyak wanita hamil yang merasakan kebutuhan untuk dicintai dan mencintai, tetapi bukan dengan seks. Sedangkan libido yang sangat besar dipengaruhi oleh kelelahan, rasa mual, pembesaran payudara, keprihatinan, dan kekhawatiran.
- d) Bagi suami sebagai calon ayah akan timbul kebanggaan, tetapi bercampur dengan keprihatinan akan kesiapan untuk mencari nafkah bagi keluarga.

2) Trimester II

Trimester kedua biasanya ibu merasa sehat dan sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi, serta rasa tak nyaman akibat kehamilan sudah mulai berkurang. Perut ibu pun belum terlalu besar sehingga belum dirasakan ibu sebagai beban. Ibu sudah menerima kehamilannya dan dapat mulai menggunakan energi dan pikirannya

secara lebih konstruktif. Pada trimester ini pula dapat merasakan gerakan janinnya dan ibu mulai merasakan kehadiran bayinya sebagai seorang di luar dirinya dan dirinya sendiri. Banyak ibu yang merasa terlepas dari rasa kecemasan dan rasa tidak nyaman.

3) Trimester III

Trimester ketiga biasanya disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu akan tidak sabar menunggu kehadiran bayinya. Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan dua hal yang meningkatkan ikatan ibu dan bayinya. Kadang-kadang ibu merasa khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu-waktu. Ini menyebabkan ibu meningkat kewaspadaannya akan timbulnya tanda gejala terjadinya persalinan pada ibu. Seringkali ibu merasa khawatir atau takut kalau bayi yang akan dilahirkannya tidak normal. Kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi bayinya dan akan menghindari orang atau benda apa saja yang dianggap membahayakan bayinya. Seorang ibu mungkin merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu melahirkan.

f. Standar Asuhan Kebidanan

1) Tujuan Antenatal Care

Asuhan Antenatal Care yaitu serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan yang merupakan bagian dari upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi output maternal dan neonatal (Prawirohardjo, 2020).

2) Kunjungan Antenatal Care

Menurut (Kementrian Kesehatan RI, 2021), untuk menghindari risiko komplikasi pada kehamilan dan persalinan, dianjurkan setiap ibu hamil untuk melakukan kunjungan *antenatal* komprehensif yang berkualitas minimal 6 kali selama kehamilan dan minimal 2 kali pemeriksaan oleh dokter pada trimester 1 dan 3 antara lain:

Tabel 2. 1 Jadwal Kunjungan Antenatal Care

Trimester	Jumlah Kunjungan Minimal	Waktu Kunjungan yang Dianjurkan
I	1 Kali	Kehamilan hingga 12 minggu
II	2 Kali	Kehamilan diatas 12 -24 minggu
III	3 Kali	Kehamilan diatas 24-40 minggu

(Kementerian Kesehatan RI, 2021)

g. Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan (ANC)

Menurut Kemenkes RI (2015), standar minimal pelayanan antenatal menjadi 10 T yaitu :

- 1) Pengukuran tinggi badan cukup satu kali dan penimbangan berat badan setiap kali periksa. Bila tinggi badan < 145 cm, maka faktor resiko panggul sempit, kemungkinan sulit melahirkan secara normal.
- 2) Pengukuran Tekanan Darah (Tensi)

Tekanan darah normal 120/80 mmHg. Bila tekanan darah lebih besar atau sama dengan 140/90 mmHg, ada faktor resiko hipertensi (tekanan darah tinggi) dalam kehamilan. Diukur untuk mengetahui Pre-eklampsia yaitu tekanan darah > 140/90 mmHg.

- 3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)

Bila LILA ibu hamil $<23,5$ cm menunjukkan ibu hamil menderita Kekurangan Energi Kronis (KEK) dan beresiko melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR).

4) Pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Pengukuran tinggi rahim berguna untuk melihat pertumbuhan janin apakah sesuai dengan usia kehamilan. TFU berdasarkan usia kehamilan yaitu :

Tabel 2. 2 Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Usia Kehamilan dalam minggu	Tinggi Fundus Uteri
12 minggu	3 jari di atas simpisis
16 minggu	Pertengahan pusat-simpisis
20 minggu	3 jari di bawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	3 jari di atas pusat
32 minggu	Pertengahan pusat-px
36 minggu	3 jari di bawah px
40 minggu	Pertengahan pusat-px

Sumber : Kemenkes RI (2015)

5) Penentuan Detak Jantung Janin (DJJ)

Apabila trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau belum masuk panggul, kemungkinan ada kelainan letak atau ada masalah lain. Bila denyut jantung kurang dari 120 kali/menit atau lebih dari 160 kali/menit menandakan ada gawat janin dan harus segera dirujuk.

6) Pemberian imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Bilamana diperlukan mendapatkan suntikan tetanus toksoid sesuai anjuran petugas kesehatan untuk mencegah terjadinya tetanus pada ibu dan bayinya.

Tabel 2. 3 Interval Minimal Pemberian Imunisasi TT dan Masa

Perlindungan		
Status T	Interval Minimal Pemberian	Masa Perlindungan
T 1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit Tetanus
T 2	1 bulan setelah T 1	3 tahun
T3	6 bulan setelah T 2	5 tahun
T4	12 bulan setelah T 3	10 tahun
T 5	12 bulan setelah T 4	>25 tahun

7) Pemberian Tablet Tambah Darah

Ibu hamil sejak awal kehamilan minum 1 tablet tambah darah setiap hari minimal selama 90 hari. Tablet tambah darah diminum pada malam hari untuk mengurangi rasa mual. Tablet tambah darah di anjurkan agar mencegah ibu hamil dari anemia.

8) Tes laboratorium

- c. Tes golongan darah, untuk mempersiapkan golongan darah bagi ibu hamil bila diperlukan.
- d. Tes Hb, untuk mengetahui apakah ibu mengalami anemia.
- e. Tes pemeriksaan urin (Protein urin, urin reduksi).
- f. Tes pemeriksaan darah lainnya, sesuai indikasi seperti malaria, HIV, sifilis, HbsAg, dan lain-lainnya.

9) Konseling atau Penjelasan

Tenaga kesehatan memberi penjelasan mengenai perawatan kehamilan, pencegahan kelainan bawaan, persalinan dan inisiasi menyusui dini, nifas, perawatan bayi baru lahir, asi eksklusif, keluarga berencana, dan imunisasi pada bayi. Penjelasan ini diberikan secara bertahap pada saat kunjungan ibu hamil.

10) Tata laksana atau mendapat pengobatan

Jika ibu mempunyai masalah kesehatan pada saat hamil, maka ibu mendapat pengobatan.

2.2 Teori Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses di mana janin dan plasenta dilahirkan dari rahim melalui vagina. Persalinan yang berhasil melibatkan tiga faktor yaitu upaya ibu dan kontraksi uterus, karakteristik janin, dan anatomi panggul. Pemeriksaan serviks digunakan untuk menentukan dilatasi serviks, penipisan, dan posisi janin, juga dikenal sebagai stasiun. Pemantauan jantung janin dilakukan hampir terus menerus untuk menilai kesejahteraan janin selama persalinan (Hutchison; *et al.*, 2021).

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

b. Macam-Macam Persalinan

1) Persalinan Spontan

Yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu.

2) Persalinan Buatan

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

3) Persalinan Anjuran

Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian *pitocin* atau *prostaglandin* (Kurniarum, 2016).

c. Persalinan Berdasarkan Umur Kehamilan

1) Abortus

Pengeluaran buah kehamilan sebelum kehamilan 22 minggu atau bayi dengan berat badan kurang 500 gram.

2) Partus Immaturus

Pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu dan 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500 gram dan 999 gram.

3) Partus Prematurus

Pengeluaran buah kehamilan antara 28 minggu dan 37 minggu atau bayi dengan berat badan antara 1000 gram dan 2499 gram.

4) Partus Maturus atau Aterm

Pengeluaran buah kehamilan antara 37 minggu dan 42 minggu atau bayi dengan berat badan 2500 gram atau lebih.

5) Partus Postmaturus atau Serotinus

Pengeluaran buah kehamilan setelah kehamilan 42 minggu.

d. Sebab Mulainya Persalinan

Sebab mulainya persalinan belum diketahui dengan jelas. Banyak faktor yang memegang peranan dan bekerjasama sehingga terjadi persalinan. Beberapa teori yang dikemukakan adalah: penurunan kadar *progesteron*, teori *oksitosin*, keregangan otot-otot, pengaruh janin, dan teori *prostaglandin*. Beberapa teori yang menyebabkan mulainya persalinan adalah sebagai berikut:

1) Penurunan Kadar *Progesteron*

Progesterone menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya *estrogen* meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar *progesteron* dan *estrogen* dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar *progesteron* menurun sehingga timbul his.

Proses penuaan plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi *progesterone* mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap *oksitosin*. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan *progesterone* tertentu (Kurniarum, 2016).

2) Teori *Oksitosin*

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar *hipofisis posterior*. Perubahan keseimbangan *estrogen* dan *progesterone* dapat mengubah sensitivitas

otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Diakhir kehamilan kadar *progesterone* menurun sehingga *oksitosin* bertambah dan meningkatkan aktivitas otot-rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga terdapat tanda-tanda persalinan (Kurniarum, 2016).

3) Keregangan Otot-Otot

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Seperti halnya dengan *Bladder* dan lambung, bila dindingnya teregang oleh isi yang bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot dan otot-otot rahim makin rentan. Contoh pada kehamilan ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu sehingga menimbulkan proses persalinan. (Kurniarum, 2016).

4) Pengaruh Janin

Hipofise dan *kelenjar suprarenal* janin rupa-rupanya juga memegang peranan karena pada *anencephalus* kehamilan sering lebih lama dari biasa, karena tidak terbentuk *hipotalamus*. Pemberian *kortikosteroid* dapat menyebabkan maturasi janin, dan induksi (mulainya) persalinan (Kurniarum, 2016).

5) Teori *Prostaglandin*

Konsentrasi *prostaglandin* meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh *desidua*. *Prostaglandin* yang dihasilkan oleh *desidua* diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan.

Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F₂ atau E₂ yang diberikan secara intravena, intra dan extra amnial menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap umur kehamilan. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat keluar. Prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. Hal ini juga didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun daerah perifer pada ibu hamil, sebelum melahirkan atau selama persalinan (Kurniarum, 2016).

e. Tanda-Tanda Persalinan

1) Tanda-tanda Permulaan Persalinan

Sebelum terjadi persalinan yang sebenarnya, beberapa minggu sebelumnya, wanita memasuki “bulan-nya” atau “minggu-nya” atau “hari-nya” yang di sebut kala pendahuluan (*preparatory stage of labour*). Kala pendahuluan memberikan tanda-tanda sebagai berikut:

- a) *Lightening* atau *settling* atau *dropping* yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul, terutama pada primigravida. Pada multipara, hal tersebut tidak begitu jelas.
- b) Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun.
- c) Sering buang air kecil atau sulit berkemih (*polakisuria*) karena kandung kemih tertekan oleh bagian bawah janin.
- d) Perasaan nyeri di perut dan di pinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah uterus, kadang-kadang disebut “*false labor pains*”.

- e) Serviks menjadi lembek; mulai mendatar, dan sekresinya bertambah, mungkin bercampur darah (*bloody show*) (Mochtar, 2013).

2) Tanda- tanda persalinan (Sondakh dkk., 2014)

a) Terjadinya His persalinan:

- Pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan.
- Sifatnya teratur, interval semakin pendek, dan kekuatan makin besar.
- Semakin beraktifitas (jalan), kekuatan akan semakin bertambah.

b) Pengeluaran lendir dengan darah

Terjadinya his persalinan mengakibatkan terjadinya perubahan pada serviks yang akan menimbulkan :

- Pendataran dan pembukaan.
- Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada *kanalis servikalis* lepas.
- Terjadi perdarahan karena *kapiler* pembuluh darah pecah.

c) Pengeluaran cairan

Pada beberapa kasus persalinan akan terjadi pecah ketuban. Sebagian besar, keadaan ini terjadi menjelang pembukaan lengkap. Setelah adanya pecah ketuban, diharapkan proses persalinan akan berlangsung kurang dari 24 jam.

d) Hasil-hasil yang didapatkan pada pemeriksaan dalam

- Perlunakan Serviks
- Perdarahan serviks

- Pembukaan serviks

f. Tahapan Persalinan

Menurut Sondakh (2014), tahapan dari persalinan terdiri atas kala I bila pembukaan, kala II kala pengeluaran janin, kala III pelepasan plasenta, dan kala IV kala pengawasan /observasi/pemulihan.

1) Kala 1 (Kala Pembukaan)

Kala I dimulai dari saat persalinan mulai (pembukaan nol) sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini terbagi menjadi 2 fase, yaitu:

- a) Fase laten; berlangsung selama 8 jam, serviks membuka sampai 3 cm.
- b) Fase aktif; berlangsung selama 7 jam, serviks membuka dari 4 cm sampai 10 cm, kontraksi lebih kuat dan sering, dibagi dalam 3 subfase, yaitu:
 - (1) *Periode akselerasi* : berlangsung selama 2 jam pembukaan menjadi 4 cm.
 - (2) *Periode dilatasi maksimal* : berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
 - (3) *Periode deselerasi* : berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan jadi 10 cm atau lengkap.

Pada fase aktif persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi 3 kali atau lebih dalam 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian bawah janin. Berdasarkan kurve friedman, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1 cm perjam dan pembukaan multigravida 2 cm perjam.

2) Kala II (Pengeluaran Janin)

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi.

a) Tanda dan gejala kala II

- (1) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- (2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- (3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan akibat tertekannya *plekus frankenhauser*.
- (4) Kedua kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi:
 - (a) Kepala membuka pintu
 - (b) *Subocciput* bertindak sebagai *hipomoglion*, kemudian secara berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, serta kepala seluruhnya.
- (5) Setelah putar paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan cara:
 - (a) Kepala dipegang pada *os occiput* dan di bawah dagu, kemudian ditarik dengan menggunakan cunam ke bawah untuk melahirkan bahu depan dan ke atas untuk melahirkan bahu belakang.
 - (b) Setelah kedua bahu lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi.

- (6) Lamanya kala II untuk primigravida 1,5-2 jam dan multigravida 1,5-1 jam.

3) Kala III (Pelepasan Plasenta)

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Proses lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan mempertahankan tanda-tanda di bawah ini:

- a) Uterus menjadi bundar;
- b) Uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim;
- c) Tali pusat bertambah panjang;
- d) Terjadi semburan darah tiba-tiba.

4) Kala IV (Kala Pengawasan)

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah proses tersebut.

- a) Observasi yang dilakukan pada kala IV:
 - (1) Tingkat kesadaran
 - (2) Pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, dan pernapasan.
 - (3) Kontraksi uterus
 - (4) Terjadinya perdarahan, perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc.
- b) Asuhan dan pemantauan kala IV
 - (1) Lakukan masase pada uterus, untuk merangsang uterus berkontraksi.
 - (2) Evaluasi tinggi fundus uteri.

- (3) Perkiraan kehilangan darah secara keseluruhan.
- (4) Periksa perineum dari perdarahan aktif (misalnya apakah ada laserasi atau *episiotomi*).
- (5) Evaluasi kondisi ibu secara umum.
- (6) Dokumentasi semua asuhan dan temuan selama kala IV
(Rohani dkk., 2013).

g. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan meliputi :

1) *Engagement*

Bila diameter *biparietal* kepala melewati pintu atas panggul, kepala dikatakan telah menancap (*engaged*) pada pintu atas panggul.

2) Penurunan

Penurunan adalah gerakan bagi presentasi melewati panggul. Penurunan terjadi akibat tiga kekuatan yaitu tekanan dari cairan *amnion*, tekanan langsung kontraksi fundus pada janin, dan kontraksi diafragma serta otot-otot abdomen ibu ditahap kedua persalinan.

3) *Fleksi*

Segera setelah kepala yang tertahan oleh *serviks*, dinding panggul, atas dasar panggul dalam keadaan normal *fleksi* terjadi dan dagu didekatkan ke arah dada janin.

4) Putaran Paksi Dalam

Putaran paksi dalam dimulai pada bidang setinggi *spina isiadika*. Setiap kali kontraksi kepala janin di arahkan ke bawah lengkungan *pubis* dan kepala hampir selalu berputar saat mencapai otot panggul

5) *Ekstensi*

Saat kepala janin mencapai *perineum*, kepala akan *defleksi* ke arah *anterior* oleh *perineum* mula-mula *oksiput* melewati permukaan bawah *simfisis pubis* kemudian kepala keluar akibat ekstensi.

6) Putaran Paksi Luar

Putaran paksi luar adalah gerakan berputar setelah kepala bayi lahir hingga mencapai posisi yang sama dengan saat ia memasuki pintu atas. Putaran paksi luar terjadi saat bahu *engaged* dan turun dengan gerakan mirip dengan gerakan kepala.

7) *Ekspulsi*

Setelah bahu keluar, kepala dan bahu diangkat keatas tulang ibu dan badan bayi dikeluarkan dengan gerakan *fleksi lateral* kearah *simfisis pubis*.

h. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Sondakh (2014), Adapun faktor-faktor yang dapat mempengaruhi jalannya proses persalinan adalah hasil konsepsi (*passanger*), jalan lahir (*passage*), kekuatan (*power*), posisi ibu (*positioning*), dan respon psikologi (*psychology response*).

i. Asuhan Persalinan

1) Definisi

Asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermi, dan asfiksia bayi baru lahir. Sementara itu, fokus utamanya adalah

mencegah terjadinya komplikasi. Hal ini merupakan suatu pergeseran paradigma dari sikap menunggu dan menangani komplikasi menjadi mencegah komplikasi yang mungkin terjadi (Prawirohardjo, 2014).

2) Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan klinik merupakan proses pemecahan masalah yang akan digunakan untuk merencanakan asuhan bagi ibu dan bayi baru lahir.

3) Asuhan sayang ibu dan bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan. Salah satu prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

4) Pencegahan infeksi

Tujuan pencegahan infeksi pada persalinan adalah meminimalkan infeksi yang mungkin terjadi disebabkan oleh *mikroorganisme* dan menurunkan risiko terjadinya penularan penyakit. Tindakan ini diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan, dan tenaga kesehatan.

5) Pencatatan (Dokumentasi)

Pencatatan adalah bagian terpenting dari proses membuat keputusan klinik. Manfaat dari dokumentasi adalah sebagai berikut:

- a) Aspek legal atau landasan hukum bagi bidan dalam pelayanannya.
- b) Aspek manajemen, dokumentasi dapat mengidentifikasi mutu pelayanan seorang bidan dan dapat dipakai untuk mengatur

kebutuhan saran yang perlu dipersiapkan seorang bidan pada saat praktek klinik.

- c) Aspek pembelajaran, dokumentasi merupakan aset yang berharga bagi bidan dalam pelayanannya, karena dapat dipakai sebagai referensi atau acuan saat menghadapi masalah atau kasus.

6) Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas kesehatan rujukan atau yang memiliki sarana lebih lengkap diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir.

Rujukan efektif adalah rujukan dengan prinsip BAKSOKUDA yaitu:

B (Bidan) : Pastikan bahwa ibu atau bayi lahir di dampingi oleh penolong persalinan yang kompeten menatalaksanakan kedaruratan obstetrik dan bayi baru lahir untuk dibawa ke fasilitas kesehatan.

A (Alat) : Bawakan perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, nifas, bayi baru lahir, bersama ibu ke tempat rujukan.

K (Keluarga) : Beritahu ibu dan keluarga mengenai kontraksi terakhir ibu atau bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu di rujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut. Suami dan keluarga harus menemani ke tempat rujukan.

S (Surat) : Berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini

menggambarkan identifikasi mengenai ibu atau bayi baru lahir, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu dan bayi baru lahir, lampirkan partograf kemajuan persalinan ibu saat merujuk.

- O (Obat) : Bawa obat-obatan yang diperlukan saat merujuk.
- K (Kendaraan) : Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi yang cukup nyaman. Selain itu, pastikan kondisi kendaraan cukup baik untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.
- U (Uang) : Ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu atau bayi baru lahir berada di fasilitas kesehatan rujukan.
- DA (Darah) : Ingatkan keluarga untuk menyiapkan darah demi keselamatan dan mengharap pertolongan dari Allah.

2.3 Teori Induksi Persalinan

a. Pengertian Induksi Persalinan

Induksi Persalinan adalah proses memulainya persalinan sebelum adanya tanda-tanda inpartu, dengan tujuan akhir kelahiran bayi dan plasenta.

b. Indikasi

Indikasi induksi persalinan adalah ketika risiko pada ibu atau janin untuk melanjutkan kehamilan lebih besar dibandingkan risiko induksi dan persalinan. Berikut merupakan indikasi utama induksi persalinan yaitu Preeklampsia ≥ 37 minggu, penyakit maternal yang signifikan dan tidak merespons terhadap pengobatan, perdarahan antepartum, korioamnionitis, ketuban pecah dini, usia gestasi ≥ 41 minggu. Selain kondisi tersebut, terdapat juga kondisi dimana induksi persalinan dapat dipertimbangkan, yaitu : kehamilan kembar tanpa komplikasi dengan usia kehamilan ≥ 38 minggu, diabetes mellitus, *IUGR*, *IUFD*, oligohidramnion, hipertensi dalam kehamilan ≥ 38 minggu.

c. Kontraindikasi

Kontraindikasi induksi persalinan yaitu jika pada kondisi maternal terdapat; infeksi Herpes, Disproporsi, cefalopelvik, perdarahan pervaginam, plasenta previa, vasa previa. Sedangkan pada kondisi janin bila didapatkan malpresentasi janin, kondisi bayi yang meragukan.

d. Hal - hal yang perlu dinilai dan diperhatikan sebelum induksi persalinan antara lain:

1) Indikasi dan kontraindikasi

- 2) Usia kehamilan
 - 3) Kondisi serviks (skor Bishop)
 - 4) Penilaian pelvis dan antropometri janin
 - 5) Kondisi selaput amnion dan cairan amnion
 - 6) *Fetal wellbeing/ fetal heart rate monitoring prior to labour induction.*
 - 7) Kesejahteraan janin
- e. Risiko Induksi Persalinan

Risiko potensial dari induksi persalinan adalah peningkatan kemungkinan seksio sesarea, hiperstimulasi, kegawatan janin, *rupture uterus*, aspirasi meconium, dan prolapse tali pusat akibat amniotomi.

f. Macam – macam induksi persalinan

1) *Sweeping Membrane* (stimulasi jangkauan selaput)

Sweeping Membrane adalah salah satu metode awal induksi yaitu dengan cara merentangkan mulut rahim dengan jari untuk memisahkan membran yang mengelilingi bayi dari leher rahim. Hal ini diharapkan dapat menstimulasi kontraksi agar kelahiran dapat terjadi dalam 24-48 jam. Metode induksi ini diindikasikan jika belum terjadi persalinan pada usia kehamilan antara 40 dan 41 minggu.

2) Induksi dengan Kateter Foley atau Prostaglandin E2 dan Misoprostol

Induksi persalinan mekanik menggunakan kateter foley atau medikamentosa menggunakan prostaglandin E2 atau misoprostol merupakan metode induksi persalinan yang dapat dilakukan pada

kondisi serviks yang belum matang dengan *Modified Bishop's Score* ≤ 6 .

Tabel 2. 4 Bishop Score

FAKTOR	SKOR			
	0	1	2	3
Pembukaan (cm)	0	1 - 2 cm	3 - 4 cm	5 - 6 cm
Panjang serviks (cm)	> 4	3 - 4 cm	1-2 cm	< 1
Pendataran serviks (%)	0 - 30	40 - 50	60 - 70	80
Station	-3	-2	-1 atau 0	+1 atau +2
Konsistensi serviks	Kaku	medium	Lunak	-
Posisi portio	Posterior	Tengah	Anterior	-

Interpretasi:

1. Skor ≥ 6 : kondisi serviks matang
2. Skor ≤ 5 : serviks belum matang
3. Jika serviks belum matang :
 - a) Pematangan serviks dengan prostaglandin dan kateter foley.
- Jika serviks sudah matang :
 - a) Lakukan Amniotomi
 - b) Jika 1 jam his tidak baik, lakukan pemberian oksitosin drip
 - c) Jika ibu mengalami PEB, amniotomi bersamaan dengan oksitosin drip.

Prostaglandin E2 dan misoprostol tidak boleh digunakan pada *vaginal birth after caesarean section* karena akan meningkatkan risiko *ruptur uteri*.

Induksi persalinan secara farmakologis biasanya dengan menggunakan golongan prostaglandin atau oksitosin. Misoprostol merupakan analog prostaglandin E1 yang dikembangkan untuk pengobatan tukak lambung; namun efektivitas misoprostol untuk menginduksi kematangan serviks dan kontraktilitas uterus membuatnya banyak digunakan sebagai obat penginduksi persalinan. Misoprostol terutama digunakan sebagai penginduksi persalinan pada kondisi kehamilan ≥ 41 minggu atau *post-datism*, adanya komplikasi hipertensi/ diabetes, adanya masalah terkait cairan amniotik (seperti *Premature Rupture Membrane*, PROM), atau adanya masalah pada fetus (seperti *Nonreassuring Cardiotocograph*, NRCTG) Misoprostol tersedia dalam bentuk tablet, dan pada praktiknya seringkali diberikan per oral atau per vaginam sebagai penginduksi persalinan. Dosis misoprostol yang digunakan cukup bervariasi. Dosis misoprostol Vaginal (MV) yang diberikan umumnya adalah 25 µg tiap 4-6 jam (kebutuhan pemberian 1-3 kali, maksimum 11 kali. Sedangkan untuk dosis misoprostol oral (MO) yang umumnya diberikan adalah 20-25 µg tiap 2 – ≥ 4 jam (kebutuhan pemberian 2-6 kali).

3) Amniotomi dan Oksitosin

Kedua metode ini dapat digunakan pada kondisi serviks yang sudah matang. Pada metode induksi persalinan dengan oksitosin; diberikan setelah setidaknya 4 jam dari pemberian dosis terakhir misoprostol. Oksitosin juga dapat diberikan saat aterm ketika ketuban pecah dan kontraksi tidak terjadi, keterlambatan fase laten pada partus lama,

- Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan darah diperlukan setiap pagi hari setelah pembedahan, untuk mengukur hematokrit apabila terdapat kehilangan darah yang banyak pada saat pembedahan atau terjadi *oliguria* atau tanda-tanda lain yang mengisyaratkan *hipovolemia*.

- Menyusui

Menyusui dapat dimulai pada bayi setelah lahir.

4) Kontra indikasi pemberian oksitosin

2.4 Teori Masa Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (*puerperium*) dimaknai sebagai periode pemulihan segera setelah lahirnya bayi dan plasenta serta mencerminkan keadaan fisiologi ibu, terutama sistem reproduksi kembali mendekati keadaan sebelum hamil. Periode ini berlangsung enam minggu atau berakhir saat kembalinya kesuburan (Marliandani dan Ningrum, 2015).

Masa nifas (*puerperium*) adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. (Rukiyah dan Yulianti, 2018).

b. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Menurut Rukiyah dan Yulianti (2018), tujuan diberikan asuhan pada ibu selama masa nifas antara lain untuk:

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun psikologis dimana dalam asuhan pada masa nifas peranan keluarga sangat penting, dengan pemberian nutrisi, dukungan psikologis maka kesehatan ibu dan bayi selalu terjaga.
- 2) Melaksanakan skrining yang komprehensif yaitu mulai pengkajian data subyektif, objektif, maupun penunjang.
- 3) Mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.

c. Tahapan Masa Nifas

Menurut Rukiyah dan Yuliyanti (2018), nifas dibagi menjadi 3 tahapan sebagai berikut:

1) *Puerperium Dini*

Adalah pemulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.

2) *Puerperium intermedial*

Adalah pemulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.

3) *Remote Puerperium*

Adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki komplikasi.

d. Tanda Bahaya Masa Nifas

Menurut Marni (2017), tanda bahaya pada masa nifas :

1) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pervaginam paling sering diartikan sebagai keadaan kehilangan darah lebih dari 500 ml selama 24 jam pertama sesudah kelahiran bayi. Perdarahan postpartum merupakan penyebab penting kehilangan darah serius yang paling sering dijumpai di bagian obstetrik.

2) Infeksi masa nifas

Beberapa bakteri dapat menyebabkan infeksi setelah persalinan. Gejala umum infeksi dapat dilihat dari temperatur atau suhu pembengkakan takikardi. Sedangkan gejala local dapat berupa uterus lembek, kemerahan, dan rasa nyeri pada payudara atau adanya *disuria*.

3) Sakit kepala, nyeri epigastrik dan penglihatan kabur wanita yang baru melahirkan sering mengeluh sakit kepala hebat atau penglihatan kabur.

Penanganan :

- a) Jika ibu sadar periksa nadi, tekanan darah, pernafasan.
- b) Jika ibu tidak bernafas periksa lakukan intubasi jika perlu dan jika pernafasan dangkal periksa dan bebaskan jalan nafas dan beri oksigen 4-6 liter per menit.
- c) Jika ibu tidak sadar atau koma bebaskan jalan nafas, baringkan pada sisi kiri, ukur suhu, periksa apakah ada kaku tengkuk.

4) Demam, muntah rasa sakit waktu berkemih

Pada masa dini, sensitivitas kandung kemih terhadap tegangan air kemih di dalam *vesika* sering menurun akibat trauma persalinan serta *analgesia epidural* sensasi peregangan kandung kemih juga mungkin

berkurang akibat rasa tidak nyaman yang ditimbulkan oleh *episiotomy* yang lebar, laserasi periuretra, atau hematoma dinding vagina.

- 5) Merasa sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya dan dirinya sendiri. Pada minggu-minggu awal setelah persalinan sampai kurang lebih 1 tahun ibu post partum cenderung akan mengalami perasaan-perasaan yang tidak pada umumnya seperti merasa sedih, tidak mampu mengasuh dirinya sendiri dan bayinya.

e. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Pada masa ini perubahan fisiologis yang terjadi diantaranya sebagai berikut:

1) Perubahan sistem reproduksi

a) Perubahan kelenjar *mammae*

- b) Uterus, dalam masa nifas, uterus akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan uterus dalam keseluruhannya disebut involusi.

Tabel 2. 5 Perubahan *Uterus* Menurut Masa Involusinya

Involusi	Tinggi Fundus Uterus	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Plasenta Lahir	Dua jari di bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat-symphisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba diatas simfisis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber: (Dewi, 2020)

c) Perubahan di serviks dan segmen bawah uterus.

d) *Lochea*

Akibat *involusi uteri*, lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi *nekrotik*. *Desidua* yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Percampuran antara darah dan *desidua* inilah yang dinamakan *lochia*. Pengeluaran *lochea* dapat dibagi menjadi *lochea rubra*, *sanguilenta*, *serosa*, dan *alba*.

(1) *Rubra* (1-3 hari), merah kehitaman yang terdiri dari sel desidua.

verniks caseosa. rambut lanugo, sisa mekoneum dan sisa darah.

(2) *Sanguilenta* (3-7 hari), berwarna putih bercampur merah, sisa

darah bercampur lendir.

(3) *Serosa* (7-14 hari), kekuningan/kecokelatan, lebih sedikit darah

dan lebih banyak serum. juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta.

(4) *Alba* (>14 hari). berwarna putih mengandung leukosit, selaput

lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.

2) Perubahan sistem pencernaan

Pasca melahirkan, kadar progesteron mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal. Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain:

a) Nafsu Makan

Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal.

b) Motilitas

Penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anestesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

c) Pengosongan usus

Pasca melahirkan ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal.

3) Perubahan sistem perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Keadaan ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih sesudah bagian ini mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung.

f. Adaptasi psikologis masa nifas

menurut Maritalia (2017), adaptasi psikologis masa nifas terbagi menjadi 3 fase, yaitu:

1) Fase *Taking In*

Fase hari ke 1 dan 2 dimana merupakan fase ibu tergantung dengan orang lain. Lebih focus pada dirinya sendiri.

2) Fase *Taking Hold*

Fase yang berlangsung dari hari ketiga sampai kesepuluh setelah proses persalinan. Ibu cemas tidak bisa merawat bayinya, lebih sensitive, mudah tersinggung.

3) Fase *Letting Go*

Pada fase ini berlangsung kurang lebih sepuluh hari, ibu menerima peran dan tanggung jawabnya sebagai seorang ibu.

g. Standar Kunjungan dan Asuhan Masa Nifas

Menurut Buku KIA (2021), Kunjungan nifas dilakukan minimal 4 kali untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi, meliputi:

- 1) Pertama : 6 jam - 2 hari setelah persalinan
- 2) Kedua : 3 - 7 hari setelah persalinan
- 3) Ketiga : 8 - 28 hari setelah persalinan
- 4) Keempat : 29 - 42 hari setelah persalinan

(Kementrian Kesehatan RI, 2021).

Menurut Wahyuni (2018), Asuhan masa nifas berdasarkan waktu kunjungan nifas yaitu :

- 1) Kunjungan I (6 jam-2 hari setelah persalinan)
 - (a) Mencegah perdarahan masa nifas
 - (b) Mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.
 - (c) Pemberian ASI awal, 1 jam setelah Inisiasi Menyusu Dini (IMD) berhasil dilakukan.

- (d) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi.
- (e) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.

2) Kunjungan II (3-7 hari setelah persalinan)

- (a) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau menyengat.
- (b) Menilai adanya tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
- (c) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit dalam menyusui.
- (d) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi yaitu perawatan tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

3) Kunjungan III (8-28 hari setelah persalinan)

- (a) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau menyengat.
- (b) Menilai adanya tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
- (c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.
- (d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit dalam menyusui.
- (e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi yaitu perawatan tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

4) Kunjungan IV (29 hari-42 hari setelah persalinan)

- a) Menanyakan pada ibu tentang keluhan dan penyulit yang dialaminya.
- b) Memberikan konseling untuk menggunakan KB secara dini.

h. Penanganan Masa Nifas

Penanganan Masa Nifas menurut Saifuddin (2013), diantaranya sebagai berikut :

1) Kebersihan diri

- a) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh
- b) Mengajarkan ibu membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa untuk membersihkan daerah sekitar vulva terlebih dahulu dari belakang baru kemudian membersihkan daerah sekitar vulva setiap kali selesai buang air kecil atau besar.
- c) Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari kain dapat digunakan ulang jika setelah dicuci dengan baik dan dikeringkan di bawah sinar matahari atau disetrika.

2) Istirahat

- a) Anjurkan ibu agar istirahat yang cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
- b) Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu, diantaranya:
 - 1) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi.
 - 2) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan.

- 3) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.
 - c) Sarankan ibu untuk kembali kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan.
- 3) Kebutuhan Gizi
- a) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.
 - b) Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari.
 - c) Minum tablet zat besi selama 40 hari pasca bersalin.
 - d) Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberi vitamin A kepada bayinya melalui ASInya.
- 4) Perawatan payudara
5. Menjaga payudara tetap bersih dan kering
 6. Menggunakan BH yang menyokong payudara
 7. Untuk menghilangkan nyeri bisa minum paracetamol 1 tablet setiap 4-6 jam.
- 5) Apabila payudara bengkak akibat pembendungan ASI, lakukan:
- a) Pengompresan payudara dengan menggunakan kain basah dan hangat selama 5 menit.
 - b) Urut payudara dari arah pangkal, menuju puting atau gunakan sisir untuk mengurut payudara dengan arah “Z” menuju puting.
 - c) Keluarkan ASI sebagian dari bagian depan payudara sehingga puting susu menjadi lunak.
 - d) Susukan bayi setiap 2-3 jam. Apabila tidak dapat menghisap seluruh ASI sisanya keluarkan dengan tangan.

- e) Letakkan kain dingin pada payudara setelah menyusui.
- 6) Keluarga berencana
 - a) Idealnya pasangan harus menunggu sekurang-kurangnya 2 tahun sebelum hamil kembali.
 - b) Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapat lagi haidnya selama menyusui.
 - c) Meskipun beberapa metode Kb mengandung resiko, menggunakan kontrasepsi tetap lebih aman terutama apabila ibu sudah haid lagi.
 - d) Sebelum menggunakan KB. Hal –hal berikut sebaiknya dijelaskan dahulu kepada ibu:
 - (1) Bagaimana metode ini dapat mencegah dan efektifitasnya.
 - (2) Kelebihan/keuntungannya.
 - (3) Kekurangan
 - (4) Cara menggunakan
 - (5) Efek samping.
 - (6) Kapan metode ini dapat dimulai digunakan untuk wanita pasca persalinan.

2.5 Teori Pijat Oksitosin

a. Pengertian Pijat Oksitosin

Pijat oksitosin adalah suatu tindakan pemijatan tulang belakang mulai dari *nervus* ke 5-6 sampai *scapula* yang akan mempercepat kerja saraf parasimpatis untuk menyampaikan perintah ke otak bagian belakang sehingga oksitosin keluar. Pijat oksitosin ini dilakukan untuk

merangsang refleks oksitosin atau *let down reflex*. Selain untuk merangsang *let down reflex* manfaat pijat oksitosin adalah memberikan kenyamanan pada ibu, mengurangi bengkak, mengurangi sumbatan ASI, merangsang pelepasan hormone oksitosin, mempertahankan produksi ASI (Rahmanindar, N., Seventina N.H., Evi Z., 2023)

b. Hormon yang bekerja

1) Refleks Prolaktin

- a) Refleks ini secara hormonal untuk memproduksi ASI.
- b) Waktu bayi menghisap payudara ibu, terjadi rangsangan *neurohormonal* pada puting susu dan areola ibu.
- c) Rangsangan ini diteruskan ke hipofise melalui *nervus vagus*, terus ke *lobus anterior*.
- d) Dari lobus ini akan mengeluarkan hormon prolaktin, masuk ke peredaran darah sampai pada kelenjar-kelenjar pembuat ASI.
- e) Kelenjar ini akan terangsang untuk menghasilkan ASI.

2) Refleks aliran (*Let Down Refleks*)

Bersamaan dengan pembentukan prolaktin oleh *hipofise anterior*, rangsangan yang berasal dari isapan bayi dilanjutkan ke *hipofise posterior* yang kemudian dikeluarkan oksitosin. Melalui aliran darah, hormon ini menuju uterus sehingga menimbulkan kontraksi, kontraksi dari sel akan memeras air susu yang telah terbuat keluar dari *alveoli* dan masuk ke sistem *duktus* dan selanjutnya mengalir melalui masuk ke mulut bayi (Rahmanindar, N., Seventina N.H., Evi Z., 2023).

c. Mekanisme Pijat Oksitosin

Pijat oksitosin adalah pijat yang dilakukan sepanjang tulang belakang (*vertebre*) sampai *costae* ke lima atau ke enam. Melalui pemijatan pada tulang belakang, neurotransmitter akan merangsang *medulla oblongata* langsung mengirim pesan ke hipotalamus untuk mengeluarkan oksitosin. Dengan pijat oksitosin ini juga akan merileksasi ketegangan dan menghilangkan stress serta meningkatkan rasa nyaman. Saat ibu merasa nyaman atau rileks tubuh akan mudah melepaskan hormon oksitosin. Hormon oksitosin diproduksi oleh kelenjar *hipofisi posterior*. Setelah diproduksi oksitosin akan memasuki darah kemudian merangsang sel-sel *meopitel* yang mengelilingi *alveolus mammae* dan *duktus laktiferus*. Kontraksi sel-sel meopitel mendorong ASI keluar dari *alveolus mammae* melalui *duktus laktiferus* menuju ke *sinus laktiferus* dan disana ASI akan disimpan. Pada saat bayi menghisap puting susu, ASI yang tersimpan di *sinus laktiferus* akan tertekan keluar ke mulut bayi (Rahmanindar, N., Seventina N.H., Evi Z., 2023).

d. Manfaat Pijat Oksitosin

Manfaat pijat oksitosin bagi ibu nifas dan ibu menyusui, diantaranya :

- 1) Mempercepat penyembuhan luka bekas implantasi plasenta.
- 2) Mencegah terjadinya perdarahan post partum.
- 3) Dapat mempercepat terjadinya proses involusi uterus.
- 4) Meningkatkan produksi ASI.

- 5) Meningkatkan rasa nyaman pada ibu menyusui.
- 6) Meningkatkan hubungan psikologis antar ibu dan keluarga.

e. Langkah-langkah Pijat Oksitosin

Pijat oksitosin dilakukan dengan cara memijat pada daerah punggung sepanjang kedua sisi tulang belakang sehingga diharapkan dengan dilakukan pemijatan ini, ibu akan merasa rileks dan tidak kelelahan setelah melahirkan dapat membantu merangsang pengeluaran hormon oksitosin. Pijat oksitosin ini bisa dilakukan segera setelah ibu melahirkan bayinya dengan durasi ± 15 menit, frekuensi pemberian pijatan 1 - 2 kali sehari. Pijatan ini tidak harus dilakukan langsung oleh petugas kesehatan dengan menggunakan protokol kesehatan tetapi dapat juga dilakukan oleh suami atau anggota keluarga. Pemberian pijat oksitosin bisa kapan saja diberikan bahkan saat ASI ibu sudah lancar karena selain memperlancar ASI, pijatan bisa memberikan kenyamanan pada ibu. Berikut merupakan langkah-langkah pijat oksitosin (Rahmanindar, N., Seventina N.H., Evi Z., 2023) :

- 1) Memberitahukan kepada ibu tentang tindakan yang akan dilakukan, tujuan maupun cara kerjanya untuk menyiapkan kondisi psikologis ibu.
- 2) Menyiapkan peralatan dan ibu dianjurkan membuka pakaian atas dan merangsang handuk, agar dapat melakukan tindakan lebih efisien.
- 3) Mengatur ibu dalam kondisi posisi duduk dengan kepala bersandarkan tangan yang dilipat ke depan dan meletakkan tangan yang dilipat di meja yang ada depannya, dengan posisi tersebut

diharapkan bagian tulang belakang menjadi lebih mudah dilakukan pemijatan.

- 4) Melumuri kedua telapak tangan dengan minyak atau baby oil.
- 5) Memijat sepanjang kedua sisi tulang belakang ibu dengan menggunakan dua kepalan tangan, dengan ibu jari menunjuk ke depan.
- 6) Menekan kuat-kuat kedua sisi tulang belakang membentuk gerakan-gerakan melingkar kecil-kecil dengan kedua ibu jarinya.
- 7) Pada saat bersamaan, memijat kedua sisi tulang belakang ke arah bawah dari leher ke arah tulang belikat.
- 8) Mengulangi pemijatan hingga 3 kali.
- 9) Membersihkan punggung ibu dengan waslap air hangat dan dingin secara bergantian.



Gambar 2. 1 Pijat Oksitosin

f. Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Pijat Oksitosin

Ibu harus memperhatikan faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan pijat oksitosin yaitu mendengarkan suara bayi yang dapat memicu aliran yang memperlihatkan bagaimana produksi susu dapat dipengaruhi secara psikologis dan kondisi lingkungan saat menyusui,

rasa percaya diri sehingga tidak muncul persepsi tentang ketidakcukupan suplai ASI, mendekatkan diri dengan bayi, relaksasi yaitu latihan yang bersifat merilekskan maupun menenangkan seperti meditasi, yoga, dan relaksasi progresif dapat membantu memulihkan ketidakseimbangan saraf dan hormone serta memberikan ketenangan alami, sentuhan dan pijatan ketika menyusui, dukungan suami, dan keluarga, minum-minuman hangat yang menenangkan dan tidak dianjurkan ibu minum kopi karena mengandung kafein, menghangatkan payudara, merangsang puting susu yaitu menarik dan memutar puting secara perlahan menggunakan jari-jari ibu (Rahmanindar, N., Septina N.H., Evi Z., 2023).

g. Evidence Based

Penelitian Zendato, dkk (2019) dengan judul Pengaruh Pijat Oksitosin Terhadap Produksi ASI Pada Ibu Postpartum. Hasil penelitian menunjukkan bahwa rerata produksi ASI sebelum pijat oksitosin adalah sebesar 0,00 dengan jumlah rata-rata 0,00. Sedangkan rata-rata produksi ASI sesudah pijat oksitosin adalah sebesar 5,00 dengan jumlah rata-rata 45,00 sehingga dapat terlihat adanya peningkatan rata-rata produksi ASI sebelum dan sesudah pijat oksitosin dengan nilai Z adalah -2,673 dan nilai *p-value* adalah 0,008 ($p \leq 0,05$) maka dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh yang signifikan terhadap produksi ASI sebelum dan sesudah dilakukan pijat oksitosin.

Penelitian Fatmawati Ibrahim (2021), yang berjudul Penerapan Pijat Oksitosin dan Marmet untuk Meningkatkan Produksi ASI Ibu

Nifas. Hasil uji wilcoxon didapatkan nilai *mean pre and post test* pijat oksitosin adalah 4,7 dengan value 0,0005 dan teknik marmet nilai mean 4,5 dengan p-value 0,0004. Kesimpulan pijat oksitosin lebih efektif dibanding teknik marmet terhadap produksi ASI Ibu nifas di Puskesmas.

2.6 Teori Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal merupakan bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badan lahir nya antara 2500-4000 gram (Febrianti dan Aslina, 2019).

b. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal

Menurut Arfan (2016), ciri-ciri bayi baru lahir normal sebagai berikut:

- 1) Berat badan lahir 2500 - 4000 gram.
- 2) Panjang badan 48 - 52 cm.
- 3) Lingkar dada 30 - 38 cm.
- 4) Lingkar kepala 33 - 35 cm.
- 5) Denyut jantung 120 - 140 kali/menit.
- 6) Pernafasan 30 - 60 kali/ menit.
- 7) Kulit kemerahan, licin dan dilipat *vernix caseosa*.
- 8) Tidak terlihat rambut *lanugo* dan rambut kepala tampak sempurna.
- 9) Kuku tangan dan kaki sedikit panjang dan lemas.
- 10) Genetalia bayi normal.
- 11) Reflek primitif aktif.
- 12) Eliminasi baik.

13) Nilai APGAR > 7

Tabel 2. 6 Penilaian APGAR Score

Tanda	0	1	2
<i>Appearance</i> (warna kulit)	Pucat	Badan merah. Ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerah- merahan
<i>Pulse rate</i> (Frekuensi nadi)	Tidak ada	< 100 kali/menit	> 100 kali/menit
<i>Grimance</i> (reaksi rangsang)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimic	Batuk/bersin
<i>Activity</i> (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas dalam sedikit fleksi	Gerakan aktif
<i>Respiration</i> (pernafasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Baik/menangis

Sumber : (Arfian, 2016)

Interpretasi:

- a) Nilai 1-3 asfiksia berat
- b) Nilai 4-6 asfiksia sedang
- c) Nilai 7-10 asfiksia ringan (normal)

c. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Menurut Rukiyah dan Yulianti (2016), tanda bahaya pada bayi yaitu :

- 1) Pernapasan sulit atau lebih dari 60 x/menit.
- 2) Terlalu hangat ($> 38^{\circ}\text{C}$) atau terlalu dingin ($< 36^{\circ}\text{C}$).
- 3) Kulit bayi kering (terutama 24 jam pertama), biru, pucat atau memar.

- 4) Hisapan saat menyusu lemah, rewel, sering muntah, mengantuk berlebihan.
- 5) Tali pusat memerah, bengkak, keluar cairan, berbau busuk, pernafasan sulit.
- 6) Tidak BAB dalam 3 hari, tidak BAK dalam 24 jam, tinja lembek/encer, sering berwarna hijau tua, ada lendir atau darah.
- 7) Menggigil, rewel, lemas, mengantuk, kejang, tidak bisa tenang, menangis terus-menerus.

d. Asuhan Bayi Baru Lahir

Asuhan bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir selama 2 jam pertama setelah kelahiran. Tujuannya setelah mengetahui derajat vitalitas dengan mengukur reaksi bayi terhadap tindakan resusitasi titik derajat vitalitas bayi adalah kemampuan sejumlah fungsi tubuh yang bersifat esensial dan kompleks untuk berlangsung kelangsungan hidup bayi seperti pernapasan, denyut jantung, sirkulasi darah, dan refleks primitif seperti menghisap dan mencari puting susu (Saifuddin, 2019).

1) Membersihkan Jalan Nafas

Bayi normal akan menangis spontan segera setelah lahir. Apabila bayi tidak langsung menangis, pertolongan segera membersihkan jalan nafas dengan cara sebagai berikut:

- a) Letakkan bayi pada posisi terlentang di tempat yang keras dan hangat.

- b) Gulung sepotong kain dan letakkan di bawah bahu sehingga leher bayi lurus dan kepala tidak menekuk. Posisi kepala diatur lurus sedikit tengadah ke belakang.
- c) Bersihkan hidung, rongga mulut, dan tenggorokkan bayi dengan jari tangan yang dibungkus kasa steril.

2) Memotong tali pusat

Menurut Sondakh (2013), pemotongan dilakukan antara kedua klem, kemudian bayi diletakkan di atas kain bersih atau steril yang hangat. Setelah itu, dilakukan pengikatan tali pusat dengan alat penjepit. Untuk menghindari infeksi tali pusat yang dapat menyebabkan sepsis, meningitis, dan lain-lain. Selanjutnya tali pusat dirawat dalam keadaan steril/bersih dan kering.

3) Jagalah bayi agar tetap hangat

- a) Pastikan bayi tersebut tetap hangat dan terjadi kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu.
- b) Gantilah kain yang basah dan bungkus bayi tersebut dengan selimut dan jangan lupa memastikan bahwa kepala telah terlindungi dengan baik untuk mencegah keluarnya panas tubuh.
- c) Pastikan bayi tetap hangat dengan memeriksa telapak bayi setiap 15 menit.
- d) Apabila telapak bayi terasa dingin, periksalah suhu aksila bayi. Apabila suhu bayi kurang dari 36°C . Segera hangatkan bayi.

4) Rawat gabung dengan ibu

Berikan bayi kepada ibunya secepat mungkin. Kontak dini anatar ibu dan bayi itu penting untuk :

- a) Kehangatan mempertahankan panas yang benar pada bayi baru lahir.
- b) Doronglah ibu untuk menyusui bayinya apabila bayi telah “siap” (dengan menunjukkan *refleks rooting*). Jangan paksaan bayi untuk menyusu.

5) Perawatan mata

Obat mata *eritromicin* 0,5% atau *tetrasiklin* 1% dianjurkan untuk pencegahan penyakit akibat *klamidia* (penyakit menular seksual). Obat mata diberikan pada jam pertama setelah persalinan. Yang lazim dipakai adalah larutan perak *nitrat* atau *neosporin* yang langsung diteteskan pada mata bayi segera setelah bayi lahir.

6) Pemeriksaan Fisik Bayi

- a) Gunakan tempat yang hangat dan bersih untuk pemeriksaan.
- b) Cuci tangan sebelum dan sesudah pemeriksaan, gunakan sarung tangan dan bertindak lembut pada saat menangani bayi.
- c) Lihat, dengarkan dan rasakan tiap daerah, mulai dari kepala dan berlanjut secara sistematis menuju jari kaki.
- d) Jika ditemukan faktor resiko dan masalah, carilah bantuan lebih lanjut yang memang diperlukan.
- e) Rekam hasil pengamatan.

7) Pemberian vitamin K

Untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir, lakukan hal-hal berikut :

- a) Semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberikan vitamin K peroral 1 mg/hari selama 3 hari.
- b) Bayi resiko tinggi vitamin K Parental dengan dosis 0,5 – 1 mg.

e. Standar Kunjungan Bayi Baru Lahir

Menurut Kemenkes RI (2021), Pelayanan kesehatan bayi baru lahir oleh bidan/perawat/dokter dilaksanakan minimal 3 kali, yaitu : (Buku KIA, 2021)

- 1) Kunjungan pertama pada 6 jam – 48 jam setelah lahir
yang mendapatkan pelayanan kesehatan neonatal esensial dengan menggunakan pendekatan MTBM (Manajemen Terpadu Bayi Muda) di satu wilayah kerjapada kurun waktu tertentu.
- 2) Kunjungan kedua pada hari ke 3 - 7 setelah lahir
menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering, menjaga kebersihan bayi, pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterik, diare, BB rendah, dan masalah pemberian ASI, menjaga keamanan bayi, menjaga suhu tubuh bayi.
- 3) Kunjungan pada hari ke 8 – 28 setelah lahir
Diberikan konseling pada orang tua tentang berbagai informasi kunjungan dan tanda bahaya bayi baru lahir.

f. Adaptasi Fisiologi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan di Luar Uterus.

Menurut Sondakh (2013), konsep mengenai adaptasi bayi baru lahir adalah sebagai berikut :

- 1) Memulai segera pernapasan dan perubahan dalam pola sirkulasi. Konsep ini merupakan hal yang esensial pada kehidupan ektrauterin,
- 2) Dalam 24 jam setelah bayi lahir, sistem ginjal, *gastrointestinal*, *hematologi*, *metabolik*, dan sistem *neurologis* bayi baru lahir harus berfungsi secara memadai untuk mempertahankan kehidupan *ekstrauterin*.

a) Adaptasi Pernapasan

Pernapasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit sesudah lahir. Pernapasan ini timbul sering akibat aktivitas normal sistem saraf pusat dan *perifer* yang dibantu oleh beberapa rangsangan lainnya. semua ini menyebabkan perangsangan pusat pernapasan dalam otak yang melanjutkan rangsangan tersebut untuk menggerakkan *diafragma*, serta otot-otot pernapasan lainnya.

tekanan rongga dada bayi pada saat melalui jalan lahir pervaginam mengakibatkan paru-paru kehilangan 1/3 dari cairan yang terdapat di dalamnya, sehingga tersisa 80-100 ml. Setelah bayi lahir, cairan yang hilang tersebut akan diganti dengan udara.

b) Adaptasi *Kardiovaskuler*

Dengan berkembangnya paru-paru, pada alveoli akan terjadi peningkatan tekanan oksigen. Sebaliknya, karbon dioksida akan mengalami penurunan. Hal ini mengakibatkan terjadinya penurunan resistensi pembuluh darah dari *arteri pulmonalis* mengalir ke paru-paru dan *ductus arterious* tertutup. Setelah tali

pusat dipotong, aliran darah dari plasenta dan foramen ovale tertutup.

c) Perubahan Termoregulasi dan Metabolik

(1) Suhu bayi baru lahir dapat turun beberapa derajat karena lingkungan eksternal lebih dingin daripada lingkungan pada uterus.

(2) Suplai lemak subkutan yang terbatas dan area permukaan kulit yang besar dibandingkan dengan berat menyebabkan bayi mudah menghantarkan panas pada lingkungannya.

(3) Kehilangan panas yang cepat dalam lingkungan yang dingin terjadi melalui konduksi, konveksi, radiasi, dan evaporasi.

- Evaporasi adalah kehilangan panas akibat penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri.
- Konduksi adalah kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin.
- Konveksi adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin.
- Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi.

(4) Trauma dingin (hipotermi) pada bayi baru lahir dalam hubungannya dengan asidosis metabolik dapat bersifat mematikan, bahkan pada bayi cukup bulan yang sehat. Bayi

baru lahir dapat mempertahankan suhu tubuhnya dengan mengurangi konsumsi energi, serta merawatnya di dalam *Natural Thermal Environment* (NTE), yaitu suhu lingkungan rata-rata dimana produksi panas, pemakaian oksigen, dan kebutuhan nutrisi untuk pertumbuhan adalah minimal agar suhu tubuh menjadi normal.

d) Adaptasi Neurologis

- (1) Sistem neurologis bayi secara anatomik atau fisiologis belum berkembang sempurna.
- (2) Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstremitas.
- (3) Perkembangan neonatus terjadi cepat. Saat bayi tumbuh, perilaku yang lebih kompleks (misalnya: kontrol kepala, tersenyum dan meraih dengan tujuan) agar berkembang.
- (4) Refleks bayi baru lahir merupakan indikator penting perkembangan normal.

e) Adaptasi Gastrointestinal

- (1) Enzim-enzim digestif aktif saat lahir dan dapat menyokong kehidupan ekstrauterin pada kehamilan 36-38 minggu.
- (2) Perkembangan otot dan refleks yang penting untuk menghantarkan makanan sudah terbentuk saat lahir.

- (3) Pencernaan protein dan karbohidrat telah tercapai; pencernaan dan absorpsi lemak kurang baik karena tidak adekuatnya enzim-enzim *pankreas* dan *lipase*.
- (4) Kelenjar saliva imatur saat lahir, sedikit saliva diolah sampai bayi berusia 3 bulan.
- (5) Pengeluaran mekonium, yaitu feses berwarna hitam kehijauan, lengket, dan mengandung darah samar, diekskresikan dalam 24 jam pada 90% bayi baru lahir yang normal. Menurut Dewi (2013), dalam 3 hari pertama feses bayi masih bercampur mekonium dan frekuensi defekasi sebanyak satu kali dalam sehari.

f) Adaptasi Gastrointestinal

- (1) Enzim-enzim digestif aktif saat lahir dan dapat menyokong kehidupan ekstrauterin pada kehamilan 36-38 minggu.
- (2) Perkembangan otot dan refleks yang penting untuk menghantarkan makanan sudah terbentuk saat lahir.
- (3) Pencernaan protein dan karbohidrat telah tercapai; pencernaan dan absorpsi lemak kurang baik karena tidak adekuatnya enzim-enzim *pankreas* dan *lipase*.
- (4) Kelenjar saliva imatur saat lahir, sedikit saliva diolah sampai bayi berusia 3 bulan.
- (5) Pengeluaran mekonium, yaitu feses berwarna hitam kehijauan, lengket, dan mengandung darah samar, diekskresikan dalam 24 jam pada 90% bayi baru lahir yang normal. Menurut Dewi

(2013), dalam 3 hari pertama feses bayi masih bercampur mekonium dan frekuensi defekasi sebanyak satu kali dalam sehari.

g) Adaptasi Ginjal

- (1) Laju *filtrasi glomerulus* relatif rendah pada saat lahir disebabkan oleh tidak adekuatnya area permukaan *kapiler glomerulus*.
- (2) Penurunan kemampuan untuk mengekskresikan obat-obatan dan kehilangan cairan yang berlebihan mengakibatkan asidosis dan ketidakseimbangan cairan.
- (3) Sebagian besar bayi baru lahir berkemih dalam 24 jam pertama setelah bayi lahir dan 2-6 kali sehari pada 1-2 hari pertama; setelah itu, berkemih 5-20 kali dalam 24 jam.

h) Adaptasi Hati

- (1) Selama kehidupan janin dan sampai tingkat tertentu setelah lahir, hati terus membantu pembentukan darah.
- (2) Hati juga mengontrol jumlah bilirubin tak terkonjugasi yang bersirkulasi, pigmen berasal dari hemoglobin dan dilepaskan bersamaan dengan pemecahan sel-sel darah merah.
- (3) Bilirubin tak terkonjugasi dapat meninggalkan sistem vaskuler dan menembus jaringan ekstrasvaskuler lainnya mengakibatkan warna kuning yang disebut *jaundice* atau ikterus.

i) Adaptasi Imunitas

Imunitas jumlah sistem perlindungan secara signifikan meningkatkan resiko infeksi pada periode bayi baru lahir.

- (1) Respons inflamasi berkurang, baik secara kualitatif maupun kuantitatif.
- (2) *Fagositosis* lambat.
- (3) Keasaman lambung dan produksi *pepsin* dan *trypsin* belum berkembang sempurna sampai 3-4 minggu.
- (4) Immunoglobulin A hilang dari saluran pernapasan dan perkemihan, kecuali jika bayi tersebut menyusu ASI, Ig A juga tidak terdapat dalam saluran GI.

2.7 Imunisasi

3) Pengertian

Imunisasi merupakan suatu upaya memberikan kekebalan tubuh baik secara aktif maupun pasif melalui cara buatan yaitu pemberian antigen yang menstimulus antibody atau immunobiologik ke dalam tubuh (Wilson, 2015).

Imunisasi bertujuan menurunkan angka kesakitan, kematian, dan kecacatan yang disebabkan oleh penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Melalui imunisasi, tubuh menjadi kebal terhadap berbagai penyakit seperti hepatitis B, campak, polio, difteri, tetanus, batuk rejan, cacar air, TBC, dan lain sebagainya (Depkes RI, 2018).

4) Mekanisme Respon Imun Pada Imunisasi

Imunisasi jenis ini mempunyai kemampuan untuk mengenal benda asing. Benda asing yang pertama kali muncul dikenal oleh sistem imun

spesifik sehingga terjadi sensitifitas sel-sel imun. Bila sel imun tersebut berpapasan kembali dengan benda asing yang sama, maka benda asing yang terakhir akan dikenal lebih cepat, kemudian akan dihancurkan.

5) Sasaran Imunisasi

Tabel 2. 7 Sasaran Imunisasi

Jenis Imunisasi	Usia Pemberian	Jumlah Pemberian	Interval minimal
Hepatitis B	0 – 7 hari	1	-
BCG	1 bulan	1	-
Polio/IPV	1,2,3,4 bulan	4	4 minggu
DPT-HB-HIB	2,3,4 bulan	3	4 minggu
Campak	9 bulan	1	-
DPT-HB-HIB	18 bulan	1	-
Campak	24 bulan	1	-

Sumber : (Dirjen PP dan PL Depkes RI, 2013)

6) Penyakit Yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi

Berdasarkan Infodatin Kementerian Kesehatan (2016), penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi yaitu:

- a) Imunisasi wajib antara lain : polio, tuberculosis, hepatitis B, difteri, campak *rubella*, dan sindrom bawaan akibat *rubella*.
- b) Pada imunisasi yang dianjurkan antara lain : tetanus, pneumonia (radang paru), meningitis (radang selaput otak), cacar air.
- c) Pada imunisasi lain disesuaikan terhadap kondisi suatu negara tertentu.

7) Imunisasi pada masa pandemi

Setiap bayi di Indonesia yang berumur di bawah 12 bulan imunisasi dasar lengkap yang wajib adalah hepatitis B, BCG, pentavalen, *oral Poliovirus vaccine* (OPV), *inactivated polio vaccine* (IPV), dan campak atau *measless- rubella*.

2.8 Hipertensi Dalam Kehamilan

a. Definisi Hipertensi

Menurut Margiyati (2014) tekanan darah yang tidak normal dan cenderung tinggi dapat memberikan berbagai resiko terhadap kondisi kehamilan dan janin. Resiko yang paling mungkin terjadi adalah berkurangnya aliran darah menuju plasenta. Bayi didalam kandungan mendapat asuhan nutrisi dan oksigen dari aliran darah menuju plasenta, ketika aliran darah ini berkurang maka asupan nutrisi dan oksigen untuk bayi juga menurun. Tekanan darah tinggi juga bisa menyebabkan pemutusan plasenta dari uterus sebelum waktunya. Peristiwa inilah yang dapat memicu dilakukannya tindakan operasi *caesaria* untuk menyelamatkan ibu dan bayi.

Hipertensi dalam kehamilan adalah tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih, atau peningkatan sistolik > 30 mmHg, diastolik > 15 mmHg yang bisa terjadi pada usia kehamilan sebelum 20 minggu atau sesudah kehamilan 20 minggu (Widatiningsih, 2017).

b. Klasifikasi Hipertensi Dalam Kehamilan

1) Hipertensi Kronis

Hipertensi kronis adalah hipertensi yang timbul sebelum umur kehamilan 20 minggu atau hipertensi yang pertama kali didiagnosis setelah usia kehamilan 20 minggu dan kondisi hipertensi tersebut menetap sampai 12 minggu pascapersalinan. Munculnya gejala hipertensi sebelum kehamilan, sebagian besar kasus ini disebabkan hipertensi esensial, dengan riwayat keluarga hipertensi yang sangat kuat

dan disertai obesitas (International Society for The Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP) , 2014).

2) *Superimposed preeklampsia*

Superimposed preeklampsia adalah kondisi hipertensi yang memberat setelah kehamilan 20 minggu disertai tanda-tanda preeklamsia.

3) Hipertensi Gestasional

Hipertensi Gestasional adalah Munculnya hipertensi sejak usia kehamilan 20 minggu, tanpa ditentukan abnormalitas lainnya (proteinuria, dan gejala multi organ) dan menghilang sebelum 3 bulan pasca persalinan. Umumnya kondisi ini ringan, namun perlu diwaspadai sekitar 25% kasus akan menjadi preeklampsia sebelum 32 minggu (ISSHP, 2014).

4) Preeklampsia – Eklampsia

Preeklampsia adalah tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg setelah umur kehamilan 20 minggu, disertai dengan proteinuria ≥ 300 mg/24 jam atau dipstick $\geq + 1$.

Eklampsia adalah preeklampsia yang disertai dengan kejang tonik klonik disusul dengan koma.

c. Faktor Resiko Hipertensi Dalam Kehamilan

Faktor hipertensi dalam kehamilan (Puspitasari dkk, 2015) yaitu :

1) Usia

Ibu hamil atau ibu bersalin yang berusia > 35 tahun terjadi penurunan fungsi organ reproduksi sehingga tidak dapat bekerja secara

maksimal. Usia tersebut berhubungan dengan teori iskemia plasenta, bahwa trofoblas diserap kedalam sirkulasi yang memicu peningkatan sensitivitas terhadap angiotensin II, aldosteron sehingga terjadi spasme pembuluh darah serta tahanan terhadap garam dan air yang mengakibatkan hipertensi, bahkan edema.

2) Faktor Gen

Faktor gen menyumbangkan 30% terhadap perubahan tekanan darah pada populasi yang berbeda, seorang penderita hipertensi mempunyai genetic hipertensi primer (essensial) apabila dibiarkan secara alamiah tanpa intervensi terapi akan timbul tanda gejala.

3) Tingginya indeks massa tubuh

Terdapat hubungan antara tingginya nilai IMT dengan hipertensi, dimana keadaan itu dapat menginduksi oxidative stress dan menimbulkan disfungsi endotel yang merupakan konsep dasar penyebab HDK.

4) Faktor keturunan

Ibu hamil yang mempunyai riwayat hipertensi memiliki 7 kali risiko lebih berat dari yang tidak mempunyai riwayat hipertensi. Peningkatan risiko terjadinya preeklamsi sampai eklamsi terjadi pada ibu yang memiliki riwayat hipertensi kronis, diabetes, dan adanya riwayat preeklamsia/eklamsia sebelumnya.

5) Penyakit vascular

Mempunyai penyakit vascular hipertensi sebelumnya dan kehamilan dengan trofoblas yang berlebihan ditambah *vili korion* (kehamilan ganda, mola hidatidosa, diabetes mellitus, hidrops fetalis).

d. Komplikasi Hipertensi Dalam Kehamilan

Menurut (Prawirohardjo, 2014) ada beberapa komplikasi bagi ibu dan janin yang diakibatkan mengalami hipertensi selama hamil, yaitu

1) Bagi Ibu

- a) Solusio plasenta
- b) Fibrinogemia
- c) Perdarahan otak
- d) Kelainan mata karena perdarahan dialami retina
- e) Nekrosis hati (kerusakan sel-sel hati)
- f) Sindroma HELLP
- g) Kelainan ginjal

2) Bagi Janin

- a) Fetal distress
- b) Premature
- c) BBLR
- d) IUGR (*Intra Uterine Growth Restriction*)
- e) IUFD (*Intra Uterine Fetal Death*)

2.9 Konsep Dasar Pre Eklampsia

a. Pengertian Preeklampsia

Preeklampsia adalah sindrom spesifik kehamilan berupa berkurangnya perfusi organ akibat vasopasme dan aktivitas *endotel* yang ditandai dengan proteinuria dan hipertensi (Indah dan Ety, 2016).

Preeklampsia merupakan kondisi spesifik pada kehamilan yang ditandai dengan tingginya tekanan darah, kadar protein dalam urine

serta edema. Diagnosis preeklampsia ditegakkan berdasarkan adanya hipertensi spesifik yang disebabkan kehamilan disertai dengan gangguan sistem organ lainnya pada usia kehamilan diatas 20 minggu. Preeklampsia, sebelumnya selalu didefinisikan dengan adanya hipertensi dan proteinuri yang baru terjadi pada kehamilan (*new onset hypertension with proteinuria* (POGI, 2016).

Meskipun kedua kriteria ini masih menjadi definisi klasik preeklampsia, beberapa wanita lain menunjukkan adanya hipertensi disertai gangguan multisistem lain yang menunjukkan adanya kondisi berat dari preeklampsia meskipun pasien tersebut tidak mengalami proteinuri. Sedangkan, untuk edema tidak lagi digunakan sebagai kriteria diagnostik karena sangat banyak ditemukan pada wanita dengan kehamilan normal (POGI, 2016).

b. Etiologi

Penyebab pasti etiologi dan predisposisi hingga saat ini belum diketahui secara pasti, namun beberapa studi menyimpulkan bahwa penyebab dari tercetusnya preeklampsia adalah faktor keabnormalan invasi tropoblas pada uterus, ketidak sesuaian imunologi antara ibu dan janin, kegagalan beradaptasi sistem kardiovaskular, faktor infeksi pada kehamilan serta genetik (Queenan, 2013).

Ketidaknormalan invasi tropoblas (plasenta) menjadi salah satu faktor pencetus terkuat, dimana invasi dari sel-sel desidua oleh *sinsitiotropoblas* pada bagian *arteri spiralis miometrium*, menyebabkan hilangnya jaringan muskuloelastis yang akan menyebabkan pembuluh

darah berdilatasi dan mengurangi kemampuan kontraksinya. Tekanan pada sistem aliran darah *miometrium* menjadi rendah, sedangkan suplai darah dari plasenta menuju janin haruslah adekuat. Karenanya untuk dapat menghasilkan perfusi yang adekuat, penyesuaian diri yang dilakukan yaitu dengan meningkatkan tekanan darah untuk menghindari hipoksia pada plasenta (ACOG, 2013).

Studi lain memperkuat teori, bahwa kejadian invasi plasenta abnormal tersebut disebabkan oleh respon maternal, dimana terjadinya respon penolakan antigen janin yang didapatkan dari ayah yang akan saling bertentangan dengan sistem imun maternal. Sistem imun maternal ini akan menuju pelepasan faktor perusak sel endotel, dimana sel endotel dianggap sebagai benda asing yang akan mengganggu kestabilan sel tubuh ibu. Akibatnya sel endotel akan membentuk *endotelium* yang akan melapisi sistem kardiovaskuler dan rongga serosa ibu yang berfungsi sebagai sistem transport kapiler serta mencegah terjadinya pembentukan bekuan darah, sehingga akan menimbulkan vasopasme dan peningkatan tekanan darah, koagulasi abnormal dan thrombosis. Hal ini menimbulkan perpindahan cairan dari intraselular menuju ekstraselular yang akan menyebabkan protein urine dan hipovolemia. Perfusi plasenta yang abnormal pun dapat diperberat dengan penyakit penyerta lain seperti diabetes mellitus, hipertensi atau trombofelia (ACOG, 2013).

c. Patofisiologi

Pada kasus preeklampsia, terjadi invasi trofoblast yang tidak lengkap. Invasi terjadi secara dangkal terbatas pada pembuluh darah *desidua* tetapi tidak mencapai pembuluh darah *myometrium*. Pada kehamilan normal tanpa preeklampsia, invasi trofoblast terjadi secara lengkap mencapai *myometrium*.

Pada preeklampsia, arteri pada *myometrium* hanya memiliki diameter berukuran setengah lebih kecil dari plasenta yang normal. Selain itu pada awal preeklampsia terjadi kerusakan endotel, *insudasi* dari plasma ke dinding pembuluh darah. Akibat dari gangguan pembuluh darah tersebut, terjadi peningkatan tekanan darah serta kurangnya pasokan oksigen dan nutrisi ke plasenta.

Sel endotel pada ibu dengan preeklampsia tidak memiliki kemampuan yang baik dalam melepaskan suatu senyawa pemicu vaso dilatasi yaitu *nitrit oksida*. Selain itu endotel tersebut juga menghasilkan senyawa pencetus koagulasi serta mengalami peningkatan sensitifitas terhadap *vasopressor* (mengatur *vasokonstriksi*) dalam tubuh mengalami spasme, tekanan darah akan naik, dalam usaha mengatasi kenaikan tekanan *perifer* agar oksigenasi jaringan dapat dicukupi (Chunningham, 2013).

d. Faktor Resiko Preeklampsia

Menurut POGI (2016), dari beberapa peneliti sebelumnya telah mengidentifikasi beberapa faktor resiko terjadinya preeklampsia antara lain:

- 1) Umur > 40 tahun meningkatkan resiko preeklamsia dua kali lipat karena berhubungan dengan terjadinya hipertensi.
- 2) Multipara dengan riwayat preeklamsia sebelumnya.
- 3) Multipara dengan kehamilan oleh pasangan baru.
- 4) Primigravida dengan kehamilan pertama karena pada primigravida pembentukan antibody penghambat (*Blocking Antibodies*) belum sempurna yang menyebabkan suatu mekanisme sistem imunologi hingga terjadinya *blocking antibodies* terhadap antigen yang tidak sempurna. Pembentukan HLA (*Human Leucocyte Antigen*) yang berperan sebagai modulasi respon imun sehingga ibu akan menolak hasil konsepsi atau terjadi intoleransi ibu terhadap plasenta.
- 5) Multipara yang jarak kehamilannya ≥ 10 tahun atau dengan pasangan baru. Karena hal ini berkaitan sama halnya dengan primigravida dimana sistem imun atau antibody ibu tidak sempurna.
- 6) Obesitas seseorang dinyatakan mengalami obesitas jika memiliki hasil perhitungan IMT di antara 30-39,9. Selanjutnya, seseorang dianggap mengalami obesitas ekstrem jika hasil akhir BMI di atas 40. Obesitas sebelum hamil sering dikaitkan dengan resistensi insulin dan hipertensi, sehingga jika ibu dengan obesitas tersebut hipertensi maka besar kemungkinan untuk terjadinya preeklamsia.
- 7) Kehamilan Multiple atau kehamilan ganda yaitu berkaitan dengan proses invasi tropoblast yang terhambat.

- 8) Diabetes Mellitus karena berkurangnya insulin dalam sirkulasi darah, konsentrasi gula darah tinggi, dan berkurangnya glikogenesis. Diabetes dalam kehamilan menimbulkan banyak kesulitan. Penyakit ini akan menyebabkan perubahan-perubahan metabolik dan hormonal.
- 9) Hipertensi Kronik
- 10) Penyakit ginjal kronis
- 11) Faktor genetik atau riwayat preeklampsia pada ibu atau saudara perempuan.

e. Komplikasi Preeklampsia

Preeklampsia dapat berakibat buruk baik pada ibu maupun janin yang dikandungnya. Komplikasi pada ibu berupa sindroma HELLP (*Hemolysis, Elevated, Liver enzyme, Low Platelet*), edema paru, gangguan ginjal, perdarahan, solusio plasenta bahkan kematian ibu. Komplikasi pada bayi dapat berupa kelahiran premature, gawat janin, berat badan lahir rendah atau IUFD (*intra uterine fetal death*) (Dharma *et al.*, 2016)

f. Klasifikasi Pre Eklampsia

Menurut Buku Panduan Praktis Hipertensi Dalam Fetomaternal (2016), klasifikasi Preeklampsia terbaru tidak lagi membagi menjadi “ringan” dan “berat” namun dibagi menjadi preeklampsia “disertai gejala berat” (*with severe features*) dan “tanpa gejala berat” (*without severe features*). Hal tersebut bertujuan untuk meningkatkan kewaspadaan pada seluruh kasus PE yang dapat memburuk secara tiba-tiba. Selanjutnya preeklampsia tanpa gejala berat disebut sebagai PE,

sedangkan preeklampsia dengan gejala berat disebut preeklampsia berat (PEB).

g. Penegakkan Diagnosis

1) Preeklampsia

Menurut POGI (2016), Preeklampsia adalah hipertensi yang baru terjadi pada kehamilan diatas usia kehamilan 20 minggu disertai adanya gangguan organ. Jika hanya didapatkan hipertensi saja, kondisi tersebut tidak dapat disamakan dengan preeklampsia, harus didapatkan gangguan organ spesifik akibat preeklampsia tersebut. Sebagian besar kasus preeklampsia ditegakkan dengan adanya protein urin, namun jika protein urin tidak didapatkan, salah satu gejala dan gangguan lain dapat digunakan untuk menegakkan diagnosis preeklampsia.

Tanda gejala preeklampsia yaitu :

- a) Tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg.
- b) Proteinuria urin >300 mg dalam 24 jam atau dipstik +1

Jika tanpa protein urin preeklampsia dapat di ikuti oleh salah satu gejala dan gangguan lain di bawah ini :

- a) Trombositopenia : trombosit < 100.000 / mikroliter.
- b) Gangguan ginjal : kreatinin serum $> 1,1$ mg/dL
- c) Gangguan liver : peningkatan SGOT dan SGPT 2 kali normal dan atau adanya nyeri di daerah epigastrik/ regio kanan atas abdomen.
- d) Edema paru

- e) Adanya gejala neurologis : stroke, nyeri kepala, gangguan visus.
- f) Gangguan pertumbuhan janin yang menjadi tanda gangguan sirkulasi uteroplasenta : Oligohidramnion , *Fetal Growth Restriction* (FGR) atau didapatkan adanya *absent or reversed and diastolic velocity* (ARDV).

2) Preeklamsia Berat

Menurut POGI (2016), Beberapa gejala klinis meningkatkan morbiditas dan mortalitas pada preeklampsia, dan jika gejala tersebut di dapatkan, maka akan di kategorikan menjadi kondisi pemberatan preeklampsia berat. Kriteria, gejala dan kondisi yang menunjukkan kondisi pemberatan preeklamsia atau preeklamsia berat adalah sebagai berikut:

- a) Tekanan darah sekurang-kurangnya ≥ 160 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 110 mmHg pada dua kali pemeriksaan berjarak 15 menit menggunakan lengan yang sama.
- b) Trombositopenia < 100.000 sel/mm³.
- c) Proteinuria > 5 g / 24 jam atau +3 dalam pemeriksaan kualitatif.
- d) Gangguan ginjal : kreatinin serum $> 1,1$ mg/dL
- e) Gangguan liver : peningkatan SGOT dan SGPT 2 kali normal dan atau adanya nyeri di daerah epigastrik/ regio kanan atas abdomen.
- f) Edema paru
- g) Adanya gejala neurologis : stroke, nyeri kepala, gangguan

visus.

- h) Gangguan pertumbuhan janin yang menjadi tanda gangguan sirkulasi uteroplasenta : Oligohidramnion , *Fetal Growth Restriction* (FGR) atau didapatkan adanya *absent or reversed and diastolic velocity* (ARDV).

h. Pemeriksaan Penunjang Preeklampsia

- 1) Preeklampsia : Urin lengkap
- 2) Preeklampsia Berat

Pemeriksaan laboratorium : bila tersedia sarana & prasarana

- Pemeriksaan Hb, Ht, Leukosit, Trombosit, urin lengkap.
- Pemeriksaan elektrolit Na, K, Ca, dan Cl; kadar glukosa, Urea N, Kreatinin, SGOT, SGPT, analisa gas darah, asam urat darah.
- Pemeriksaan KTG
- Pemeriksaan foto rontgen thoraks
- Pemeriksaan USG

i. Penatalaksanaan Preeklampsia

- 1) Manajemen Ekspektatif atau Aktif

Tujuan utama dari manajemen ekspektatif adalah untuk memperbaiki luaran perinatal dengan mengurangi morbiditas neonatus serta memperpanjang usia gestasi tanpa membahayakan ibu (POGI, 2016).

a) Perawatan Ekspektatif Pada Preeklampsia Tanpa Gejala Berat

- (1) Manajemen ekspektatif direkomendasikan pada kasus preeklampsia tanpa gejala berat dengan usia kehamilan ≤ 37

minggu dengan evaluasi maternal dan janin yang lebih ketat.

- (2) Perawatan poliklinis secara ketat dapat dilakukan pada kasus preeklampsia tanpa gejala berat.
- (3) Evaluasi ketat yang dilakukan adalah:
 - Evaluasi gejala maternal dan gerakan janin setiap hari oleh pasien.
 - Evaluasi tekanan darah 2 kali dalam seminggu secara poliklinis.
 - Evaluasi jumlah trombosit dan fungsi liver setiap minggu.
 - Evaluasi USG dan kesejahteraan janin secara berkala (dianjurkan 2 kali dalam seminggu).
- (4) Jika usia kehamilan ≥ 37 minggu atau ≥ 34 minggu didapatkan persalinan atau ketuban pecah, perburukan kondisi ibu dan janin, pertumbuhan janin terhambat, terdapat solusio plasenta maka dilakukan terminasi kehamilan.

b) Manajemen Ekspektatif Pada Preeklampsia Berat

- (1) Manajemen ekspektatif direkomendasikan pada kasus preeklampsia berat dengan usia kehamilan ≤ 34 minggu dengan syarat kondisi ibu dan janin stabil.
- (2) Manajemen ekspektatif pada preeklampsia berat juga direkomendasikan untuk melakukan perawatan di fasilitas kesehatan yang adekuat dengan tersedia perawatan intensif bagi maternal dan neonatal.
- (3) Pemberian kortikosteroid untuk membantu pematangan paru

janin.

(4) Pasien dengan preeklampsia berat direkomendasikan untuk melakukan rawat inap selama melakukan perawatan ekspektatif.

(5) Jika usia kehamilan ≥ 34 minggu terdapat tanda inpartu, perburukan maternal – fetal, adanya salah satu gejala kontraindikasi perawatan ekspektatif maka dilakukan terminasi kehamilan.

(6) Kontraindikasi perawatan ekspektatif

Yaitu terdapat eklampsia, edema paru, DIC, hipertensi berat dan tidak terkontrol, gawat janin, solusio plasenta, IUFD.

2) Terapi Farmakologis

a) Pencegahan Preeklampsia

Penggunaan aspirin dosis rendah (75 mg/hari) direkomendasikan untuk prevensi preeklampsia pada wanita dengan risiko tinggi dan sebaiknya mulai digunakan sebelum usia kehamilan 20 minggu. Penggunaan aspirin dosis rendah dan supmen kalsium (minimal 1 mg/hari) direkomendasikan sebagai prevensi preeklampsia pada wanita dengan risiko tinggi terjadinya preeklampsia.

b) Pencegahan Komplikasi Preeklampsia

Terapi farmakologis dapat diberikan pada kondisi tertentu dengan tujuan mencegah komplikasi preeklampsia. Pada kasus PE tanpa gejala berat, manajemen terapinya bertujuan untuk

mencegah progresi penyakit menjadi preeklampsia berat, menentukan waktu yang tepat untuk terminasi, dan untuk mengevaluasi perkembangan paru janin, hal ini berbeda pada kasus preeklampsia berat yang bertujuan untuk mencegah terjadinya eklampsia, mengontrol tekanan darah dan rencana untuk terminasi.

(1) Pengobatan Medikamentosa

- (a) Segera masuk rumah sakit untuk rawat inap.
- (b) Tirah baring miring ke satu sisi (kiri).
- (c) Perawatan pengelolaan cairan.

Cairan yang diberikan dapat berupa 5% ringer-dekstrose atau cairan garam faali jumlah tetesan: <125 cc/ jam, infus dekstrose 5% yang tiap 1 litermya diselingi dengan infus ringer laktat (60-125 c/jam) 500 cc.

- (d) Dilakukan pemasangan foley catheter untuk mengukur pengeluaran urin. Oligua terjadi bila produksi urin < 30 cc/jam dalam 2-3 jam atau <500 cc/24 jam.
- (e) Pemberian obat anti kejang/anti hipertensi

Antihipertensi diberikan terutama bila tekanan darah mencapai :

- Sistolik ≥ 160 mmHg
- Diastolik ≥ 110 mmHg

Dapat diberikan : (Gawat Darurat)

- Nifedipin: dosis awal 10-20 mg per oral dan dapat

diulangi setiap 30 menit (maksimal 120 mg/24 jam) sampai terjadi penurunan MABP 20%. Selanjutnya diberikan dosis rumatan 3x10 mg (pemberian nifedipin tidak diperkenankan diberikan sub lingual).

2.10 Pencegahan dan Tata Laksana Kejang (Kemenkes RI, 2013)

Ibu hamil dengan preeklampsia harus segera dirujuk ke rumah sakit.

- a) Bila terjadi kejang, perhatikan jalan napas pernafasan (oksigen) dan sirkulasi (cairan intravena).
- b) MgSO₄ diberikan secara intravena kepada ibu dengan eklampsia (sebagai tatalaksana kejang) dan preeklampsia berat (sebagai pencegahan kejang).
- c) Pada kondisi dimana MgSO₄ tidak dapat diberikan seluruhnya, berikan dosis awal (*loading dose*) lalu rujuk Ibu segera ke fasilitas kesehatan yang memadai.
- d) Lakukan intubasi jika terjadi kejang berulang dan segera kirim Ibu ke ruang ICU (bila tersedia) yang sudah siap dengan fasilitas ventilator tekanan positif.

➤ Syarat pemberian MgSO₄ yaitu :

- Harus tersedia antidotum MgSO₄, yaitu kalsium glukonas 10% (1 gram dalam 10 cc) diberikan secara intravena. dalam waktu 3-5 menit.
- Refleks patella (+) kuat.
- Frekuensi pernafasan $\geq$ 16 kali per menit.
- Produksi urin $\geq$ 30 cc dalam 1 jam sebelumnya (0,5

cc/kg/bb/jam).

➤ **Cara pemberian MgSO₄** yaitu :

- Berikan dosis awal 4 gram MgSO₄ sesuai prosedur untuk mencegah kejang atau kejang berulang.
- Sambil menunggu rujukan, mulai dosis rumatan 6 gram MgSO₄ dalam 6 jam sesuai prosedur.

➤ **Cara pemberian dosis awal** yaitu :

- Ambil 4 gram larutan MgSO₄ (10 mili larutan MgSO₄ 40%) dan larutkan dengan 10 cc mili aquabides.
- Berikan larutan tersebut secara perlahan IV selama 20 menit.
- Jika akses intravena sulit, berikan masing-masing 5 g MgSO₄ (12,5 ml larutan MgSO₄ 40 %) IM di bokong kiri dan kanan.

➤ **Cara pemberian dosis rumatan** yaitu :

- Ambil 6 g MgSO₄ (15 ml larutan MgSO₄ 40%) dan larutkan dalam 500 ml larutan Ringer Laktat/ Ringer Asetat, lalu berikan secara IV dengan kecepatan 28 tpm selama 6 jam, dan diulang hingga 24 jam setelah persalinan atau kejang berakhir (bila eklampsia).
- Lakukan pemeriksaan fisik setiap jam, meliputi tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernafasan, reflek patella, dan jumlah urine.
- Bila frekuensi pernafasan < 16 x/menit, dan atau tidak

didapatkan reflek tendon patella, dan atau terdapat oliguria (produksi urin $< 0,5$ cc/kg/bb/jam), segera hentikan pemberian MgSO₄.

- Jika terjadi depresi napas, berikan Ca glukonas 1 g IV (10 ml larutan 10%) bolus dalam 10 menit.
- Selama ibu dengan preeklampsia dan eklampsia dirujuk, pantau dan nilai adanya perburukan preeklampsia. Apabila terjadi eklampsia, lakukan penilaian awal dan tatalaksana kegawatdaruratan. Berikan kembali MgSO₄ 2 g IV perlahan (15-20 menit). Bila setelah pemberian MgSO₄ ulang masih terdapat kejang, dapat dipertimbangkan pemberian diazepam 10 mg IV selama 2 menit.

➤ **Hentikan Pemberian MgSO₄ bila :**

- Ada tanda-tanda keracunan MgSO₄
- Setelah 24 jam pasca persalinan
- Dalam 6 jam pasca persalinan sudah terjadi perbaikan tekanan darah (normotensif).

Lakukan pemeriksaan fisik setiap 1 jam sekali meliputi: tekanan darah, nadi, pernafasan, reflek patella dan jumlah urin. Selama ibu dengan preeklampsia dan eklampsia dirujuk, pantau dan nilai adanya perburukan preeklampsia. Apabila terjadi eklampsia, lakukan penilaian awal dan tatalaksana kegawatdaruratan. Berikan kembali MgSO₄ IV

perlahan (15-20 menit). Bila setelah pemberian $MgSO_4$ ulangan masih terdapat kejang dapat dipertimbangkan pemberian diazepam 10 mg intravena selama 2 menit.

Apabila setelah 2 kali 24 jam tidak ada perbaikan maka keadaan ini dianggap sebagai kegagalan perawatan konservatif pengobatan medikamentosa dan dianjurkan untuk dilakukan terminasi.

3) Pengelolaan Obstetri (Cara Terminasi Kehamilan)

a) Gravida

(1) Dilakukan induksi persalinan

Bila skor bishop ≥ 6 , dan bila perlu dilakukan pematangan serviks dengan misoprostol. Induksi persalinan harus sudah mencapai kala II dalam waktu 24 jam. Bila tidak tercapai, induksi persalinan dianggap gagal, dan harus dilakukan tindakan seksio sesarea.

(2) Indikasi seksio sesarea:

- Syarat persalinan pervaginam tidak terpenuhi
- Terdapat kontraindikasi persalinan pervaginam
- Induksi persalinan gagal
- Terjadi gawat janin, kelainan letak
- Bila umur kehamilan < 34 minggu

b) Inpartu

(1) Perjalanan persalinan pervaginam diikuti dengan grafik *Friedman* dan untuk memperpendek kala II.

(2) Seksio sesarea dilakukan apabila terdapat kegawatan ibu dan gawat janin.

(3) Bila skor bishop ≤ 6 direkomendasikan tindakan SC.

b. Tanda Bahaya

- 1) Kesulitan bernafas
- 2) Kenaikan denyut nadi
- 3) Nafas berbunyi (*wheezing*)

4) Batuk

Keluhan utama penderita asma yaitu sesak nafas mendadak, disertai fase inspirasi yang lebih pendek dibandingkan dengan fase ekspirasi, dan diikuti bunyi wheezing, batuk yang disertai serangan sesak nafas.

c. Penatalaksanaan

- 1) Mencegah timbulnya stress
- 2) Menghindari faktor resiko yang sudah diketahui secara intensi.
- 3) Mencegah penggunaan obat seperti aspirin dan semacamnya yang dapat menjadi pencetus timbulnya serangan.
- 4) Pada asma yang ringan dapat digunakan obat-obatan lokal yang berbentuk inhalasi.

Manajemen tatalaksana asma menjadi pedoman dari Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI) dan *Global Initiative for Asthma* (GINA), prinsip dasar pengobatan asma pada hamil adalah memberikan terapi optimal sehingga dapat mempertahankan asma yang telah terkontrol bertujuan untuk mempertahankan kesehatan dan kualitas hidup ibu serta pertumbuhan janin yang normal selama kehamilan. Pasien asma harus diberikan informasi jelas mengenai potensi komplikasi asma yang dapat terjadi dan perubahan fungsi paru selama masa kehamilan. Edukasi dan penggunaan obat inhalasi secara tepat merupakan faktor terpenting menghindari pencetus asma dan segera berkonsultasi dengan dokter jika muncul gejala asma (PDPI, 2020).

2.11 Manajemen Kebidanan

a. Pengertian

Manajemen kebidanan merupakan suatu metode atau bentuk pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam memberi asuhan kebidanan. Langkah-langkah dalam manajemen kebidanan menggambarkan alur pola berpikir dan bertindak bidan dalam pengambilan keputusan klinis untuk mengatasi masalah. Tujuan utama asuhan kebidanan untuk menyelamatkan ibu dan bayi (mengurangi kesakitan dan kematian (Yulifah dan Surachmindari, 2016).

b. Model Dokumentasi Asuhan Kebidanan

Menurut Yulifah dan Surachmindari, (2016):

1) Manajemen Kebidanan Tujuh Langkah Varney

Proses manajemen terdiri atas tujuh langkah yang beruntun dimana setiap langkah disempurnakan secara periodik. Langkah-langkah tersebut adalah sebagai berikut:

a) Langkah I : Pengkajian (Pengumpulan Data Dasar)

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara anamnesis, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan, pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus, dan pemeriksaan penunjang.

b) Langkah 2 : Identifikasi Diagnosis dan Masalah

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan

interpretasi yang benar atas data- data yang telah dikumpulkan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik.

c) Langkah 3 : Identifikasi Diagnosis dan Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis/masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan sambil mengamati klien, sehingga diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosis/masalah benar-benar terjadi.

d) Langkah 4 : Identifikasi Kebutuhan Segera

Pada langkah ini, bidan menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien. Setelah itu, mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien.

e) Langkah 5 : Perencanaan Asuhan Menyeluruh (Intervensi)

Pada langkah ini bidan merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana asuhan bersama klien kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya.

f) Langkah 6 : Pelaksanaan Rencana Asuhan (Implementasi)

Pada langkah ini dilakukan pelaksanaan asuhan langsung secara efisien dan aman.

g) Langkah 7 : Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang telah diberikan. Hal yang dievaluasi meliputi apakah kebutuhan telah terpenuhi dan mengatasi diagnosis masalah dan masalah yang telah diidentifikasi.

2) Pendokumentasian Asuhan SOAP

Untuk mengetahui apa yang telah dilakukan oleh seorang bidan melalui proses berpikir sistematis, didokumentasikan dalam bentuk SOAP:

a) S (Subjektif)

Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis (langkah 1 Varney).

b) O (Objektif)

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan uji diagnosis lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan (Langkah I Varney).

c) A (Pengkajian/Assesment)

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi:

- Diagnosis/masalah;
- Antisipasi diagnosis/masalah potensial;
- Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter/konsultasi/kolaborasi dan atau rujukan (langkah II, III, IV Varney).

d) P (Planning/Penatalaksanaan)

Menggambarkan pendokumentasian tindakan dan evaluasi perencanaan berdasarkan assesment (langkah V,VI,VII Varney).

2.12 Landasan Hukum Kewenangan Bidan

a. Landasan Hukum

Undang-undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan

Pada Bab VI tentang Praktik Kebidanan bagian kedua Tugas dan Wewenang:

Pasal 46

- 1) Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan bertugas memberikan pelayanan yang meliputi :
 - (a) Pelayanan kesehatan ibu;
 - (b) Pelayanan kesehatan anak;
 - (c) Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana;
 - (d) Pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang; dan/atau
 - (e) Pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.
- 2) Tugas Bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilaksanakan secara bersama atau sendiri.
- 3) Pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara bertanggung jawab dan akuntabel.

Pasal 47

- 1) Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan dapat berperan sebagai:
 - (a) Pemberi Pelayanan Kebidanan;
 - (b) Pengelola Pelayanan Kebidanan;
 - (c) Penyuluh dan konselor;
 - (d) Pendidik, pembimbing, dan fasilitator klinik;
 - (e) Penggerak peran serta masyarakat pemberdayaan perempuan; dan/atau
 - (f) Peneliti.
- 2) Peran Bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 48

Bidan dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 dan Pasal 47, harus sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya.

Pasal 49

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1) huruf a, Bidan berwenang:

- 1) Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa sebelum hamil;
- 2) Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa kehamilan normal;
- 3) Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa persalinan dan menolong persalinan normal;

- 4) Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa nifas;
- 5) Melakukan pertolongan pertama kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas, dan rujukan; dan
- 6) Melakukan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi pada masa kehamilan, masa persalinan, pascapersalinan, masa nifas, serta asuhan pascakeguguran dan dianjurkan dengan rujukan.

Pasal 50

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1) huruf b, Bidan berwenang:

- 1) Memberikan Asuhan Kebidanan pada bayi baru lahir, bayi, balita, dan anak prasekolah;
- 2) Memberikan imunisasi sesuai program Pemerintah Pusat;
- 3) Melakukan pemantaun tumbuh kembang pada bayi, balita, dan anak prasekolah serta deteksi dini kasus penyulit, gangguan tumbuh kembang, dan rujukan; dan
- 4) Memberikan pertolongan pertama kegawatdaruratan pada bayi baru lahir dilanjutkan dengan rujukan.

Pasal 51 Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) huruf c, Bidan berwenang melakukan komunikasi, informasi, edukasi, konseling, dan memberikan pelayanan kontrasepsi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b. Standar Pelayanan Kebidanan

Menurut (Midwifery Update, 2016), adapun ruang lingkup standar pelayanan kebidanan meliputi 31 standar yang dikelompokkan sebagai berikut:

1) Standar praktik bidan secara umum (2 standar)

Standar 1 : persiapan Kehamilan, Persalinan, dan Periode Nifas yang sehat.

Standar 2 : Pendokumentasian

2) Standar praktik bidan pada kesehatan ibu dan anak (13 standar)

3) Standar praktik Bidan pada pelayanan ibu hamil (5 standar)

Standar 3 : Identifikasi Ibu Hamil

Standar 4 : Pemeriksaan antenatal dan deteksi dini komplikasi

Standar 5 : Penatalaksanaan anemia pada kehamilan

Standar 6 : Persiapan Persalinan

Standar 7 : Pencegahan HIV dari Ibu dan Ayah ke Anak

4) Standar praktik bidan pada pelayanan Ibu Bersalin (3 standar)

Standar 8 : Penatalaksanaan persalinan

Standar 9 : Asuhan Ibu PostPartum

Standar 10 : Asuhan Ibu dan Bayi selama masa postnatal

5) Standar praktik bidan pada kesehatan anak (5 standar)

Standar 11 : Asuhan segera pada Bayi Baru Lahir Normal

Standar 12 : Asuhan

Standar 14 : Pemantauan tumbuh kembang Bayi, Anak Balita dan anak prasekolah

Standar 15 : Manajemen Bayi Berat Lahir Rendah

- 6) Standar praktik kesehatan reproduksi perempuan dan KB (5 standar)

Standar 16 : Kesehatan reproduksi perempuan.

Standar 17 : Konseling dan persetujuan tindakan medis.

Standar 18 : Pelayanan kontrasepsi pil

Standar 19 : Pelayanan kontrasepsi suntik

Standar 20 : Pelayanan Kontrasepsi bawah kulit (AKBK/Implant).

Standar 21 : Pelayanan kontrasepsi dalam rahim (AKDR)

- 7) Standar praktik bidan pada kegawatdaruratan maternal dan neonatal (10 standar)

Standar 22 : Penanganan perdarahan pada kehamilan muda (<22 minggu).

Standar 23 : Penanganan perdarahan dalam kehamilan (> 22 minggu).

Standar 24 : Penanganan preeklampsia dan eklampsia

Standar 25 : Penanganan partus lama atau macet

Standar 26 : Penanganan gawat janin

Standar 27 : Penanganan retensio plasenta

Standar 28 : Penanganan perdarahan postpartum primer

Standar 29 : Penanganan perdarahan postpartum sekunder

Standar 30 : Penanganan sepsispuerperalis

Standar 31 : Penanganan asfiksia neonatorum

Standar pelayanan kebidanan pada penanganan preeklampsia dan eklampsia dalam kehamilan sesuai standar 24 yaitu penanganan preeklampsia dan eklampsia. Bidan menemukan tanda gejala preeklampsia seperti tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg, protein Urine + 1 atau lebih, dan bidan mengambil tindakan yang tepat. Tujuan dilakukannya standar ini yaitu bidan dapat mengenali dan menemukan secara dini adanya preeklampsia pada kehamilan dan melakukan tindakan yang diperlukan. Adapun tindakan yang dapat dilakukan bidan yaitu memberikan obat antihipertensi dan penatalaksanaan antikejang (pemberian $MgSO_4$) sebagai upaya penanganan awal pencegahan kejang pada klien. Hasil yang diharapkan dari penatalaksanaan standar ini adalah ibu hamil dengan preeklampsia mendapat perawatan yang memadai dan tepat waktu.

c. Kompetensi Bidan

Dalam melaksanakan otonomi, bidan diperlukan kompetensi-kompetensi baik dari segi pengetahuan umum, ketrampilan, dan perilaku yang berhubungan dengan ilmu-ilmu sosial, kesehatan masyarakat, dan kesehatan secara profesional. Kompetensi tersebut antara lain sebagai berikut:

- 1) Kompetensi ke-1: bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan ketrampilan dari ilmu-ilmu sosial, kesehatan masyarakat,

dan etik yang membentuk dasar dari asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya untuk wanita, bayi baru lahir, dan keluarganya.

- 2) Kompetensi ke-2: bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya, dan pelayanan menyeluruh di masyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan, dan kesiapan menjadi orang tua.
- 3) Kompetensi ke-3: bidan memberikan asuhan antenatal yang bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi deteksi dini, pengobatan, atau rujukan dari komplikasi tertentu.
- 4) Kompetensi ke-4: bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap budaya setempat selama persalinan, memimpin suatu persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir.
- 5) Kompetensi ke-5: bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat.
- 6) Kompetensi ke-6: bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi baru lahir sehat sampai dengan 1 bulan.

- 7) Kompetensi ke-7: bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi dan balita (1 bulan sampai 5 tahun).
- 8) Kompetensi ke-8 : bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada keluarga, kelompok, dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat.
- 9) Kompetensi ke-9: melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita atau ibu dengan gangguan sistem reproduksi (Yulifah, 2016).