BAB II
TINJAUAN TEORI

A. Kehamilan

1. Pengertian

Kehamila merupakan proses mata rantai yang berkesinambungan, dimulai dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi, nidasi, hingga pembentukan plasenta dan tumbuh kembang janin di dalam uterus (Prawirohardjo , 2023)

2. Perubahan selama hamil

Menurut Zahra dan Zakiyah (2020; h.3-35). Kehamilan merupakan suatu proses fisiologis yang menuntut terjadinya adaptasi pada berbagai sistem tubuh wanita. Adaptasi ini bersifat progresif dan dinamis, bertujuan untuk memenuhi kebutuhan janin yang sedang berkembang, mempersiapkan tubuh ibu menghadapi persalinan, serta mendukung proses laktasi pasca persalinan. Perubahan ini melibatkan hampir seluruh sistem organ, meliputi sistem reproduksi, kardiovaskular, pernapasan, gastrointestinal, urinaria, muskuloskeletal, integumen, dan endokrin.

a Sistem Reproduksi

Pada masa kehamilan, uterus mengalami hipertrofi dan hiperplasia sehingga ukurannya bertambah secara signifikan, dari sekitar 50 gram pada wanita tidak hamil menjadi sekitar 1000 gram pada akhir kehamilan. Pembesaran uterus ini disebabkan oleh pengaruh hormon estrogen dan progesteron yang meningkat selama kehamilan. Selain itu, serviks menjadi lebih lunak dan vaskularisasi meningkat (tanda Goodell dan Chadwick). Vagina juga mengalami peningkatan vaskularisasi dan sekresi, sebagai bentuk adaptasi terhadap perubahan hormonal.

b Sistem Kardiovaskula

Volume darah meningkat sekitar 40-50% selama kehamilan, yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi janin serta mempersiapkan tubuh ibu menghadapi kehilangan darah saat persalinan. Peningkatan volume darah ini menyebabkan hemodilusi sehingga kadar hemoglobin relatif menurun. Selain itu, curah jantung meningkat sekitar 30-50% sebagai respons terhadap peningkatan beban kerja jantung. Tekanan darah umumnya menurun pada trimester pertama dan kedua, kemudian kembali meningkat mendekati nilai normal pada trimester ketiga.

c Sistem Pernapasan

Perubahan pada sistem pernapasan ditandai dengan peningkatan kebutuhan oksigen dan perubahan mekanik akibat pembesaran uterus yang menekan diafragma. Volume tidal meningkat sekitar 30-40%, sedangkan volume residu paru menurun. Ibu hamil sering mengalami dispnea ringan, terutama pada trimester akhir, sebagai akibat dari perubahan ini.

d Sistem Gastrointestinal

Motilitas saluran cerna menurun akibat efek hormon progesteron yang menyebabkan relaksasi otot polos. Hal ini menyebabkan keluhan seperti mual, muntah (morning sickness), konstipasi, dan refluks asam lambung. Selain itu, terjadi perubahan pada gusi yang menjadi lebih mudah berdarah (epulis gravidarum).

e Sistem Urinaria

Ginjal mengalami peningkatan filtrasi glomerulus (glomerular filtration rate/GFR) sekitar 50% selama kehamilan. Pembesaran uterus juga menyebabkan kompresi pada ureter, sehingga meningkatkan risiko infeksi saluran kemih. Frekuensi miksi meningkat, terutama pada trimester pertama dan ketiga.

f Sistem Muskuloskeletal

Peningkatan berat badan dan perubahan pusat gravitasi tubuh menyebabkan perubahan postur ibu hamil. Hormon relaksin menyebabkan pelunakan ligamen dan sendi panggul untuk mempersiapkan persalinan,

namun juga meningkatkan risiko nyeri punggung dan ketidakstabilan sendi.

g Sistem Integumen

Perubahan kulit yang umum terjadi pada kehamilan meliputi hiperpigmentasi (linea nigra, cloasma gravidarum), striae gravidarum (stretch mark), dan perubahan pada rambut serta kuku. Perubahan ini terutama dipengaruhi oleh hormon estrogen, progesteron, dan melanocyte stimulating hormone (MSH).

h Sistem Endokrin

Selama kehamilan, terjadi peningkatan aktivitas kelenjar endokrin, terutama kelenjar tiroid, paratiroid, adrenal, dan pankreas. Plasenta juga berfungsi sebagai organ endokrin yang menghasilkan hormon-hormon penting seperti human chorionic gonadotropin (hCG), human placental lactogen (hPL), estrogen, dan progesteron.

3. Tanda bahaya kehamilan

Tanda bahaya kehamilan merupakan manifestasi klinis yang mengindikasikan adanya proses patologis yang dapat membahayakan homeostasis ibu dan/atau kesejahteraan janin. Identifikasi dini terhadap tanda-tanda ini esensial untuk menurunkan angka morbiditas dan mortalitas maternal-fetal Berdasarkan pedoman nasional yang tertuang dalam Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) tanda bahaya kehamilan yang memerlukan kewaspadaan tinggi antara lain:

a Perdarahan pervaginam merupakan keluarnya darah dari jalan lahir pada setiap usia kehamilan merupakan kondisi abnormal. Pada kehamilan trimester awal, perdarahan dapat menjadi indikasi abortus (keguguran), mola hidatidosa, atau kehamilan ektopik. Pada trimester lanjut, perdarahan masif dapat disebabkan oleh plasenta previa atau solusio plasenta, yang keduanya merupakan kegawatdaruratan obstetri (Rosa, 2021).

b Sakit kepala hebat dan Menetap merupakan sakit kepala yang parah, tidak berkurang dengan analgesik biasa, dan bersifat persisten, terutama jika

disertai gangguan penglihatan, merupakan gejala khas dari preeklamsia. Kondisi ini disebabkan oleh vasospasme serebral akibat hipertensi dalam kehamilan (Kemenkes RI, 2020).

c Gangguan Penglihatan: Pandangan mata yang menjadi kabur, berbayang (diplopia), atau munculnya kilatan cahaya (fotopsia) adalah tanda bahaya serius yang sering kali menyertai sakit kepala pada kasus preeklamsia berat.

d Edema pada wajah dan Jari Tangan: Pembengkakan (edema) ringan pada ekstremitas bawah adalah hal yang lazim. Namun, edema yang terjadi pada wajah dan jari tangan, tidak menghilang setelah istirahat, dan disertai peningkatan berat badan yang signifikan (≥1 kg/minggu) merupakan tanda akumulasi cairan patologis yang berkaitan dengan preeklamsia (Nugrawati & Amriani, 2021).

e Nyeri abdomen hebat. Nyeri perut yang hebat dan tidak terkait dengan kontraksi normal dapat mengindikasikan kondisi gawat darurat seperti solusio plasenta, ruptur uteri, apendisitis, atau kehamilan ektopik terganggu.

f Gerakan Janin berkurang atau hilang. Ibu hamil seharusnya merasakan setidaknya 10 kali gerakan janin dalam periode 2 jam pada kondisi istirahat. Penurunan frekuensi gerakan secara drastis atau hilangnya gerakan janin dapat menjadi tanda gawat janin (fetal distress) akibat hipoksia (kekurangan oksigen) (Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, 2021).

g Ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW): Keluarnya cairan ketuban dari jalan lahir sebelum dimulainya tanda-tanda persalinan. KPSW meningkatkan risiko infeksi intrauterin (korioamnionitis) bagi ibu dan janin, serta risiko prolaps tali pusat.

h Demam tinggi: Suhu tubuh maternal di atas 38∘C dapat menjadi indikasi adanya infeksi sistemik atau intrauterin. Infeksi selama kehamilan dapat memicu persalinan prematur dan membahayakan janin.

i Muntah berlebihan (Hiperemesis Gravidarum). Mual dan muntah yang parah hingga menyebabkan ibu tidak dapat mempertahankan asupan nutrisi dan cairan. Kondisi ini berisiko menyebabkan dehidrasi,

ketidakseimbangan elektrolit, penurunan berat badan, dan dapat mengganggu perkembangan janin (Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, 2021).

4. Kebutuhan fisik ibu hamil

Kehamilan merupakan suatu fase fisiologis yang memerlukan adaptasi signifikan pada tubuh ibu untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin. Selama periode ini, kebutuhan fisik ibu hamil mengalami peningkatan seiring dengan perubahan metabolik, hormonal, dan anatomis. Pemenuhan kebutuhan fisik yang optimal sangat penting dalam mencegah risiko komplikasi kehamilan serta memastikan kesehatan ibu dan janin (Kemenkes RI, 2020). Berdasarkan teori kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow yang dimodifikasi untuk konteks kehamilan, kebutuhan fisik ibu hamil meliputi aspek nutrisi, hidrasi, istirahat, aktivitas fisik, dan kebersihan diri.

a. Kebutuhan Nutrisi

Nutrisi merupakan komponen krusial dalam kehamilan karena berperan dalam perkembangan organ janin dan menjaga kesehatan ibu. Menurut Kemenkes RI (2020), ibu hamil membutuhkan asupan gizi seimbang dengan peningkatan kebutuhan energi sebesar 300 kkal/hari, terutama pada trimester kedua dan ketiga. Beberapa nutrisi esensial meliputi:

1) protein (70 g/hari) untuk pembentukan jaringan janin dan plasenta.
2) Zat besi (27 mg/hari) untuk mencegah anemia defisiensi besi.
3) Asam folat (600 mcg/hari) untuk mencegah neural tube defect.
4) Kalsium (1000 mg/hari) untuk pembentukan tulang dan gigi janin.
5) Vitamin D (15 mcg/hari) untuk penyerapan kalsium dan imunomodulasi.

Kekurangan nutrisi dapat meningkatkan risiko berat badan lahir rendah (BBLR), preeklamsia, dan persalinan prematur (Kemenkes RI, 2020).

b. Kebutuhan Hidrasi

Volume darah ibu hamil meningkat hingga 50%, sehingga kebutuhan cairan juga meningkat. Kemenkes RI (2020) merekomendasikan konsumsi 8-10 gelas air per hari untuk:

1) Mempertahankan volume darah dan cairan ketuban.
2) Mencegah dehidrasi yang dapat memicu kontraksi prematur.
3) Mengurangi risiko infeksi saluran kemih (ISK).

c. Kebutuhan Istirahat dan Tidur

Perubahan hormonal, seperti peningkatan progesteron, menyebabkan kelelahan dan kebutuhan tidur yang lebih lama. Ibu hamil disarankan untuk:

1) Tidur 7-9 jam/hari dengan posisi miring ke kiri untuk meningkatkan aliran darah ke plasenta.
2) Istirahat siang selama 30-60 menit untuk mengurangi kelelahan.

Kurang tidur dapat meningkatkan risiko hipertensi gestasional dan gangguan mood (Kemenkes RI, 2020).

d. Kebutuhan aktivitas fisik

Aktivitas fisik yang sesuai dengan kondisi kehamilan bermanfaat untuk:

1) Meningkatkan sirkulasi darah dan mengurangi edema.
2) Memperkuat otot pelvis untuk persalinan.
3) Mengontrol kenaikan berat badan dan mencegah diabetes gestasional.

Olahraga yang dianjurkan meliputi jalan kaki, senam hamil, dan yoga prenatal dengan intensitas sedang (Kemenkes RI, 2020).

e. Kebutuhan Kebersihan Diri.

Perubahan hormonal meningkatkan risiko infeksi, sehingga kebersihan diri harus diperhatikan, meliputi:

1) Mandi 2 kali sehari untuk mencegah infeksi kulit.
2) Menjaga kebersihan area genital untuk mencegah keputihan patologis.

3) Perawatan gigi dan mulut untuk mencegah gingivitis gravidarum.

5. Ketidaknyamanan pada ibu hamil trimester 3

a Nyeri Punggung Bawah (Low Back Pain): Merupakan keluhan paling umum. Disebabkan oleh pergeseran pusat gravitasi tubuh ke depan akibat pembesaran uterus, yang dikompensasi dengan postur lordosis lumbalis yang berlebihan. Selain itu, hormon relaksin menyebabkan pelonggaran ligamen panggul, sehingga stabilitas sendi berkurang (Wulandari & Setyorini, 2022).

b Sering Berkemih (Frekuensi Urinasi Meningkat): Pembesaran uterus dan penurunan kepala janin ke rongga panggul pada akhir kehamilan memberikan tekanan langsung pada kandung kemih, sehingga kapasitasnya menurun dan merangsang keinginan untuk berkemih lebih sering (Astuti, 2021).

c Sesak Napas (Dyspnea): Uterus yang membesar menekan diafragma ke arah atas, sehingga membatasi ekspansi paru-paru. Hal ini menyebabkan pernapasan menjadi lebih dangkal dan ibu merasa sesak, terutama saat berbaring atau beraktivitas (Sari & Andini, 2021).

d Edema pada Ekstremitas Bawah: Penekanan uterus pada vena cava inferior dan vena panggul menghambat aliran balik vena dari ekstremitas bawah. Peningkatan volume cairan tubuh juga berkontribusi pada penumpukan cairan (edema) di kaki dan pergelangan kaki.

e Kontraksi Braxton Hicks: Dikenal sebagai kontraksi palsu, yaitu kontraksi uterus yang tidak teratur, tidak bertambah kuat, dan tidak menyebabkan pembukaan serviks. Kontraksi ini merupakan latihan bagi otot rahim sebelum persalinan sesungguhnya.

f Gangguan Tidur (Insomnia): Kesulitan tidur dapat disebabkan oleh kombinasi berbagai faktor, seperti kesulitan menemukan posisi yang nyaman, sering berkemih di malam hari, nyeri punggung, sesak napas, dan kecemasan menjelang persalinan (Astuti, 2021).

6. Menejemen ketidaknyamanan pada trimester 3

a Manajemen ketidaknyamanan berfokus pada pendekatan non-farmakologis melalui edukasi dan adaptasi gaya hidup.

b Manajemen Nyeri Punggung: Dianjurkan untuk memperbaiki postur tubuh saat duduk, berdiri, dan berjalan. Penggunaan bantal untuk menopang punggung saat duduk atau tidur, melakukan senam hamil atau peregangan ringan secara teratur, serta menghindari mengangkat beban berat terbukti efektif. Kompres hangat juga dapat membantu meredakan nyeri (Wulandari & Setyorini, 2022).

c Manajemen Sering Berkemih: Ibu dianjurkan untuk tidak menahan keinginan berkemih, mengosongkan kandung kemih secara tuntas, dan mengurangi asupan cairan menjelang tidur. Namun, asupan cairan sepanjang hari harus tetap adekuat untuk mencegah dehidrasi. Latihan Kegel exercise juga dapat membantu memperkuat otot dasar panggul (Astuti, 2021).

d Manajemen Sesak Napas: Mengatur posisi tubuh dengan duduk tegak atau menggunakan bantal tambahan saat tidur untuk meninggikan posisi kepala dan dada dapat memberikan ruang lebih bagi paru-paru untuk berekspansi. Menghindari aktivitas berat dan mengambil napas dalam secara perlahan juga dapat membantu (Sari & Andini, 2021).

e Manajemen Edema: Menghindari berdiri atau duduk terlalu lama, meninggikan kaki saat beristirahat, melakukan gerakan pergelangan kaki secara teratur, serta tidur dengan posisi miring ke kiri untuk mengurangi tekanan pada vena cava inferior.

f Manajemen Kontraksi Braxton Hicks: Mengubah posisi, berjalan-jalan ringan, atau mandi air hangat dapat membantu meredakan kontraksi ini. Penting bagi ibu untuk dapat membedakannya dari kontraksi persalinan asli yang polanya teratur, semakin kuat, dan semakin sering.

g Manajemen Gangguan Tidur: Menciptakan rutinitas tidur yang konsisten, membuat lingkungan tidur yang nyaman (gelap, sejuk, dan tenang), melakukan relaksasi (seperti meditasi atau mendengarkan musik yang menenangkan) sebelum tidur, dan menggunakan bantal kehamilan untuk menopang tubuh dapat meningkatkan kualitas tidur.

7. Setandar pelayanan ANC

Standar Pelayanan Komprehensif dalam kunjungan Antenatal Care (ANC), yang sebelumnya dikenal sebagai "10T", merupakan pedoman pelayanan kesehatan esensial bagi ibu hamil di Indonesia. Standar ini bertujuan memastikan deteksi dini masalah kehamilan, pencegahan komplikasi, serta peningkatan kesehatan ibu dan janin secara menyeluruh. Berikut adalah uraian rinci setiap komponen pemeriksaan dan intervensi yang wajib dilakukan dalam setiap kunjungan ANC sesuai regulasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes No. 21 Tahun 2021)

a. Pengukuran Berat Badan dan Tinggi Badan.

   Pengukuran berat badan bertujuan memantau pertambahan berat badan ibu selama kehamilan, yang merupakan indikator status nutrisi dan kesehatan ibu serta janin. Pengukuran tinggi badan penting untuk menilai risiko persalinan, terutama terkait kemungkinan panggul sempit yang dapat meningkatkan risiko komplikasi persalinan.

b. Pengukuran Tekanan Darah

   Pemeriksaan tekanan darah dilakukan untuk mendeteksi secara dini risiko preeklamsia dan hipertensi dalam kehamilan, yang merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas maternal.

c. Penilaian Status Gizi (Pengukuran Lingkar Lengan Atas/LiLA).

   Lingkar Lengan Atas (LiLA) digunakan untuk menilai status gizi ibu hamil. Nilai LiLA di bawah standar (<23, 5 cm) mengindikasikan risiko kekurangan energi kronis (KEK), yang dapat berdampak pada pertumbuhan janin dan risiko komplikasi kehamilan.

d. Pengukuran Tinggi Fundus Uteri

   Pengukuran tinggi fundus uteri bertujuan memantau pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterin. Ketidaksesuaian tinggi fundus dengan usia kehamilan dapat menandakan adanya gangguan pertumbuhan janin atau kehamilan ganda.

e. Pemeriksaan Denyut Jantung Janin (DJJ)

   Pemeriksaan DJJ dilakukan untuk memastikan adanya kehidupan janin dan mendeteksi dini gangguan pada janin, seperti bradikardia atau takikardia, yang dapat menjadi tanda fetal distress.

f. Skrining Status Imunisasi Tetanus dan Pemberian Imunisasi TT Skrining Status Imunisasi Tetanus dan Pemberian Imunisasi TT Diperlukan Skrining untuk mengetahui status imunisasi yang bertujuan memastikan ibu hamil terlindungi dari risiko tetanus, baik untuk ibu maupun bayi baru lahir. Jika status imunisasi belum lengkap, diberikan imunisasi Tetanus Toxoid (TT) sesuai jadwal.

tabel 2. 1 status imunisasi TT

Setatus	Interval minimal pemberin imunisasi	Masa perlindungan
T1		
T2	4 minggu setelah T1	3 Tahun
T3	6 bulan stelah T2	5 Tahun
T4	1 tahun setelah T3	10 Tahun
T5	1 tahun setelah T4	Lebih dari 25 tahun

g. Pemberian Tablet Tambah Darah (Fe).

   Setiap ibu hamil dianjurkan mengonsumsi minimal 90 tablet tambah darah selama kehamilan untuk mencegah anemia, yang dapat meningkatkan risiko perdarahan, infeksi, dan komplikasi persalinan.

h. Tes Laboratorium Sesuai Standar.

   Pemeriksaan laboratorium minimal meliputi hemoglobin (Hb) untuk deteksi anemia, golongan darah, dan skrining penyakit menular seperti sifilis, HIV, dan hepatitis. Pemeriksaan ini penting untuk deteksi dini dan tata laksana kasus secara tepat.

i. Tata Laksana Kasus.

   Jika ditemukan kelainan atau komplikasi pada ibu hamil, dilakukan tata laksana sesuai diagnosis, baik berupa penanganan di fasilitas kesehatan

primer maupun rujukan ke fasilitas kesehatan lanjutan sesuai sistem rujukan yang berlaku.

j. Temu Wicara atau Konseling, Termasuk P4K.

Konseling meliputi edukasi tentang kehamilan sehat, tanda bahaya kehamilan, persiapan persalinan, perawatan masa nifas, pemberian ASI eksklusif, serta perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K). Konseling juga mencakup aspek kesehatan mental dan sosial ibu hamil.

Pelayanan antenatal (ANC) merupakan pilar utama dalam upaya pencegahan komplikasi kehamilan dan persalinan. Standar pelayanan ANC yang menjadi acuan untuk tahun 2025 adalah ANC terpadu berkualitas sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2021. Frekuensi Kunjungan Frekuensi minimal kunjungan ANC adalah 6 (enam) kali selama kehamilan, dengan ketentuan:

1) 1 kali kunjungan pada trimester pertama (salah satunya oleh dokter) sebelum mamasuki umur kehamilan 12 minggu dan melakukan ANC terpadu.
2) 2 kali kunjungan pada trimester kedua pada umur kehamilan pada usia 12 18 minggu atau 15–20 minggu.
3) 3 kali kunjungan pada trimester ketiga (salah satunya oleh dokter) pada usia kehamilan 29–32 minggu,usia kehamilan 33–36 minggu,dan di umur kehamilan 36 minggu keatas dilakuakan kunjungan setiap minggu 1 kali.

B. Resiko Tinggi

1. Pengertian kehamilan resiko tinggi

Kehamilan risiko tinggi adalah kondisi kehamilan yang disertai dengan faktor-faktor yang dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya komplikasi pada ibu, janin, atau keduanya, baik selama kehamilan,

persalinan, maupun masa nifas. Faktor risiko tersebut bisa bersifat medis, obstetrik, sosial, ataupun lingkungan (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2021), kehamilan risiko tinggi mencakup kehamilan pada ibu usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, kehamilan dengan riwayat obstetri buruk (seperti abortus berulang, preeklampsia, atau kelahiran prematur), kehamilan ganda (kembar), serta kehamilan dengan penyakit penyerta seperti hipertensi, diabetes, anemia berat, atau infeksi.

2. Klasifikasi kehamilan resiko tinggi

   Berdasarkan Buku Pedoman Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak, terdapat beberapa kriteria yang digunakan untuk mengidentifikasi kehamilan risiko tinggi, antara lain:

   a Usia ibu <20 tahun atau >35 tahun.
   b Jumlah persalinan >4 kali (grandemultipara).
   c Jarak kehamilan terlalu dekat (<2 tahun).
   d Riwayat komplikasi obstetri seperti preeklampsia, perdarahan, atau kelahiran prematur.
   e Kondisi medis ibu seperti hipertensi, diabetes, tuberkulosis, HIV/AIDS.
   f Status gizi buruk (IMT <18,5 atau anemia berat).

   (Depkes RI, 2020; Kemenkes RI, 2021)

3. Tujuan Identifikasi Kehamilan Risiko Tinggi.

   Tujuan utama dari identifikasi kehamilan risiko tinggi adalah untuk.

   a Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu serta bayi.
   b Memberikan pelayanan antenatal yang lebih intensif dan terarah.
   c Merencanakan tempat dan cara persalinan yang aman.
   d Menyediakan rujukan yang cepat dan tepat apabila terjadi komplikasi.

4. Resiko tinggi usia lebih dari 35 tahun

a Pengertian

Secara obstetri, usia maternal lanjut (disebut juga advanced maternal age atau kehamilan geriatri) didefinisikan sebagai kehamilan yang terjadi pada wanita berusia 35 tahun atau lebih pada saat perkiraan tanggal persalinan. Batasan usia ini didasarkan pada peningkatan risiko komplikasi medis dan obstetri dibandingkan dengan wanita yang hamil pada usia reproduktif optimal (20-34 tahun) (Kemenkes RI, 2020). Data di Indonesia menunjukkan adanya tren peningkatan jumlah ibu hamil pada kelompok usia ini, sejalan dengan peningkatan akses pendidikan dan karir perempuan yang cenderung menunda kehamilan (BPS, 2023).

b Faktor Risiko dan Mekanisme Patofisiologi

Peningkatan usia maternal membawa perubahan fisiologis dan akumulasi faktor risiko yang berkontribusi pada kehamilan berisiko tinggi:

1) Penurunan Kualitas dan Kuantitas Oosit: Seiring bertambahnya usia, cadangan ovarium menurun secara drastis, diikuti dengan penurunan kualitas oosit. Hal ini meningkatkan risiko aneuploidi (kelainan jumlah kromosom) seperti sindrom Down (trisomi 21), sindrom Edwards (trisomi 18), dan sindrom Patau (trisomi 13) (Puspita & Santosa, 2021).
2) Peningkatan Prevalensi Kondisi Medis Kronis: Wanita berusia lebih dari 35 tahun cenderung memiliki prevalensi lebih tinggi terhadap kondisi medis kronis yang sudah ada sebelumnya (pre-existing conditions), seperti hipertensi kronis, diabetes melitus (DM) pre-gestasional, gangguan tiroid, dan penyakit autoimun. Kondisi-kondisi ini dapat memperburuk luaran kehamilan dan meningkatkan risiko komplikasi (Susilowati et al., 2022).
3) Perubahan Fisiologis Tubuh: Elastisitas jaringan uterus dan serviks dapat berkurang, yang berpotensi menyebabkan disfungsi persalinan (persalinan yang tidak maju), persalinan lama, atau peningkatan risiko persalinan operatif.

4) Riwayat Obstetri Sebelumnya: Wanita usia lanjut mungkin memiliki riwayat infertilitas, kehamilan sebelumnya dengan komplikasi, atau riwayat prosedur reproduksi berbantuan (misalnya, In Vitro Fertilization (IVF)), yang semuanya dapat meningkatkan risiko pada kehamilan saat ini (Astuti & Ningsih, 2021).

c Komplikasi Maternal

Berbagai komplikasi maternal lebih sering terjadi pada kehamilan usia lanjut:

1) Gangguan Hipertensi dalam Kehamilan: Insidensi preeklampsia dan hipertensi gestasional secara signifikan lebih tinggi pada kelompok usia ini. Kondisi ini dapat menyebabkan komplikasi serius seperti kejang (eklampsia), sindrom HELLP, dan gangguan fungsi organ (Nurhayati & Lestari, 2023).
2) Diabetes Melitus Gestasional (DMG): Risiko terjadinya DMG meningkat seiring dengan usia maternal. DMG yang tidak terkontrol dapat menyebabkan makrosomia pada janin, persalinan sulit, dan peningkatan risiko DM tipe 2 di kemudian hari pada ibu (Kemenkes RI, 2020).
3) Perdarahan Antepartum: Risiko plasenta previa dan solusio plasenta cenderung meningkat pada usia maternal lanjut, yang dapat menyebabkan perdarahan berat sebelum atau selama persalinan.
4) Persalinan Prematur: Meskipun belum konsisten di semua studi, beberapa literatur menunjukkan sedikit peningkatan risiko persalinan prematur pada usia maternal lanjut.
5) Persalinan Operatif: Tingkat seksio sesarea (SC) jauh lebih tinggi pada wanita usia lanjut dibandingkan usia muda. Hal ini sering disebabkan oleh disfungsi persalinan, presentasi janin abnormal, atau indikasi janin seperti distres janin (Ningsih et al., 2020).
6) Peningkatan Morbiditas Maternal Berat: Komplikasi seperti perdarahan postpartum berat, tromboemboli, dan kebutuhan perawatan di unit intensif lebih sering terjadi

d Komplikasi Janin dan Neonatal

Komplikasi pada janin dan neonatus yang terkait dengan usia maternal lanjut meliputi:

1) Aneuploidi: Risiko kelainan kromosom seperti sindrom Down meningkat secara eksponensial dengan usia ibu. Misalnya, risiko sindrom Down pada usia 35 tahun adalah sekitar 1:350, dan pada usia 40 tahun adalah 1:100 (Puspita & Santosa, 2021).
2) Keterbatasan Pertumbuhan Intrauterin (IUGR) dan Berat Lahir Rendah: Beberapa penelitian menunjukkan peningkatan risiko IUGR dan bayi berat lahir rendah, meskipun mekanismenya masih perlu diteliti lebih lanjut.
3) Lahir Mati (Stillbirth): Risiko lahir mati meningkat setelah usia 35 tahun, dan terus meningkat seiring bertambahnya usia. Pengawasan janin yang ketat pada trimester ketiga sangat direkomendasikan untuk mengurangi risiko ini (Astuti & Ningsih, 2021).
4) Prematuritas: Seperti disebutkan sebelumnya, persalinan prematur dapat meningkatkan risiko komplikasi neonatus seperti sindrom distres pernapasan, perdarahan intraventrikular, dan enterokolitis nekrotikans.
5) Anomali Kongenital Lainnya: Selain aneuploidi, ada juga sedikit peningkatan risiko anomali kongenital non-kromosom tertentu.

e Manajemen kehamilan pada usia lebih dari 35

Manajemen kehamilan pada usia lebih dari 35 tahun memerlukan pendekatan yang komprehensif dan multidisiplin.

Konseling Pra-Kehamilan: Penting untuk memberikan konseling menyeluruh mengenai risiko yang mungkin timbul, pilihan skrining genetik, dan optimasi kesehatan sebelum konsepsi.

1) Skrining dan Diagnosis Prenatal:

a) Skrining Aneuploidi: Penawaran Non-Invasive Prenatal Testing (NIPT) atau skrining serum biokimia sebagai pilihan skrining lini pertama.

b) Diagnosis Definitif: Amniosentesis atau chorionic villus sampling (CVS) harus ditawarkan untuk diagnosis definitif kelainan kromosom, terutama jika skrining menunjukkan risiko tinggi (ACOG, 2020).

c) Ultrasonografi Detail: USG anomali target pada trimester kedua untuk mendeteksi kelainan struktural.

2) Pemantauan Ketat Kondisi Medis Ibu: Skrining dan manajemen proaktif untuk hipertensi, diabetes, dan kondisi medis kronis lainnya.

3) Pemantauan Pertumbuhan dan Kesejahteraan Janin: Pemantauan pertumbuhan janin yang teratur melalui USG dan penilaian kesejahteraan janin (misalnya, non-stress test, profil biofisik) pada trimester ketiga, terutama setelah 38-39 minggu kehamilan, untuk mengurangi risiko lahir mati (Kominiarek & Kilpatrick, 2020).

4) Perencanaan Persalinan: Pertimbangan individual untuk mode persalinan. Meskipun SC lebih sering terjadi, persalinan pervaginam tetap menjadi tujuan jika tidak ada kontraindikasi obstetri. Induksi persalinan pada usia kehamilan tertentu (misalnya, 39-40 minggu) mungkin dipertimbangkan untuk mengurangi risiko lahir mati.

5. Grandemultipara

a Pengertian

Grandemultipara didefinisikan sebagai wanita yang melahirkan lima atau lebih janin viable (usia kehamilan ≥20 minggu atau berat lahir ≥500 gram) (Kemenkes RI, 2020). Di Indonesia, prevalensi grandemultipara menunjukkan penurunan seiring efektivitas program keluarga berencana, namun tetap berkontribusi terhadap beban morbiditas maternal (BPS, 2023).

b Patofisiologi dan Faktor Risiko

Peningkatan paritas pada grandemultipara menyebabkan perubahan fisiologis dan akumulasi faktor risiko yang berkontribusi pada kehamilan berisiko tinggi:

1) Perubahan Struktural Uterus. Regangan miometrium yang berulang akibat kehamilan dan persalinan sebelumnya menyebabkan degenerasi serat otot dan penurunan tonus (hipotoni) pada dinding

uterus. Kondisi ini secara signifikan meningkatkan risiko atonia uteri pascapersalinan, yang merupakan penyebab utama perdarahan postpartum (Putri & Lestari, 2022).

2) Komorbiditas Sistemik. Akumulasi paritas sering berasosiasi dengan peningkatan usia maternal. Oleh karena itu, grandemultipara memiliki prevalensi yang lebih tinggi terhadap komorbiditas sistemik seperti hipertensi kronis, diabetes melitus, dan anemia defisiensi besi (Wahyuni & Fitriani, 2021; Rahmawati & Indraswati, 2023). Kondisi-kondisi ini dapat memperburuk luaran kehamilan.
3) Perubahan Vaskularisasi Endometrium: Implantasi plasenta yang berulang pada dinding uterus dapat menyebabkan perubahan pada vaskularisasi endometrium. Hal ini berpotensi meningkatkan risiko gangguan plasentasi, seperti plasenta previa atau solusio plasenta, pada kehamilan berikutnya.
4) Kelemahan Jaringan Penunjang Panggul. Relaksasi ligamen uterosakralis dan struktur penunjang panggul lainnya akibat regangan berulang selama persalinan dapat menyebabkan malpresentasi janin (misalnya, sungsang atau lintang) dan disfungsi dasar panggul di kemudian hari.

c Komplikasi Maternal

Grandemultipara memiliki risiko yang lebih tinggi terhadap berbagai komplikasi maternal, sebagai berikut:

tabel 2. 2 komplikasi maternal

Komplikasi	Mekanisme Patofisiologis	Prevalensi pada Grandemultipara
Perdarahan Pascapersalinan	Atonia uteri, retensio plasenta	Meningkat signifikan (Putri & Lestari, 2022)
Gangguan Plasenta	Implantasi abnormal endometrium	Plasenta previa 3-5 kali lebih tinggi (Wahyuni & Fitriani, 2021)
Disfungsi Persalinan	Inersia uteri, malpresentasi janin	40-60% (Kemenkes RI, 2020)
Anemia Defisiensi Besi	Penipisan cadangan zat besi maternal	Prevalensi 65-80% (Rahmawati & Indraswati, 2023)

d Komplikasi Perinatal

Selain komplikasi maternal, kehamilan pada grandemultipara juga meningkatkan risiko komplikasi pada janin dan neonatus:

1) Asfiksia Neonatorum: Dapat terjadi sekunder terhadap distosia persalinan (persalinan sulit atau lama) atau perdarahan intrapartum yang menyebabkan gangguan suplai oksigen ke janin.
2) Makrosomia: Risiko janin makrosomia (berat lahir >4000 gram) meningkat, terutama jika grandemultipara disertai dengan komorbiditas metabolik maternal seperti diabetes melitus gestasional. Makrosomia dapat menyebabkan distosia bahu saat persalinan.

3) Prematuritas Iatrogenik: Komplikasi maternal yang akut seperti preeklampsia berat atau plasenta previa dengan perdarahan masif dapat memerlukan terminasi kehamilan secara iatrogenik (atas indikasi medis) sebelum aterm, sehingga meningkatkan risiko prematuritas.

5) Komplikasi Janin dan Neonatal

Komplikasi pada janin dan neonatus yang terkait dengan grandemultipara meliputi:

1) Asfiksia Neonatorum: Risiko asfiksia neonatorum dapat meningkat akibat persalinan lama, disfungsi uterus, atau perdarahan intrapartum yang sering terjadi pada grandemultipara (Kemenkes RI, 2020; Putri & Lestari, 2022).
2) Gawat Janin: Risiko gawat janin dapat meningkat akibat komplikasi maternal seperti hipertensi atau perdarahan, serta disfungsi plasenta yang mungkin terjadi pada grandemultipara (Kemenkes RI, 2020).
3) Makrosomia: Jika grandemultipara juga disertai dengan kondisi seperti diabetes gestasional atau obesitas, risiko janin makrosomia (berat lahir >4000 gram) meningkat, yang dapat menyebabkan distosia bahu dan trauma lahir (Kemenkes RI, 2020).
4) Bayi dengan Komplikasi Terkait Prematuritas: Meskipun grandemultipara tidak secara langsung meningkatkan risiko prematuritas, komplikasi maternal yang lebih sering terjadi pada kelompok ini, seperti preeklampsia atau perdarahan (misalnya plasenta previa), dapat memicu persalinan prematur (Wahyuni & Fitriani, 2021).

e Manajemen Kehamilan Risiko Tinggi pada Grandemultipara.

Manajemen kehamilan pada grandemultipara memerlukan pendekatan yang komprehensif, proaktif, dan terintegrasi sesuai dengan pedoman nasional:

1) Antenatal Care (ANC) yang Teratur dan Komprehensif:

a) Identifikasi Dini: Klasifikasi sebagai grandemultipara harus segera dilakukan pada kunjungan ANC pertama.
b) Skrining Kondisi Medis: Skrining dan manajemen proaktif untuk anemia, hipertensi, dan diabetes melitus. Suplementasi zat besi dan asam folat harus diberikan secara adekuat.
c) Pemantauan Nutrisi: Edukasi dan pemantauan status nutrisi ibu.
d) Pemeriksaan Abdominal Rutin: Pemantauan tinggi fundus uteri dan palpasi Leopold untuk mendeteksi dini malpresentasi janin.

2) Persiapan Persalinan:
   a) Tempat Persalinan: Persalinan harus direncanakan di fasilitas kesehatan dengan kemampuan penanganan komplikasi obstetri, terutama perdarahan postpartum (misalnya, Puskesmas PONED atau RS PONEK), bukan di rumah atau fasilitas kesehatan dasar yang tidak memadai (Kemenkes RI, 2020).
   b) Manajemen Aktif Kala III: Pemberian uterotonika segera setelah lahir bahu anterior, penarikan tali pusat terkendali (Controlled Cord Traction/CCT), dan pijat fundus uteri untuk mencegah atonia uteri. Persiapan tranfusi darah harus dipertimbangkan.
   c) Skrining Malpresentasi: Jika dicurigai malpresentasi, USG harus dilakukan untuk konfirmasi dan perencanaan persalinan yang tepat.

3) Pemantauan Pascapersalinan:
   a) Observasi Ketat: Pemantauan ketat kontraksi uterus, tanda-tanda vital, dan perdarahan selama minimal 24 jam pertama pascapersalinan untuk deteksi dini PPH.
   b) Edukasi dan Konseling Keluarga Berencana (KB): Penting untuk memberikan konseling KB secara intensif kepada grandemultipara untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan di masa depan dan mengurangi risiko kesehatan ibu (BKKBN, 2021). Metode kontrasepsi jangka panjang dan permanen (misalnya, IUD, implan, atau MOW) harus ditawarkan dan didukung.

6. Anemia

a pengertian

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), anemia pada kehamilan didefinisikan apabila kadar hemoglobin kurang dari 11 g/dL. Klasifikasi derajat anemia pada kehamilan didasarkan pada kadar hemoglobin sebagai berikut:

1) Anemia ringan Hb 9-10,9 g/dL
2) Anemia sedang Hb 7-8,9 g/dL
3) Anemia berat Hb kurang dari 7 g/dL

Di Indonesia, batasan ini juga digunakan sebagai acuan dalam diagnosis dan penatalaksanaan anemia pada ibu hamil (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

b Etiologi Anemia pada Kehamilan

Penyebab utama anemia pada kehamilan adalah defisiensi zat besi, yang diperparah oleh:

1) Peningkatan Kebutuhan Zat Besi: Volume plasma darah meningkat drastis selama kehamilan, diikuti dengan peningkatan massa sel darah merah. Kebutuhan zat besi untuk sintesis hemoglobin pada ibu dan janin meningkat secara signifikan (Sukmawati et al., 2022).
2) Asupan Gizi yang Tidak Adekuat: Diet yang kurang mengandung zat besi, vitamin B12, dan folat.
3) Jarak Kehamilan Terlalu Dekat: Ibu belum sempat memulihkan cadangan zat besi dari kehamilan sebelumnya.
4) Multiparitas: Semakin sering hamil, cadangan zat besi semakin terkuras.
5) Mual dan Muntah Berat (Hiperemesis Gravidarum): Mengganggu asupan nutrisi.
6) Penyakit Kronis: Infeksi kronis (misalnya malaria, TBC), penyakit ginjal, atau perdarahan kronis.
7) Usia Ibu: Remaja putri atau ibu hamil di atas usia 35 tahun memiliki risiko lebih tinggi.
8) Sosioekonomi Rendah: Keterbatasan akses terhadap makanan bergizi dan pelayanan kesehatan (Wulandari & Susilowati, 2020).

c Patofisiologi Anemia pada Kehamilan

Pada kehamilan, terjadi hemodilusi fisiologis di mana volume plasma meningkat lebih besar dibandingkan dengan peningkatan massa sel darah merah. Meskipun ini normal, jika asupan zat besi tidak mencukupi, tubuh tidak dapat memproduksi sel darah merah yang cukup, menyebabkan penurunan kadar hemoglobin. Zat besi adalah komponen esensial hemoglobin, protein dalam sel darah merah yang bertanggung jawab membawa oksigen ke seluruh tubuh dan janin. Ketika kadar zat besi rendah, produksi hemoglobin terganggu, mengakibatkan suplai oksigen yang tidak adekuat ke jaringan ibu dan janin (Sari & Mardiana, 2023).

d Dampak Anemia pada Ibu

Anemia pada kehamilan memiliki dampak yang luas dan serius Pada Ibu:

1) Kelelahan dan Penurunan Produktivitas: Mengganggu aktivitas sehari-hari.
2) Peningkatan Risiko Infeksi: Sistem kekebalan tubuh melemah.
3) Komplikasi Obstetri: Peningkatan risiko perdarahan postpartum, preeklampsia, dan persalinan prematur.
4) Gagal Jantung: Pada kasus anemia berat.
5) Peningkatan Risiko Kematian Maternal: Terutama jika disertai perdarahan (Dewi & Fitriani, 2021).

e Dampak anemia pada janin

Anemia pada kehamilan memiliki dampak yang luas dan serius pada Janin:

1) Kelahiran Prematur: Bayi lahir sebelum usia kehamilan 37 minggu.
2) Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), Bayi lahir dengan berat kurang dari 2500 gram.
3) Gangguan Pertumbuhan Intrauterin (IUGR): Janin tidak tumbuh sesuai usia kehamilan.

4) Anemia pada Bayi Baru Lahir: Bayi lahir dengan cadangan zat besi yang rendah.
5) Gangguan Perkembangan Kognitif: Dampak jangka panjang pada kemampuan belajar dan perkembangan saraf anak (Ningsih & Rahayu, 2022).

f Diagnosis Anemia pada Kehamilan

Diagnosis anemia pada kehamilan dilakukan melalui pemeriksaan laboratorium, terutama pengukuran kadar hemoglobin. Pemeriksaan penunjang lain yang dapat dilakukan meliputi:

1) Hematokrit: Mengukur persentase volume sel darah merah dalam darah.
2) Indeks Eritrosit (MCV, MCH, MCHC): Membantu menentukan jenis anemia. Pada defisiensi besi, MCV dan MCH cenderung rendah (mikrositik hipokrom).
3) Ferritin Serum: Indikator cadangan zat besi tubuh. Kadar ferritin rendah menunjukkan defisiensi besi.
4) Apusan Darah Tepi: Melihat morfologi sel darah merah (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

g Penatalaksanaan dan Pencegahan

Penatalaksanaan anemia pada kehamilan berfokus pada peningkatan kadar hemoglobin dan cadangan zat besi:

1) Suplementasi Zat Besi: Pemberian tablet tambah darah (TTD) yang mengandung zat besi dan asam folat secara rutin. Di Indonesia, ibu hamil dianjurkan mengonsumsi 90 tablet selama kehamilan (Kementerian Kesehatan RI, 2020).
2) Edukasi Gizi: Menganjurkan konsumsi makanan kaya zat besi (daging merah, hati, ikan, telur, sayuran hijau gelap), serta makanan yang meningkatkan penyerapan zat besi (vitamin C dari buah-buahan).
3) Penanganan Penyebab Lain: Mengobati infeksi atau kondisi medis lain yang mungkin berkontribusi terhadap anemia.

4) Transfusi Darah: Pada kasus anemia berat dengan gejala klinis yang mengancam jiwa, transfusi darah mungkin diperlukan (Dewi & Fitriani, 2021).
5) Pencegahan adalah kunci utama dalam menanggulangi anemia pada kehamilan. Program pencegahan meliputi:
6) Skrining Rutin: Pemeriksaan Hb pada kunjungan antenatal pertama dan secara berkala.
7) Suplementasi Profilaksis: Pemberian TTD kepada semua ibu hamil sebagai tindakan pencegahan.
8) Pendidikan Kesehatan: Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya gizi seimbang dan suplementasi selama kehamilan.
9) Fortifikasi Pangan: Penambahan zat besi pada makanan pokok tertentu (misalnya tepung terigu) untuk meningkatkan asupan zat besi populasi (Purwanti & Lestari, 2021).

7. Plasenta previa marginalis

a Pengertian

Plasenta previa marginalis adalah jenis plasenta previa di mana tepi plasenta berimplantasi di segmen bawah rahim dan mencapai batas ostium uteri internum, tetapi tidak menutupi seluruh atau sebagian dari OUI (Poltekkes Denpasar, t.t.; Kemkes, 2023). Dalam beberapa literatur, kondisi ini juga dapat disebut sebagai plasenta letak rendah jika jarak tepi plasenta dari OUI kurang dari 2 cm tetapi tidak mencapai batasnya (Kemkes, 2023). Penting untuk membedakan plasenta previa marginalis dari jenis lain karena implikasinya terhadap rute persalinan dan manajemen perdarahan.

b Etiologi dan Faktor Risiko

Penyebab pasti plasenta previa belum diketahui secara pasti, namun diduga bersifat multifaktorial (Sihombing, 2020; UNG, 2023).

Beberapa faktor risiko yang telah teridentifikasi secara konsisten dalam studi di Indonesia meliputi:

1) Riwayat Seksio Sesarea (SC) Sebelumnya: Riwayat SC merupakan faktor risiko yang signifikan. Setiap riwayat SC meningkatkan risiko plasenta previa, dan risiko meningkat seiring dengan jumlah SC sebelumnya (UNG, 2023; Neliti, 2022; Surani, 2020 dalam UIN Alauddin, 2025). Sayatan pada dinding uterus dapat menyebabkan jaringan parut yang memengaruhi implantasi plasenta berikutnya (UIN Alauddin, 2025).
2) Usia Ibu: Usia ibu yang ekstrem, baik terlalu muda (<20 tahun) maupun terlalu tua (>35 tahun), meningkatkan risiko plasenta previa. Pada usia muda, organ reproduksi belum matang, sementara pada usia tua terjadi penurunan fungsi reproduksi dan vaskularisasi (UIN Alauddin, 2025; Journal of Medula, t.t.; UNG, 2023).
3) Paritas Tinggi: Ibu dengan riwayat melahirkan lebih dari tiga kali (multipara) memiliki risiko lebih tinggi. Peningkatan paritas dapat menyebabkan penurunan vaskularisasi atau atrofi desidua akibat persalinan sebelumnya, mendorong plasenta untuk meluas mencari area implantasi yang lebih baik (Neliti, 2022; UNG, 2023; UNITOMO, 2024).
4) Riwayat Kuretase: Tindakan kuretase sebelumnya dapat merusak endometrium, menciptakan area yang kurang optimal untuk implantasi, sehingga plasenta cenderung berimplantasi di segmen bawah rahim (Poltekkes Denpasar, t.t.; Haibunda, 2022).
5) Jarak Kehamilan yang Terlalu Dekat: Jarak kelahiran kurang dari 2 tahun meningkatkan risiko plasenta previa secara signifikan, karena kondisi endometrium mungkin belum pulih sepenuhnya (UIN Alauddin, 2025; Poltekkes Denpasar, t.t.).
6) Kehamilan Ganda: Kehamilan dengan janin kembar atau lebih meningkatkan ukuran plasenta, sehingga kemungkinan menutupi OUI lebih besar (Kemkes, 2023).

7) Riwayat Plasenta Previa Sebelumnya: Jika seorang ibu memiliki riwayat plasenta previa pada kehamilan sebelumnya, risiko kekambuhan meningkat (UNG, 2023).
8) Merokok dan Penggunaan Obat Terlarang: Faktor gaya hidup ini juga dikaitkan dengan peningkatan risiko plasenta previa (Kemkes, 2023).

c Patofisiologi

Patofisiologi plasenta previa belum sepenuhnya dipahami, namun diduga melibatkan kondisi endometrium yang tidak optimal, seperti atrofi atau kurangnya vaskularisasi pada desidua, terutama di segmen atas rahim (Poltekkes Denpasar, t.t.). Akibatnya, plasenta mencari area implantasi dengan suplai darah yang lebih baik, yang seringkali ditemukan di segmen bawah rahim yang vaskularisasinya lebih kaya pada awal kehamilan. Seiring dengan perkembangan kehamilan dan pembentukan segmen bawah rahim pada trimester ketiga, segmen bawah rahim meregang dan menipis. Jika plasenta berimplantasi di area ini, regangan dan penipisan tersebut dapat menyebabkan pelepasan sebagian plasenta dari dinding uterus, yang mengakibatkan perdarahan. Pada plasenta previa marginalis, karena tepi plasenta berada sangat dekat dengan OUI, setiap perubahan pada serviks atau kontraksi rahim dapat memicu perdarahan.

d Manifestasi Klinis

Gejala utama plasenta previa, termasuk plasenta previa marginalis, adalah perdarahan pervaginam tanpa nyeri (painless), tanpa penyebab yang jelas (causeless), dan bersifat berulang (recurrent) (Anumillah et al., 2022; Poltekkes Denpasar, t.t.). Perdarahan umumnya berwarna merah segar dan dapat terjadi pada akhir trimester kedua atau trimester ketiga kehamilan (Anumillah et al., 2022). Jumlah perdarahan bervariasi, dari bercak ringan hingga perdarahan hebat yang mengancam jiwa (Siloam Hospitals, t.t.). Pada plasenta previa marginalis, perdarahan mungkin tidak seberat pada jenis totalis, namun tetap memerlukan pemantauan ketat. Beberapa ibu juga dapat

mengalami kontraksi dini atau nyeri perut ringan (Siloam Hospitals, t.t.).

e Diagnosis

Diagnosis plasenta previa, termasuk plasenta previa marginalis, sebagian besar didasarkan pada pemeriksaan ultrasonografi (USG).

USG Transvaginal: Ini adalah metode diagnostik paling akurat untuk menentukan lokasi plasenta dan hubungannya dengan OUI (KlikDokter, 2022). USG transvaginal memungkinkan visualisasi yang jelas dan akurat dari tepi plasenta.

1) USG Abdominal: Meskipun kurang akurat dibandingkan USG transvaginal, USG abdominal seringkali menjadi skrining awal.
2) Magnetic Resonance Imaging (MRI): Dalam kasus yang kompleks atau untuk konfirmasi, MRI dapat digunakan untuk melihat posisi plasenta dengan lebih jelas (KlikDokter, 2022).
3) Penting untuk dicatat bahwa diagnosis plasenta previa pada trimester kedua mungkin memerlukan evaluasi ulang pada trimester ketiga, karena fenomena "migrasi plasenta" (lebih tepatnya, regresi plasenta) dapat terjadi, di mana plasenta tampak bergerak menjauh dari OUI seiring dengan pertumbuhan segmen bawah rahim.

f Penatalaksanaan

Penatalaksanaan plasenta previa marginalis disesuaikan dengan kondisi pasien, usia kehamilan, jumlah perdarahan, dan status janin (Anumillah et al., 2022). Tujuan utamanya adalah memperpanjang kehamilan sejauh mungkin untuk mencapai maturitas janin sambil mencegah perdarahan yang membahayakan ibu.

1) Manajemen Konservatif (Ekspektatif): Jika perdarahan minimal atau tidak ada, dan usia kehamilan masih prematur, manajemen konservatif dapat dilakukan. Ini meliputi:
2) Tirah baring total atau modifikasi (KlikDokter, 2022).

3) Pembatasan aktivitas fisik dan hubungan seksual (Haibunda, 2022).
4) Pemantauan ketat tanda-tanda vital ibu dan kondisi janin.
5) Pemberian kortikosteroid (misalnya, deksametason) untuk mempercepat pematangan paru janin jika usia kehamilan <34-36 minggu (Anumillah et al., 2022; KlikDokter, 2022).
6) Pemberian tokolitik (misalnya, nifedipin) jika terdapat kontraksi uterus (Anumillah et al., 2022).
7) Ketersediaan transfusi darah jika diperlukan.
8) Terminasi Kehamilan: Persalinan perlu dipertimbangkan jika:
9) Perdarahan hebat yang tidak terkontrol.
10) Gawat janin.
11) Usia kehamilan aterm (biasanya 36-37 minggu untuk plasenta previa marginalis tanpa perdarahan aktif, atau lebih awal jika ada komplikasi).
12) Meskipun plasenta previa marginalis memungkinkan persalinan pervaginam dalam beberapa kasus, keputusan harus dibuat berdasarkan penilaian klinis yang cermat, mempertimbangkan jumlah perdarahan dan kondisi serviks (Kemkes, 2023; KlikDokter, 2022). Seksio sesarea seringkali menjadi pilihan yang lebih aman untuk menghindari risiko perdarahan masif selama persalinan pervaginam (Anumillah et al., 2022).

C. Persalinan Setion Caesarea

1. Sectio Caesarea

a Pengertian

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu prosedur pembedahan obstetrik yang dilakukan untuk melahirkan janin melalui insisi pada dinding abdomen (laparotomi) dan uterus (histerotomi). Prosedur ini digunakan apabila persalinan pervaginam tidak memungkinkan dilakukan atau dapat membahayakan keselamatan ibu maupun janin (Kementerian Kesehatan RI, 2021). Menurut World Health Organization (WHO, 2022), SC

merupakan intervensi bedah mayor yang memiliki peran penting dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi apabila dilakukan atas dasar indikasi medis yang tepat. Namun demikian, WHO menegaskan bahwa SC yang dilakukan tanpa indikasi yang rasional dapat menimbulkan risiko yang lebih besar dibandingkan manfaatnya, baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang.

b Indikasi Pelaksanaan Sectio Caesarea

Indikasi SC terbagi menjadi dua, yaitu indikasi absolut dan indikasi relatif. Indikasi absolut merujuk pada kondisi-kondisi medis yang mengharuskan persalinan dilakukan secara SC karena persalinan pervaginam tidak mungkin dilakukan, seperti:

1) Plasenta previa totalis,
2) Solusio plasenta,
3) Gawat janin,
4) Prolapsus tali pusat,
5) Disproporsi sefalopelvik absolut.

Indikasi relatif mencakup kondisi yang masih memungkinkan untuk persalinan pervaginam namun lebih aman dilakukan SC, seperti riwayat SC sebelumnya, presentasi janin abnormal, preeklampsia berat, infeksi herpes genitalis aktif, atau kehamilan kembar dengan presentasi bukan kepala (Kemenkes RI, 2021).

c Teknik Operasi Sectio Caesarea

Tindakan SC terdiri dari dua tahap utama: laparotomi dan histerotomi. Laparotomi dilakukan dengan membuat insisi transversal suprasimfisis (Pfannenstiel incision) atau vertikal. Histerotomi dilakukan dengan membuat insisi pada segmen bawah uterus (low transverse incision) yang lebih tipis dan kurang vaskularisasi sehingga mengurangi risiko komplikasi (Kemenkes RI, 2021). Setelah janin dan plasenta dikeluarkan, uterus dijahit secara berlapis, dan dinding abdomen ditutup kembali.

d Komplikasi Tindakan Sectio Caesarea

Komplikasi pada ibu meliputi perdarahan, infeksi, adhesi intraabdomen, cedera organ, dan peningkatan risiko morbiditas pada kehamilan berikutnya (Alomedika, 2024). Komplikasi pada bayi antara lain gangguan transisi pernapasan, cedera lahir, dan keterlambatan inisiasi menyusui (WHO, 2022).

e Tren Global dan Nasional

Tren global menunjukkan peningkatan angka SC yang melebihi batas ideal WHO sebesar 10–15%. Di Indonesia, menurut Riskesdas 2018, angka SC meningkat dari 9,8% (2013) menjadi 17,6% (2018) dan diperkirakan terus meningkat (Badan Litbangkes, 2020). Kondisi ini menandakan perlunya penguatan pelayanan obstetri berbasis bukti.

D. Nifas

1. Pengertian

Masa nifas, secara terminologis dikenal sebagai puerperium, merupakan periode transisi fisiologis dan psikologis krusial yang dialami seorang wanita, dimulai segera setelah ekspulsi plasenta dan berakhir ketika organ-organ reproduksi telah kembali ke kondisi sebelum kehamilan (status pregravid). Periode ini secara klinis berlangsung selama kurang lebih 6 minggu atau 42 hari (Kementerian Kesehatan RI, 2021). Proses fundamental yang terjadi selama masa nifas adalah involusi, yaitu serangkaian proses restoratif pada organ genitalia, dan adaptasi sistemik tubuh terhadap perubahan hormonal drastis serta peran baru sebagai ibu.

Secara klinis, untuk kepentingan surveilans dan intervensi, masa nifas diklasifikasikan ke dalam tiga fase utama:

Puerperium Dini (Immediate Puerperium/Fase Akut): Berlangsung dalam 24 jam pertama pascapartum. Fase ini merupakan periode dengan risiko mortalitas dan morbiditas maternal tertinggi, terutama akibat perdarahan postpartum primer (PPH) dan komplikasi terkait anestesi.

Puerperium Lanjut (Early Puerperium/Fase Subakut): Mencakup hari kedua hingga minggu pertama (hari ke-7) pascapartum. Fokus pada fase ini adalah

pemantauan proses penyembuhan luka (perineum atau sektio sesarea), deteksi dini infeksi, dan fasilitasi laktasi.

Puerperium Jauh (Remote Puerperium/Fase Laten): Berlangsung dari minggu kedua hingga minggu keenam (hari ke-42). Fase ini ditandai oleh pemulihan fungsi organ secara bertahap dan adaptasi psikososial jangka panjang.

Data dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2022) menegaskan urgensi pengawasan pada periode ini, di mana risiko mortalitas maternal menunjukkan puncak tertinggi pada 24 jam pertama pascapartum, dengan perdarahan, hipertensi, dan infeksi sebagai etiologi utama. Oleh karena itu, asuhan masa nifas yang terstruktur dan komprehensif menjadi imperatif dalam menurunkan angka kematian ibu.

2. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Tujuan fundamental asuhan masa nifas adalah memelihara kesehatan ibu dan bayi secara holistik, yang mencakup aspek fisiologis, psikologis, dan sosial. Tujuan ini diimplementasikan melalui serangkaian intervensi klinis dan edukatif yang terukur, meliputi:

Surveilans Fisiologis:

a Melakukan pemantauan hemodinamik dan tanda vital secara berkala (tekanan darah, frekuensi nadi, laju pernapasan, dan suhu tubuh) untuk mendeteksi deviasi dari parameter normal.

b Mengevaluasi progresivitas involusi uterus melalui palpasi tinggi fundus uteri (TFU), konsistensi, dan posisi uterus untuk mencegah subinvolusi.

c Mengobservasi karakteristik lokia (volume, warna, konsistensi, dan bau) sebagai indikator proses penyembuhan endometrium.

d Manajemen Laktasi: Memfasilitasi inisiasi dan keberlangsungan laktasi melalui dukungan Inisiasi Menyusu Dini (IMD), edukasi teknik menyusui yang benar, dan manajemen masalah payudara.

e Skrining dan Dukungan Psikologis: Melakukan skrining sistematis terhadap gangguan mood postpartum, seperti postpartum blues dan depresi postpartum, serta memberikan dukungan emosional awal.

f Intervensi Edukatif: Memberikan konseling berbasis bukti mengenai nutrisi pascasalin, higiene personal, perawatan perineum/luka operasi, perawatan neonatus, dan metode kontrasepsi pascasalin yang sesuai (POGI, 2020; WHO, 2023).

3. Tahapan Intervensi dalam Asuhan Masa Nifas

Pendekatan asuhan disesuaikan dengan fase klinis masa nifas:

a Fase Akut (Immediate Puerperium: 0–24 Jam Pascapartum)

Fokus utama adalah deteksi dini dan penatalaksanaan komplikasi yang mengancam jiwa.

1) Pemantauan Hemodinamik: Evaluasi tekanan darah, nadi, dan pernapasan setiap 15 menit pada jam pertama, setiap 30 menit pada jam kedua, dan selanjutnya setiap jam hingga stabil.
2) Evaluasi Kontraksi Uterus: Palpasi fundus uteri secara berkala untuk memastikan konsistensi uterus keras dan membulat.
3) Observasi Perdarahan: Kuantifikasi jumlah perdarahan melalui pembalut. Perdarahan >500 ml pada persalinan pervaginam atau >1000 ml pada sektio sesarea didefinisikan sebagai PPH.
4) Fasilitasi Bonding dan Laktasi: Mendorong kontak kulit-ke-kulit (skin-to-skin contact) dan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dalam satu jam pertama.

b Fase Subakut (Early Puerperium: Hari ke-2–7 Pascapartum)

Fokus beralih pada pencegahan infeksi, promosi penyembuhan, dan edukasi.

1) Inspeksi Luka: Penilaian luka perineum atau insisi abdomen menggunakan parameter klinis seperti skala REEDA (Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge, Approximation) untuk mendeteksi tanda-tanda infeksi atau dehisensi.
2) Deteksi Tanda Infeksi Sistemik: Pemantauan suhu tubuh dan identifikasi gejala seperti demam, malaise, atau nyeri tekan uterus (endometritis).

3) Edukasi Perawatan Diri: Konseling mengenai nutrisi kaya protein dan zat besi, hidrasi adekuat, serta pentingnya ambulasi dini dan istirahat yang cukup.

c Fase Laten (Remote Puerperium: Minggu ke-2–6 Pascapartum)

Fokus pada pemulihan jangka panjang, kesehatan reproduksi, dan adaptasi keluarga.

1) Evaluasi Pemulihan Komprehensif: Konfirmasi penyelesaian involusi organ pelvis dan pemulihan fungsi fisiologis normal.
2) Konseling Keluarga Berencana (KB): Pemberian informasi komprehensif mengenai berbagai metode kontrasepsi yang aman selama menyusui dan sesuai dengan preferensi klien.
3) Skrining Depresi Postpartum: Evaluasi kesehatan mental ibu secara formal, misalnya menggunakan Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).
4) Evaluasi Laktasi dan Tumbuh Kembang Bayi: Menilai kecukupan ASI dan pola pertumbuhan bayi (WHO, 2023).

4. Perubahan Fisiologis Mayor pada Masa Nifas

Tubuh ibu mengalami serangkaian perubahan fisiologis yang signifikan untuk kembali ke keadaan sebelum hamil.

a Involusi Uterus merupakan proses dimediasi oleh kontraksi miometrium akibat pelepasan oksitosin dan autolisis jaringan endometrium. Berat uterus menurun secara eksponensial dari ±1.000 gram pascapartum menjadi ±60 gram pada akhir minggu keenam. Tinggi fundus uteri (TFU) turun sekitar 1 cm (satu jari) per hari. Kegagalan proses ini, atau subinvolusi, seringkali disebabkan oleh retensi produk konsepsi atau infeksi.

b Lokia. Karakteristik lokia berubah seiring waktu, merefleksikan proses penyembuhan kavum uteri.

a) Lokia Rubra (hari 1–3): Berwarna merah terang, terdiri dari eritrosit, fragmen desidua nekrotik, sel epitel, dan bakteri.
b) Lokia Serosa (hari 4–10): Berwarna merah muda atau kecokelatan, mengandung lebih sedikit eritrosit dan

didominasi oleh eksudat serum, leukosit, serta mukus serviks.

c) Lokia Alba (setelah hari ke-10): Berwarna putih kekuningan, terutama terdiri dari leukosit, sel epitel deskuamatif, lemak, kolesterol, dan mukus.

c Sistem Endokrin Terjadi penurunan drastis kadar hormon plasenta (estrogen, progesteron, dan human Chorionic Gonadotropin/hCG). Penurunan estrogen dan progesteron ini memicu pelepasan prolaktin dari hipofisis anterior, yang bertanggung jawab untuk sintesis dan produksi ASI. Rangsangan isapan bayi memicu pelepasan oksitosin dari hipofisis posterior, yang menstimulasi refleks let-down (ejeksi ASI).

d Payudara (Glandula Mammae): Mengalami proses laktogenesis II, di mana kolostrum (cairan kaya imunoglobulin) bertransisi menjadi ASI matur dalam 3–5 hari pascapartum. Payudara menjadi lebih besar, lebih kencang, dan hangat akibat peningkatan vaskularisasi dan pengisian alveoli oleh ASI.

e Sistem Kardiovaskular dan Hematologi: Terjadi autotransfusi fisiologis sekitar 500-750 ml darah dari uterus yang berkontraksi ke sirkulasi sistemik. Curah jantung (cardiac output) yang meningkat selama kehamilan akan kembali normal dalam 2-4 minggu. Kondisi hiperkoagulabilitas maternal tetap ada hingga beberapa minggu pascapartum, meningkatkan risiko tromboemboli vena (venous thromboembolism/VTE).

f Sistem Urinarius dan Gastrointestinal: Diuresis masif terjadi pada hari ke-2 hingga ke-5 untuk mengeluarkan kelebihan cairan ekstraseluler. Risiko retensi urin meningkat akibat edema uretra dan penurunan tonus kandung kemih. Motilitas usus yang menurun akibat efek progesteron dapat menyebabkan konstipasi (Kemenkes RI, 2021).

5. Proses Adaptasi Psikologis Masa Nifas

Adaptasi psikologis merupakan proses dinamis dari transisi peran dan integrasi identitas maternal. Teori yang dikemukakan oleh Reva Rubin masih relevan secara konseptual untuk memahami tahapan ini:

a Fase Taking-In (Dependen: 1–2 hari): Ibu berfokus pada pengalaman internal dan kebutuhan diri sendiri. Ia cenderung pasif, dependen terhadap tenaga kesehatan dan keluarga, serta memiliki kebutuhan kuat untuk merekonstruksi narasi pengalaman persalinannya.

b Fase Taking-Hold (Dependen-Independen: 3–10 hari): Terjadi peningkatan otonomi. Ibu mulai proaktif dalam mengambil alih peran perawatan bayi, namun sering kali merasa cemas akan kemampuannya (performance anxiety) dan sangat reseptif terhadap bimbingan dan afirmasi.

c Fase Letting-Go (Interdependen: >10 hari): Merupakan fase resolusi di mana ibu berhasil mengintegrasikan identitas maternal ke dalam kehidupannya, menerima bayinya sebagai individu yang terpisah, dan menyesuaikan diri dengan realitas baru dalam dinamika keluarga.

Kegagalan adaptasi pada fase-fase ini dapat bermanifestasi sebagai gangguan psikologis. Penting untuk membedakan antara:

a Postpartum Blues: Fenomena transien yang dialami 50–80% ibu, ditandai oleh labilitas emosional, iritabilitas, dan tangisan tanpa sebab yang jelas. Gejala memuncak pada hari ke-5 dan mereda dalam 2 minggu tanpa intervensi spesifik.

b Depresi Postpartum (PPD): Episode depresi mayor non-psikotik yang memengaruhi 10–15% ibu, dengan onset tipikal dalam 4 minggu hingga 1 tahun pascapartum. Memerlukan diagnosis klinis dan intervensi farmakologis dan/atau psikoterapi.

c Psikosis Postpartum: Kondisi darurat psikiatri langka (<1%), ditandai oleh halusinasi, delusi, dan pemikiran untuk

menyakiti diri sendiri atau bayi (WHO, 2023; Alomedika, 2024)

6. Manajemen Laktasi dan Perawatan Payudara

a Prinsip dan Teknik Laktasi Efektif

Keberhasilan laktasi bergantung pada teknik yang benar untuk memastikan transfer ASI yang efisien dan mencegah komplikasi.

1) Positioning (Posisi): Ibu dalam posisi rileks dan disangga dengan baik. Tubuh bayi menghadap sepenuhnya ke ibu, dengan prinsip "perut bertemu perut" (tummy to tummy). Kepala, leher, dan punggung bayi berada dalam satu garis lurus.
2) Latching (Perlekatan): Mulut bayi terbuka lebar (wide gape), mencakup tidak hanya puting tetapi juga sebagian besar areola inferior. Bibir bayi terlipat keluar (everted), dan dagu menyentuh payudara. Perlekatan yang tidak tepat adalah penyebab utama nyeri puting dan suplai ASI yang tidak adekuat.
3) Tanda Efektivitas Transfer ASI: Isapan bayi dalam, lambat, dan berirama, diselingi dengan jeda untuk menelan yang dapat terdengar. Pipi bayi menggembung, bukan mencekung. Indikator objektif meliputi frekuensi miksi bayi >6 kali per 24 jam setelah hari ke-4 dan kenaikan berat badan yang sesuai.

b Manajemen Kesehatan Payudara Selama Laktasi

1) Perawatan payudara bertujuan untuk menjaga higienitas, mencegah stasis ASI, dan menangani masalah umum.
2) Higienitas: Cukup membersihkan payudara dengan air hangat saat mandi. Penggunaan sabun pada area areola tidak dianjurkan karena dapat menghilangkan minyak alami pelindung.
3) Pencegahan Stasis ASI: Lakukan pengosongan payudara secara teratur dan efektif. Jika terjadi bendungan (engorgement) akibat stasis vena/limfatik dan penumpukan ASI, kompres hangat sebelum menyusui dapat membantu melancarkan aliran, dan kompres dingin setelahnya dapat mengurangi edema dan nyeri.

Pijatan laktasi dari pangkal payudara ke arah puting juga dapat membantu.

4) Manajemen Nyeri Puting: Lecet atau fisura pada puting umumnya disebabkan oleh perlekatan yang salah. Koreksi teknik perlekatan adalah intervensi utama. Mengoleskan ASI pasca-menyusui dan membiarkannya kering di udara dapat membantu penyembuhan karena sifat antimikroba dan antiinflamasi ASI.
5) Pencegahan Mastitis: Mastitis adalah inflamasi jaringan payudara (infeksius maupun non-infeksius) yang sering kali berawal dari stasis ASI yang tidak teratasi. Pencegahan terbaik adalah memastikan pengosongan payudara yang efektif dan menghindari tekanan berlebih pada payudara (misalnya dari bra yang terlalu ketat) (WHO, 2022; POGI, 2020; Alomedika, 2024).

7. Tanda bahaya nifas

Menurut Buku KIA 2022, identifikasi dini tanda bahaya pada masa nifas merupakan krusial untuk mencegah komplikasi serius dan mortalitas maternal. Berikut adalah elaborasi mengenai tanda-tanda bahaya tersebut:

a Perdarahan Pervaginam Abnormal:

1) Perdarahan yang banyak dan berbau: Merujuk pada volume perdarahan yang melebihi batas normal (misalnya, membasahi lebih dari satu pembalut dalam satu jam) disertai dengan bau busuk yang mengindikasikan kemungkinan infeksi intrauterine atau retensi produk konsepsi.
2) Mengganti pembalut lebih dari satu kali per jam: Indikator kuantitatif dari perdarahan postpartum yang berlebihan, yang dapat mengarah pada syok hipovolemik jika tidak segera ditangani.
3) Darah nifas yang berbau menyengat: Aroma busuk pada lokia (darah nifas) merupakan manifestasi klinis dari infeksi puerperal, yang memerlukan intervensi medis segera.

b Demam Tinggi dan Menggigil (Puerperal Sepsis)

1) Suhu tubuh di atas 38∘C disertai menggigil: Peningkatan suhu tubuh yang signifikan bersamaan dengan menggigil adalah tanda sistemik dari infeksi, yang dapat berkembang menjadi sepsis puerperalis.
2) Demam dapat disertai nyeri pada perut, selangkangan, payudara, atau bekas jahitan (jika melahirkan dengan operasi): Lokalisasi nyeri mengindikasikan fokus infeksi, seperti endometritis (nyeri perut), selulitis perineum (selangkangan), mastitis (payudara), atau infeksi luka operasi.

c Sakit Kepala Hebat (Pre-eklampsia Pascamelahirkan):

1) Sakit kepala yang sangat mengganggu: Sakit kepala persisten dan intens yang tidak mereda dengan analgesik biasa.
2) Disertai penglihatan kabur, muntah, nyeri ulu hati, atau bengkak pada pergelangan kaki: Simptom-simptom ini merupakan manifestasi dari pre-eklampsia postpartum, suatu kondisi hipertensif yang dapat menyebabkan eklampsia (kejang) jika tidak ditangani. Edema pada ekstremitas dan nyeri epigastrium adalah indikator disfungsi organ.

d Nyeri pada Ekstremitas Bawah (Deep Vein Thrombosis/DVT):

1) Nyeri tak tertahankan pada betis: Nyeri unilateral yang intens pada area betis.
2) Disertai rasa panas, pembengkakan, dan kemerahan: Tanda-tanda inflamasi lokal yang mengindikasikan kemungkinan trombosis vena dalam (DVT). DVT merupakan kondisi serius yang berisiko menyebabkan emboli paru.

e Disuria dan Gangguan Eliminasi Urin:

1) Tidak bisa buang air kecil (BAK) atau tidak bisa mengontrol keinginan BAK: Menunjukkan disfungsi kandung kemih atau otot dasar panggul pascapartum.
2) Ingin BAK terus-menerus, nyeri saat BAK, atau warna air kencing gelap: Merupakan indikasi infeksi saluran kemih (ISK) atau dehidrasi. ISK yang tidak diobati dapat menyebabkan pielonefritis.

f Gangguan Psikologis Persisten (Depresi Pascamelahirkan):

1) Perasaan gelisah, marah, panik, lelah, atau sedih yang berlangsung lama (lebih dari beberapa hari atau minggu): Gejala-gejala ini, jika persisten dan mengganggu fungsi sehari-hari, mengindikasikan postpartum depression (PPD) atau postpartum blues yang berkepanjangan.
2) Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama, merasa sangat letih, atau napas terengah-engah: Manifestasi fisik dari gangguan psikologis yang memerlukan evaluasi dan intervensi profesional untuk mencegah dampak negatif pada ibu dan bayi.

8. Setandar pelayanan nifas.

Standar pelayanan nifas di Indonesia pada tahun 2025 merefleksikan komitmen Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dalam menjamin kesehatan dan kesejahteraan ibu serta neonatus pascapersalinan. Meskipun belum terdapat regulasi spesifik dengan tajuk "Standar Pelayanan Nifas 2025", prinsip-prinsip pelayanan nifas terkini terintegrasi dalam berbagai peraturan dan pedoman kesehatan yang berlaku, termasuk Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 2 Tahun 2025 tentang Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Reproduksi.

a Jadwal Kunjungan dan Asesmen Komprehensif

Pelayanan nifas distandarisasi melalui serangkaian kunjungan esensial guna memantau involusi uteri, deteksi dini komplikasi, serta promosi kesehatan ibu dan bayi. Jadwal kunjungan meliputi:

1) Kunjungan I pada 6 jam hingga 2 hari postpartum Fokus pada pemantauan perdarahan, involusi uteri, tanda vital ibu, perawatan perineum, serta inisiasi dan keberhasilan menyusui
2) Kunjungan II pada Hari-3 ke-hingga 7 hari postpartum Pemantauan kondisi umum ibu, lochea, kondisi payudara, tali pusat bayi, serta konseling menyusui dan nutrisi.
3) Kunjungan III pada Hari ke-8 hingga 28 hari postpartum Pemantauan kondisi ibu dan bayi, termasuk deteksi dini komplikasi, konseling KB, dan dukungan emosional.

4) Kunjungan IV pada ke-29 hari hingga 42 hari postpartum Evaluasi menyeluruh kondisi ibu dan bayi, konseling KB, dan persiapan ibu untuk kembali beraktivitas

Asesmen pada setiap kunjungan melibatkan serangkaian pemeriksaan holistik:

1) Anamnesis: Pengkajian keluhan subjektif dan kondisi umum ibu.
2) Pemeriksaan Fisik Objektif: Meliputi pengukuran tanda-tanda vital (tekanan darah, suhu, frekuensi pernapasan, denyut nadi), evaluasi involusi uterus, karakterisasi lokia, serta inspeksi payudara untuk deteksi mastitis atau masalah laktasi. Skrining laboratorium, seperti kadar hemoglobin, dapat dilakukan untuk deteksi anemia.
3) Asesmen Psikologis: Penilaian status emosional dan mental ibu nifas guna mengidentifikasi risiko depresi postpartum atau baby blues, diikuti dengan intervensi konseling yang sesuai.

b Intervensi Farmakologis dan Edukasi Kesehatan

Pemberian suplementasi dan edukasi merupakan komponen integral dari pelayanan nifas:

1) Suplementasi Vitamin A: Diberikan kepada ibu nifas sesuai protokol.
2) Edukasi dan Konseling Kesehatan: Meliputi manajemen nutrisi adekuat, higiene personal, pengenalan tanda bahaya nifas, perawatan bayi baru lahir, serta konseling dan penyediaan akses terhadap metode kontrasepsi pascapersalinan.

E. Neonatus

1. Pengertian

Neonatus adalah bayi yang berusia sejak lahir hingga 28 hari (periode neonatal) waktu kritis yang menentukan kelangsungan hidup dan kesehatan jangka panjang anak (WHO, 2023). Masa ini sering dibagi menjadi subfasa

neonatal dini (0–7 hari) dan **neonatal lanjut** (8–28 hari). Pada fase ini, bayi mengalami transisi fisiologi dari lingkungan intrauterin ke ekstrauterin, meliputi penyesuaian sistem pernapasan, sirkulasi, metabolisme, dan termoregulasi (Kemenkes RI, 2021).

2. Tanda bahaya neonatus a

Masalah Pernapasan

1) Napas cepat atau tersengal-sengal: Lebih dari 60 napas per menit saat bayi tenang.
2) Grunting (suara mendengus saat bernapas): Suara seperti mendengus kecil setiap kali bayi menghembuskan napas.
3) Napas cuping hidung: Lubang hidung bayi melebar saat bernapas, menunjukkan usaha napas yang berat.
4) Retraksi dada: Dinding dada tertarik ke dalam (terutama di antara tulang rusuk atau di bawah leher) saat bayi menarik napas.
5) Kulit atau bibir kebiruan (sianosis): Terutama di sekitar bibir, lidah, atau ujung jari, menandakan kekurangan oksigen.
6) Henti napas (apnea): Bayi berhenti bernapas selama lebih dari 20 detik.
7) Demam atau Hipotermia (Suhu Tubuh Tidak Normal)
8) Demam: Suhu tubuh rektal lebih dari 38°C (100.4°F). Demam pada bayi baru lahir adalah keadaan darurat medis dan harus segera diperiksakan ke dokter.
9) Hipotermia: Suhu tubuh di bawah 36.5°C (97.7°F). Kulit bayi akan terasa dingin, dan bayi mungkin tampak lesu.
10) Perubahan Perilaku dan Tingkat Kesadaran
11) Kurang aktif atau lesu: Bayi tampak sangat mengantuk, sulit dibangunkan, atau tidak responsif terhadap rangsangan.
12) Rewel berlebihan atau tangisan melengking yang tidak biasa: Tangisan yang tidak bisa ditenangkan atau terdengar sangat berbeda dari biasanya.
13) Kejang: Gerakan tubuh yang tidak terkontrol, kaku, mata mendelik, atau bibir bergetar.

14) Ubun-ubun menonjol atau cekung: Ubun-ubun (titik lunak di kepala bayi) yang tampak menonjol (bisa tanda peningkatan tekanan di otak) atau sangat cekung (bisa tanda dehidrasi).

b Masalah Menyusu

1) Sulit menyusu atau menolak menyusu: Bayi tidak mau menyusu sama sekali atau hanya menyusu sangat sedikit.
2) Menyusu sangat lemah: Bayi tampak tidak bertenaga saat menyusu atau cepat lelah.
3) Muntah proyektil atau muntah terus-menerus: Muntah yang menyembur atau muntah setiap kali setelah menyusu.

c Masalah Pencernaan

1) Diare parah atau terus-menerus: Buang air besar encer dan sangat sering.
2) Perut kembung atau tegang: Perut bayi tampak buncit dan keras saat disentuh.
3) Tidak buang air besar dalam 24-48 jam pertama: Bayi baru lahir umumnya mengeluarkan mekonium (tinja pertama) dalam 24 jam.
4) Tinja berdarah atau berlendir.

d Kulit dan Warna Kulit

1) Kuning (Ikterus Neonatorum): Kulit dan mata menguning yang menyebar cepat ke seluruh tubuh (terutama tangan dan kaki), atau kuning yang disertai lesu dan sulit menyusu.
2) Kulit pucat: Terlihat sangat pucat atau keabu-abuan.
3) Ruam atau lepuhan yang parah: Terutama jika disertai demam.
4) Pendarahan: Adanya pendarahan dari tali pusat, hidung, mulut, atau bagian tubuh lainnya.
5) muncul dalam 24 jam pertama setelah lahir, atau kuning yang

e Tali Pusat

1) Tali pusat berbau busuk, bernanah, atau merah di sekitarnya: Ini bisa menjadi tanda infeksi.
2) Pendarahan dari tali pusat.
3) Masalah Buang Air Kecil

4) Tidak buang air kecil dalam 24 jam pertama: Bayi baru lahir umumnya buang air kecil dalam 24 jam setelah lahir.
5) Urine berwarna gelap atau sangat sedikit.

3. Standar pelayanan neonatus.

Menurut Pedoman Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak Kementerian Kesehatan RI terbaru. Pelayanan harus dilakukan minimal tiga kali selama periode 0–28 hari, baik di fasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan yang kompeten.

Jadwal kunjungan neonatal:

a KN-1: 6–48 jam setelah lahir dilakukan pemantauan adaptasi bayi, tanda vital, pernapasan, suhu, warna kulit, aktivitas, serta keberhasilan menyusui.
b KN-2: hari ke-3 hingga ke-7 dilakukan pemantauan umum, pemeriksaan tali pusat, deteksi ikterus, dan konseling menyusui.
c KN-3: hari ke-8 hingga ke-28 dilakukan pemantauan tumbuh kembang, deteksi dini masalah kesehatan, dan konseling imunisasi lanjutan

4. Tujuan pelayanan neonatus

a Meningkatkan akses bayi pada pelayanan dasar yang esensial
b Deteksi dini gangguan perkembangan atau penyakit
c Menurunkan angka kematian neonatal, khususnya pada 24-jam pertama dan minggu pertama
d Memberikan dukungan ASI eksklusif dan edukasi perawatan di rumah
e Menilai kebutuhan rujukan bila ditemukan komplikasi

5. Imunisasi BCG

a Pengertian imunisasi BCG

Imunisasi BCG (Bacillus Calmette-Guérin) merupakan salah satu jenis imunisasi aktif yang diberikan untuk mencegah penyakit tuberkulosis (TB), khususnya bentuk TB berat seperti TB milier dan meningitis tuberkulosa pada bayi dan anak. Vaksin ini dikembangkan dari bakteri Mycobacterium bovis yang dilemahkan dan bekerja dengan merangsang sistem imun tubuh untuk membentuk kekebalan terhadap infeksi Mycobacterium tuberculosis (Kemenkes RI, 2023). Imunisasi

BCG tergolong ke dalam program imunisasi dasar yang wajib diberikan pada bayi di Indonesia.

b Tujuan dan Manfaat

Tujuan utama dari imunisasi BCG adalah memberikan perlindungan sejak dini terhadap penyakit tuberkulosis, terutama bentuk berat yang dapat menyebabkan kematian atau kecacatan pada anak. Selain itu, pemberian vaksin BCG berperan penting dalam menekan penyebaran TB dalam populasi melalui peningkatan kekebalan komunitas. Berdasarkan hasil kajian epidemiologis, vaksin BCG terbukti menurunkan risiko TB berat hingga 70–80% pada bayi dan anak-anak (IDAI, 2021). Oleh karena itu, imunisasi ini menjadi bagian penting dari strategi nasional pengendalian tuberkulosis.

c Waktu dan Cara Pemberian

Imunisasi BCG diberikan satu kali secara intradermal, idealnya pada bayi usia 0–2 bulan. Apabila bayi belum mendapat imunisasi BCG dalam rentang usia tersebut, maka vaksinasi dapat tetap dilakukan, namun disarankan untuk dilakukan uji tuberkulin terlebih dahulu guna mengetahui adanya infeksi TB laten (Kemenkes RI, 2023). Dosis vaksin yang diberikan adalah 0,05 mL untuk bayi usia di bawah 12 bulan dan 0,1 mL untuk anak usia di atas 1 tahun. Penyuntikan dilakukan di lengan kanan atas bagian luar secara intradermal dengan menggunakan spuit tuberkulin. Setelah penyuntikan, akan timbul reaksi lokal berupa benjolan kecil yang kemudian berkembang menjadi ulkus kecil dan sembuh dengan jaringan parut, yang menunjukkan keberhasilan vaksinasi.

d Efek Samping dan Penanganannya

Efek samping dari imunisasi BCG umumnya bersifat ringan dan lokal. Efek yang sering ditemukan adalah kemerahan, pembengkakan ringan, atau benjolan di area suntikan. Beberapa bayi dapat mengalami ulkus kecil yang sembuh sendiri dalam waktu beberapa minggu. Namun, pada bayi dengan gangguan sistem imun, terutama imunodefisiensi kongenital seperti defisiensi severe combined immunodeficiency

(SCID), vaksin BCG dapat menyebabkan infeksi menyeluruh dan menimbulkan komplikasi serius. Oleh karena itu, skrining terhadap kondisi imun bayi sangat dianjurkan sebelum pemberian vaksin (IDAI, 2021).

e Kebijakan dan Cakupan Imunisasi

Imunisasi BCG merupakan bagian dari program imunisasi dasar nasional yang wajib dilaksanakan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan. Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan terus mengupayakan peningkatan cakupan imunisasi BCG melalui penyediaan logistik vaksin, pelatihan tenaga kesehatan, serta edukasi masyarakat. Berdasarkan data Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2022, cakupan imunisasi BCG secara nasional mencapai 92,5%, yang menunjukkan adanya kemajuan dalam perlindungan bayi terhadap TB (Kemenkes RI, 2022).

Strategi peningkatan cakupan juga melibatkan integrasi pelayanan imunisasi dengan pelayanan kesehatan ibu dan anak, pelacakan bayi yang belum diimunisasi, serta pelaksanaan program Bulan Imunisasi Anak Nasional (BIAN) secara berkala. Dengan cakupan yang tinggi, diharapkan beban TB pada anak-anak di Indonesia dapat terus ditekan.

E. Kontrasepsi

1. Pengertian

Kontrasepsi merupakan upaya pengaturan kelahiran dengan cara mencegah pertemuan sel telur dan seperma yang hidup dan sehat

2. Klasifikasi kotrasepsi

Metode kontrasepsi dapat diklasifikasikan secara ilmiah berdasarkan mekanisme kerja, efektivitas, serta sifat penggunaannya, yang secara umum terbagi menjadi dua kelompok utama: metode kontrasepsi modern dan metode kontrasepsi tradisional.

a Kontrasepsi modere

Metode ini mencakup berbagai teknik dan alat yang telah melalui pengembangan medis dan ilmiah sehingga memiliki tingkat efektivitas yang tinggi dan dapat dikontrol secara klinis. Metode modern terdiri dari:

1) Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR/IUD): Alat kecil yang dimasukkan ke dalam rahim untuk mencegah pembuahan dan implantasi. AKDR dapat berupa tembaga (non-hormonal) atau mengandung hormon (hormonal), dengan efektivitas tinggi dan durasi pemakaian yang panjang (5–10 tahun).
2) Implan: Susuk kecil yang ditanamkan di bawah kulit lengan atas, melepaskan hormon progestin secara bertahap untuk menghambat ovulasi dan menebalkan lendir serviks. Implan memiliki efektivitas >99% dan dapat bertahan hingga 3–5 tahun
3) Suntik: Kontrasepsi hormonal yang diberikan secara intramuskular, terdiri dari suntik kombinasi (estrogen dan progestin) dan suntik progestin saja. Mekanismenya menghambat ovulasi dan mengentalkan lendir serviks. Efektivitas tinggi jika digunakan sesuai jadwal
4) Pil kontrasepsi: Pil hormonal yang diminum setiap hari, terdiri dari pil kombinasi (estrogen dan progestin) atau pil progestin saja (minipil). Cara kerja pil adalah menekan ovulasi, mengentalkan lendir serviks, dan mengubah endometrium agar tidak mendukung implantasi
5) Kondom: Alat kontrasepsi penghalang yang terbuat dari lateks atau bahan lain, digunakan untuk menutupi penis saat berhubungan seksual. Selain mencegah kehamilan, kondom juga melindungi dari infeksi menular seksual. Efektivitasnya bergantung pada penggunaan yang benar dan konsisten.
6) Sterilisasi (Tubektomi dan Vasektomi): Metode permanen dengan prosedur bedah yang memutus atau mengikat saluran reproduksi (tuba falopi pada wanita dan vas deferens pada pria), sehingga

mencegah fertilisasi. Sterilisasi memiliki efektivitas sangat tinggi (>99%) dan bersifat irreversible.

b Metode Kontrasepsi Tradisional

Metode tradisional merupakan teknik yang tidak melibatkan alat atau obat-obatan medis, melainkan menggunakan pendekatan alami dan perilaku untuk mencegah kehamilan. Metode ini umumnya memiliki efektivitas yang lebih rendah dan sangat bergantung pada kepatuhan serta pengetahuan pengguna. Metode tradisional meliputi:

1) Metode Amenore Laktasi (MAL): Pemanfaatan kondisi tidak haid (amenore) pada ibu yang menyusui secara eksklusif sebagai kontrasepsi alami. MAL efektif selama enam bulan pertama pascapersalinan jika syarat menyusui terpenuhi (ASI eksklusif, frekuensi menyusui >8 kali sehari, belum haid).
2) Metode Sadar Masa Subur: Identifikasi periode subur wanita berdasarkan siklus menstruasi, suhu basal tubuh, atau perubahan lendir serviks, kemudian menghindari hubungan seksual pada masa subur tersebut untuk mencegah kehamilan. Efektivitas metode ini bergantung pada ketepatan penghitungan dan kepatuhan pasangan
3) Sanggama Terputus (Coitus Interruptus): Pria menarik penis dari vagina sebelum ejakulasi untuk mencegah sperma masuk ke saluran reproduksi wanita. Metode ini memiliki tingkat kegagalan yang relatif tinggi karena risiko sperma masuk sebelum ejakulasi penuh.

3. Pola perencanaan keluarga

a Pengertian

Perencanaan keluarga didefinisikan sebagai suatu usaha yang dilakukan oleh pasangan usia subur (PUS) untuk mengatur jumlah, jarak, dan waktu kelahiran anak dengan cara yang rasional dan bertanggung jawab. Menurut BKKBN (2021), perencanaan keluarga merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan reproduksi yang

bertujuan untuk membantu individu atau pasangan dalam mencapai tujuan reproduksi secara aman, sehat, dan efektif.

b Tujuan perencanaan keluarga

perencanaan keluarga bertujuan untuk:

1) Menunda kehamilan pertama setelah pernikahan
2) Mengatur jarak kelahiran antar anak agar tidak terlalu dekat.
3) Menghindari kehamilan yang tidak diinginkan.
4) Membatasi jumlah anak sesuai dengan kemampuan dan kesiapan keluarga.
5) Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu serta bayi. Meningkatkan kualitas kehidupan keluarga dan masyarakat.

c Pola perencanaan keluarga

Pola perencanaan keluarga merujuk pada strategi atau pendekatan yang digunakan oleh pasangan dalam memilih metode kontrasepsi untuk mencapai tujuan reproduksi mereka. Pola ini sangat bervariasi tergantung pada usia, kondisi kesehatan, status sosial-ekonomi, dan preferensi pasangan.

Berikut adalah klasifikasi pola perencanaan keluarga:

1) Pola Penundaan Kehamilan: biasanya digunakan oleh pasangan muda yang baru menikah untuk menunda kehamilan pertama.
2) Pola Pengaturan Jarak Kelahiran: bertujuan memberi waktu pemulihan bagi ibu dan mengoptimalkan tumbuh kembang anak.
3) Pola Pembatasan Jumlah Anak: digunakan oleh pasangan yang telah memiliki jumlah anak ideal dan tidak berencana menambah keturunan.
4) Pola Perencanaan Reproduksi Khusus: bagi individu dengan penyakit kronis, riwayat komplikasi kehamilan, atau pertimbangan medis lainnya.

d Faktor yang mempengaruhi pola perencanaan keluarga

Berbagai faktor yang memengaruhi pola perencanaan keluarga antara lain:

1) Faktor Sosial Budaya: termasuk norma, adat istiadat, dan agama.
2) Faktor Ekonomi: keluarga dengan pendapatan rendah cenderung membatasi jumlah anak.
3) Faktor Pendidikan: tingkat pendidikan tinggi berkorelasi dengan kesadaran ber-KB yang lebih baik.
4) Faktor Akses Pelayanan Kesehatan: mencakup ketersediaan alat kontrasepsi dan tenaga kesehatan.
5) Faktor Komunikasi Suami Istri: pengambilan keputusan bersama sangat penting untuk keberhasilan program KB.

4. Pemilihan kontrasepsi rasional

a Pengertian

Kontrasepsi rasional adalah pemilihan metode kontrasepsi yang dilakukan secara bijak, berdasarkan pada evaluasi kondisi kesehatan pengguna, efektivitas metode, efek samping, kenyamanan, serta preferensi dan kebutuhan pengguna. Menurut WHO (2015), pemilihan kontrasepsi rasional juga mempertimbangkan kriteria kelayakan medis (Medical Eligibility Criteria) untuk memastikan keamanan dan keberlanjutan penggunaan metode yang dipilih.

b Prinsip pemilihan kontrasepsi rasional

Dalam praktik klinis, terdapat beberapa prinsip dasar yang perlu diperhatikan dalam pemilihan kontrasepsi secara rasional, yaitu:

1) Efektivitas metode dalam mencegah kehamilan.
2) Keamanan berdasarkan riwayat medis dan kondisi kesehatan pengguna.
3) Kesesuaian dengan usia dan fase reproduksi.
4) Ketersediaan dan keterjangkauan metode.

5) Preferensi dan kenyamanan individu/pasangan.
6) Kemungkinan efek samping dan cara penanganannya.
7) Reversibilitas metode dan keinginan memiliki anak di masa depan.

c Faktor yang mempengaruhi kontrasepsi rasional

Berbagai faktor dapat memengaruhi pemilihan kontrasepsi secara rasional, di antaranya:

1) Usia: Metode kontrasepsi perlu disesuaikan dengan usia, misalnya IUD cocok untuk wanita usia matang, sedangkan remaja lebih cocok menggunakan pil atau kondom.
2) Status menyusui: Penggunaan metode hormonal kombinasi tidak dianjurkan untuk ibu menyusui dalam 6 bulan pertama.
3) Riwayat penyakit: Kondisi seperti hipertensi, diabetes, atau gangguan pembekuan darah memerlukan perhatian khusus dalam pemilihan metode.
4) Dukungan pasangan: Komunikasi dan kesepakatan antara pasangan sangat penting.
5) Ketersediaan layanan dan informasi: Akses terhadap fasilitas kesehatan yang memadai mempengaruhi pilihan metode.

d Rekomendasi WHO dalam pemilihan kontrasepsi

WHO melalui dokumen 'Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use' memberikan panduan bagi tenaga kesehatan dalam menentukan metode kontrasepsi yang aman bagi setiap individu berdasarkan kondisi medis dan karakteristik tertentu. Kategori kelayakan medis WHO (kategori 1 hingga 4) membantu dalam meminimalisir risiko dan memaksimalkan manfaat metode kontrasepsi. WHO mengelompokkan kondisi medis dan karakteristik pengguna ke dalam empat kategori, yaitu:

1) Kategori 1: Tidak terdapat batasan medis dalam penggunaan metode kontrasepsi.
2) Kategori 2: Manfaat penggunaan metode kontrasepsi lebih besar dibandingkan potensi risikonya.
3) Kategori 3: Risiko penggunaan metode kontrasepsi lebih besar daripada manfaatnya, sehingga memerlukan pertimbangan khusus.
4) Kategori 4: Risiko kesehatan yang tidak dapat diterima; metode kontrasepsi tidak boleh digunakan dalam kondisi ini.

5. Tubektomi / MOW

a Pengertian Tubektomi/ MOW

Tubektomi merupakan suatu metode kontrasepsi permanen bagi perempuan yang dilakukan melalui prosedur bedah dengan cara memotong dan mengikat saluran tuba falopi. Tindakan ini bertujuan untuk mencegah pertemuan antara sel sperma dan sel ovum, sehingga tidak terjadi pembuahan (Kemenkes RI, 2022). Tubektomi dilakukan secara sukarela oleh perempuan yang telah memutuskan untuk tidak memiliki anak lagi atau telah mencapai jumlah anak yang diinginkan.

b Jenis-jenis Tubektomi/ MOW

Terdapat dua metode utama pelaksanaan tubektomi/MOW, yaitu minilaparotomi dan laparoskopi. Minilaparotomi dilakukan dengan membuat insisi kecil pada bagian bawah perut untuk mengakses dan mengoklusi tuba falopi. Teknik ini dapat dilakukan secara suprapubik pada masa interval atau subumbilikus pada masa pascapersalinan (BKKBN, 2023). Laparoskopi menggunakan alat optik berbentuk pipa panjang yang dilengkapi dengan lensa dan dimasukkan melalui sayatan kecil pada dinding perut untuk melihat dan memotong tuba falopi. Metode ini umumnya dilakukan oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi yang memiliki kompetensi dalam bidang tersebut (POGI, 2021).

c Mekanisme Kerja Tubektomi

Tubektomi bekerja dengan cara menutup (mengoklusi) saluran tuba falopi menggunakan metode pemotongan, pengikatan, atau pemasangan cincin, sehingga sperma tidak dapat mencapai ovum. Dengan terhentinya jalur fertilisasi ini, maka kehamilan tidak mungkin terjadi meskipun aktivitas seksual tetap berlangsung secara normal (Kemenkes RI, 2022).

d Keuntungan dan Keterbatasan

Keuntungan utama tubektomi adalah efektivitasnya yang tinggi dalam mencegah kehamilan. Selain itu, metode ini tidak memengaruhi proses menyusui, tidak memiliki efek samping jangka panjang, dan tidak bergantung pada frekuensi hubungan seksual (BKKBN, 2023). Pengguna juga tidak perlu melakukan tindakan lanjutan atau mengingat penggunaan kontrasepsi secara rutin. Namun, tubektomi juga memiliki keterbatasan, terutama karena sifatnya yang permanen. Prosedur ini tidak dapat dibatalkan kecuali melalui operasi rekanalisasi, yang keberhasilannya tidak selalu terjamin. Selain itu, pasien mungkin mengalami nyeri pascaoperasi, dan pelaksanaannya harus dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih (POGI, 2021).

e Kriteria Kelayakan Medis

Perempuan yang diperbolehkan menjalani tubektomi adalah mereka yang telah memiliki dua anak atau lebih, atau memiliki satu atau dua anak dengan usia anak terkecil di atas dua tahun. Selain itu, tubektomi juga dapat dipertimbangkan bagi perempuan yang kehamilannya akan menimbulkan risiko kesehatan serius, dan bagi mereka yang memahami serta menyetujui prosedur secara sukarela (BKKBN, 2023). Sebaliknya, perempuan yang belum yakin untuk mengakhiri fertilitas, memiliki infeksi pelvis akut, atau perdarahan pervaginam yang tidak terdiagnosis, serta belum memberikan informed consent, sebaiknya tidak menjalani prosedur ini.

f Waktu Pelaksanaan Prosedur

Prosedur tubektomi dapat dilakukan kapan saja selama tidak terdapat indikasi kehamilan dan kondisi medis yang menghambat. Tubektomi juga dapat dilakukan segera setelah persalinan atau keguguran, selama klien telah memberikan persetujuan yang sadar dan sukarela. Pada perempuan dengan siklus menstruasi teratur atau yang beralih dari metode kontrasepsi lain, prosedur dapat dilakukan kapan saja dengan mempertimbangkan waktu sejak hari pertama haid terakhir (Kemenkes RI, 2022).

6. Standar Pelayanan Kebidanan pada Pelayanan Keluarga Berencana (KB)

Standar pelayanan KB bertujuan untuk memastikan setiap individu atau pasangan mendapatkan akses dan pelayanan KB yang aman, efektif, dan berkualitas. Standar ini diatur dalam berbagai pedoman program KB nasional dan juga mengacu pada Permenkes tentang standar pelayanan kebidanan.

Secara garis besar, standar pelayanan KB yang berkualitas meliputi:

1) Konseling Pra-Pelayanan:
   a) Memberikan informasi yang lengkap dan akurat tentang berbagai metode KB.
   b) Membantu klien memahami manfaat, risiko, dan efek samping setiap metode.
   c) Menghargai hak klien untuk menentukan pilihan metode kontrasepsi secara mandiri dan tanpa paksaan.
   d) Melakukan anamnesa (wawancara riwayat kesehatan) dan pemeriksaan fisik dasar (termasuk tekanan darah, berat badan) untuk skrining kontraindikasi.

2) Pelayanan Metode Kontrasepsi:
   a) Untuk Pil dan Suntik KB: Memberikan edukasi tentang cara pakai yang benar, jadwal, dan penanganan efek samping umum.
   b) Untuk Implan dan IUD: Menyiapkan alat dan bahan steril, melakukan tindakan pemasangan atau pencabutan sesuai prosedur standar operasional, melakukan tindakan asepsis dan antisepsis untuk mencegah infeksi, memberikan instruksi pasca-pemasangan/pencabutan dan jadwal kontrol.
   c) Untuk Kondom/Diafragma/Spermisida: Memberikan demonstrasi cara penggunaan yang benar.
3) Pemantauan dan Tindak Lanjut (Follow-up):
   a) Melakukan jadwal kunjungan ulang atau kontrol sesuai metode yang digunakan.
   b) Mengevaluasi efek samping atau komplikasi.
   c) Memberikan konseling ulang jika diperlukan atau jika klien ingin beralih metode.
4) Manajemen Komplikasi: Mampu mengidentifikasi dan memberikan penanganan awal pada komplikasi KB (misalnya, perdarahan abnormal, nyeri hebat, infeksi) dan merujuk jika diperlukan.
5) Pencatatan dan Pelaporan: Mendokumentasikan seluruh riwayat klien, metode yang digunakan, tanggal pemasangan/pencabutan, efek samping, dan tindak lanjut dalam rekam medis atau buku register KB.
6) Menjaga Kerahasiaan Klien: Memastikan semua informasi klien dijaga kerahasiaannya.

F. Menejemen asuhan kebidanan

1. Pengertian

Manajemen asuhan kebidanan merupakan pendekatan sistematis dalam memberikan pelayanan kebidanan yang berkualitas dan berfokus pada pasien. Berikut beberapa definisi menurut ahli dan institusi di Indonesia:

a Kementerian Kesehatan RI (2020) Manajemen asuhan kebidanan adalah suatu proses pengambilan keputusan klinis yang dilakukan bidan secara sistematis, mulai dari pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, hingga evaluasi untuk menjamin asuhan yang aman dan efektif. (Buku Panduan Praktik Klinik Bidan, Kemenkes RI, 2020).

b katan Bidan Indonesia (IBI, 2019) Manajemen kebidanan merupakan pendekatan profesional yang mencakup langkah-langkah terstruktur dalam memberikan asuhan kebidanan berbasis bukti (evidence-based practice) untuk mencapai hasil optimal bagi ibu dan bayi. (Standar Pelayanan Kebidanan, IBI, 2019).

c Varney (2017) dalam Adaptasi Indonesia (2020) Manajemen asuhan kebidanan adalah metode pemecahan masalah (problem-solving) yang terdiri dari serangkaian langkah logis untuk memberikan perawatan yang komprehensif dan berkelanjutan. (Varney's Midwifery, Edisi Terjemahan EGC, 2020).

d Asosiasi Pendidikan Kebidanan Indonesia (AIPKIND, 2021) Suatu kerangka kerja yang digunakan bidan dalam mengintegrasikan pengetahuan, keterampilan, dan sikap profesional untuk memberikan asuhan yang holistik, mulai dari promotif, preventif, kuratif, hingga rehabilitatif. (Manajemen Asuhan Kebidanan Komprehensif, AIPKIND, 2021).

2. Langkah langkah menejemen

Manajemen asuhan kebidanan umumnya terdiri dari tujuh langkah yang saling berkaitan dan berkesinambungan. Meskipun terkadang jumlah langkah bisa bervariasi tergantung pada referensi atau model yang digunakan, intinya tetap mencakup proses pengumpulan data, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Berikut adalah tujuh langkah manajemen asuhan kebidanan menurut Helen Varney (1997), yang merupakan salah satu model yang paling umum digunakan:

a Pengumpulan Data Dasar (Data Collection)

Langkah pertama ini melibatkan pengumpulan semua informasi yang relevan tentang klien. Data ini bisa bersifat subjektif (apa yang dirasakan dan diucapkan klien) dan objektif (hasil pemeriksaan fisik, laboratorium, dan observasi bidan).

1) Contoh data subjektif: Riwayat kesehatan, keluhan utama, riwayat kehamilan/persalinan sebelumnya, riwayat sosial ekonomi, dll.
2) Contoh data objektif: Tanda-tanda vital (tekanan darah, suhu, nadi, pernapasan), hasil pemeriksaan fisik (tinggi fundus uteri, denyut jantung janin, pembukaan serviks), hasil laboratorium (Hb, golongan darah), dll.
3) Teknik pengumpulan data: Anamnesis (wawancara), pemeriksaan fisik, observasi, dan penelaahan catatan medis.

b Interpretasi Data Dasar (Interpretation of Data)

Setelah data terkumpul, bidan menganalisis dan menginterpretasikan data tersebut untuk merumuskan diagnosis kebidanan (masalah atau kondisi yang dialami klien) dan masalah potensial (risiko atau komplikasi yang mungkin terjadi).

1) Diagnosis kebidanan: Pernyataan mengenai status kesehatan klien berdasarkan data yang ditemukan, misalnya "G2P1A0 usia kehamilan 38 minggu dengan persalinan kala I fase aktif".
2) Masalah potensial: Mengidentifikasi kemungkinan komplikasi berdasarkan diagnosis saat ini, misalnya "Potensial terjadi perdarahan post partum".

c Identifikasi Diagnosis dan Masalah Potensial (Identification of Potential Problems).

Langkah ini lebih lanjut dalam memikirkan masalah lain yang mungkin timbul berdasarkan diagnosis yang telah ditegakkan. Bidan harus berpikir ke depan untuk mengantisipasi komplikasi dan menyiapkan rencana penanganannya.

Contoh: Jika klien mengalami anemia, masalah potensialnya adalah perdarahan post partum atau kelelahan berlebihan saat persalinan.

d Identifikasi Kebutuhan Akan Tindakan Segera/Kolaborasi (Identification of the Need for Immediate Action/Collaboration).

Pada langkah ini, bidan menentukan apakah ada kondisi yang memerlukan tindakan segera atau konsultasi/kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain (dokter obgyn, dokter anak, ahli gizi, dll.). Ini adalah langkah krusial untuk mencegah perburukan kondisi. Contoh: Perdarahan hebat, kejang pada eklampsia, atau gawat janin memerlukan tindakan segera atau rujukan/kolaborasi.

e Rencana Asuhan (Planning).

Berdasarkan diagnosis dan masalah yang teridentifikasi, bidan menyusun rencana asuhan yang komprehensif. Rencana ini harus berpusat pada klien, realistis, dan mencakup tujuan yang spesifik, terukur, dapat dicapai, relevan, dan berbatas waktu (SMART).

1) Tujuan: Apa yang ingin dicapai dari asuhan tersebut.
2) Rencana tindakan: Intervensi spesifik yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan tersebut.

   Contoh: Jika klien mengalami mual muntah berlebihan, rencananya mungkin termasuk edukasi nutrisi, pemberian vitamin B6, dan pemantauan berat badan.

f Implementasi Asuhan (Implementation). Langkah ini adalah pelaksanaan langsung dari rencana asuhan yang telah disusun. Bidan melakukan intervensi sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan, sambil tetap mempertimbangkan kondisi klien. Contoh: Melakukan pemeriksaan fisik rutin, memberikan penyuluhan kesehatan, membantu proses persalinan, memberikan obat sesuai indikasi, atau melakukan rujukan.

g Evaluasi (Evaluation)Langkah terakhir adalah evaluasi untuk menilai efektivitas asuhan yang telah diberikan. Bidan mengevaluasi apakah tujuan asuhan telah tercapai, apakah ada perubahan pada kondisi klien, dan apakah ada kebutuhan untuk memodifikasi rencana asuhan.

1) Evaluasi formatif: Dilakukan selama proses asuhan berlangsung.
2) Evaluasi sumatif: Dilakukan setelah asuhan selesai atau pada titik tertentu untuk melihat hasil akhir.

   Contoh: Setelah memberikan edukasi tentang ASI eksklusif, bidan mengevaluasi apakah ibu memahami dan mempraktikkan ASI eksklusif. Jika belum, rencana asuhan perlu disesuaikan.

G. Hukum dan Kewenanangan Bidan

1. Kehamilan

a Hukum Kewenangan Bidan

Hukum kewenangan bidan di Indonesia secara pokok diatur dalam:

1) Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan: Ini adalah landasan utama yang mengatur praktik kebidanan di Indonesia. UU ini mencakup pendidikan, registrasi, izin praktik, hak dan kewajiban bidan, organisasi profesi, hingga pembinaan dan pengawasan.
2) Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan: Permenkes ini lebih rinci mengatur mengenai perizinan dan bagaimana praktik kebidanan dilaksanakan, baik secara mandiri maupun di fasilitas pelayanan kesehatan.
3) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan: Peraturan ini mengatur standar kompetensi dan kode etik bidan, yang menjadi acuan bagi bidan dalam menjalankan praktik profesionalnya.

   Kewenangan Bidan Berdasarkan Regulasi Tersebut:

   Secara umum, bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:

   a) Pelayanan kesehatan ibu (termasuk pelayanan kehamilan, persalinan, nifas, dan menyusui).
   b) Pelayanan kesehatan anak (bayi baru lahir, bayi, dan balita).
   c) Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

4) Khususnya pada masa kehamilan, kewenangan bidan meliputi:
   a) Memberikan asuhan antenatal (pemeriksaan kehamilan) yang bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan ibu selama kehamilan.

b) Melakukan deteksi dini, pengobatan, dan rujukan jika ditemukan masalah atau komplikasi.
c) Memberikan edukasi dan konseling terkait kehamilan, persalinan, dan persiapan menjadi orang tua.
d) Dalam kondisi tertentu, bidan juga dapat memiliki kewenangan berdasarkan penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan daerah atau pelimpahan wewenang dari dokter untuk tindakan pelayanan kesehatan secara mandat.

b Standar Pelayanan Kebidanan pada Masa Kehamilan

Standar pelayanan kebidanan pada masa kehamilan (antenatal care/ANC) bertujuan untuk memastikan ibu hamil menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat, dan melahirkan bayi yang sehat. Standar ini diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan.

Secara garis besar, pelayanan antenatal yang berkualitas meliputi:

Identifikasi Ibu Hamil: Mengenali dan memotivasi ibu hamil untuk memeriksakan kehamilannya sedini mungkin.Pemeriksaan dan Pemantauan Antenatal:

Minimal 6 kali pemeriksaan selama kehamilan:

1) 2 kali pada trimester pertama (hingga 12 minggu).
2) 1 kali pada trimester kedua (13-27 minggu).
3) 3 kali pada trimester ketiga (28-40 minggu).

Minimal 2 kali pemeriksaan oleh dokter pada trimester I dan III.

Pemeriksaan meliputi:

a) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan.
b) Ukur tekanan darah.
c) Ukur lingkar lengan atas (LILA) untuk deteksi KEK (Kurang Energi Kronis).
d) Pengukuran tinggi fundus uteri.
e) Penentuan presentasi janin dan penghitungan denyut jantung janin (DJJ).

f) Pemeriksaan laboratorium (misalnya, tes golongan darah, Hb, urine, dll.).
g) Pemberian tablet tambah darah (TTD).
h) Suntik Tetanus Toxoid (TT) jika diperlukan.
i) Konseling mengenai nutrisi, tanda bahaya kehamilan, persiapan persalinan, dan menyusui.
j) Tata laksana kasus jika ditemukan masalah.
k) Pencatatan medis yang lengkap.

1) Pengelolaan Dini Masalah Kesehatan: Bidan harus mampu melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan, dan/atau rujukan semua kasus komplikasi atau penyakit yang menyertai kehamilan (misalnya, anemia, hipertensi gestasional, diabetes gestasional, infeksi saluran kemih).
2) Persiapan Persalinan dan Kegawatdaruratan: Bidan membantu ibu hamil dan keluarga merencanakan persalinan, termasuk menentukan tempat persalinan, penolong, dan mempersiapkan donor darah jika sewaktu-waktu dibutuhkan. Serta mengidentifikasi risiko kegawatdaruratan dan menyiapkan rujukan jika diperlukan.
3) Pemberian Informasi dan Edukasi: Memberikan informasi yang komprehensif tentang kehamilan, nutrisi, olahraga, istirahat, kebersihan diri, hingga persiapan persalinan dan menyusui.

c. Kompetensi Bidan pada Masa Kehamilan

Kompetensi bidan merupakan kemampuan yang harus dimiliki bidan untuk dapat memberikan pelayanan kebidanan yang berkualitas, efektif, efisien, dan aman. Standar kompetensi bidan diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan.

Secara spesifik untuk asuhan kehamilan, kompetensi bidan meliputi:

1) Pengetahuan Dasar Ilmu Sosial, Kesehatan Masyarakat, dan Etika: Memahami konteks sosial dan budaya ibu hamil, serta menjunjung

tinggi etika profesi dalam memberikan asuhan.

2) Asuhan Antenatal yang Bermutu Tinggi:
   a) Melakukan anamnesa (wawancara riwayat kesehatan) secara komprehensif.
   b) Melakukan pemeriksaan fisik lengkap (termasuk pengukuran vital sign, tinggi badan, berat badan, pemeriksaan fisik umum dan khusus kebidanan).
   c) Melakukan pemeriksaan penunjang (misalnya, pemeriksaan laboratorium sederhana).
   d) Mampu menginterpretasikan hasil pemeriksaan dan mendiagnosis kehamilan normal.
   e) Mengidentifikasi tanda-tanda bahaya kehamilan dan komplikasi.
   f) Melakukan penanganan awal pada kasus-kasus ringan.
   g) Melakukan rujukan tepat waktu dan sesuai prosedur jika ditemukan kondisi yang memerlukan penanganan dokter atau fasilitas yang lebih lengkap.
   h) Memberikan terapi farmakologi dasar sesuai kewenangan.
3) Edukasi dan Konseling:
   a) Memberikan pendidikan kesehatan tentang gizi seimbang, pentingnya istirahat, aktivitas fisik, kebersihan diri, dan persiapan menyusui.
   b) Memberikan konseling mengenai persiapan persalinan, tanda-tanda persalinan, pilihan tempat persalinan, serta metode kontrasepsi pasca persalinan.
   c) Memberikan informasi mengenai hak-hak ibu hamil dan keluarga.
4) Deteksi Dini dan Penanganan Penyakit yang Menyertai Kehamilan: Menguasai keterampilan untuk mengidentifikasi dan mendeteksi berbagai penyakit yang sering terjadi selama kehamilan (misalnya, anemia, hipertensi gestasional, diabetes gestasional, infeksi saluran kemih), serta memahami tanda, gejala, dan faktor risikonya.
5) Manajemen Stres dan Kecemasan: Mampu mengidentifikasi dan membantu ibu hamil mengelola stres dan kecemasan selama kehamilan,

termasuk dengan pendekatan holistik.

6) Dokumentasi: Melakukan pencatatan asuhan kebidanan secara lengkap, akurat, dan sesuai standar.
7) Kolaborasi dan Rujukan: Mampu bekerja sama dengan tenaga kesehatan lain (dokter, perawat, ahli gizi, dll.) dan merujuk kasus yang tidak dapat ditangani sesuai kewenangannya.

2. Persalinan

a Hukum Kewenangan Bidan pada Masa Persalinan.

Hukum kewenangan bidan di Indonesia, sebagaimana dijelaskan sebelumnya, diatur secara pokok oleh:

1) Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan: Ini adalah landasan utama yang mengatur praktik kebidanan, termasuk lingkup praktik bidan dalam persalinan.
2) Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan: Permenkes ini merinci tentang bagaimana praktik kebidanan dalam persalinan dilaksanakan.
3) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan: Mengatur standar kompetensi dan kode etik bidan, yang relevan juga untuk asuhan persalinan.

b Kewenangan Bidan dalam Masa Persalinan berdasarkan Regulasi:

Bidan memiliki kewenangan yang jelas dalam memberikan asuhan persalinan normal. Kewenangan ini meliputi:

1) Memberikan asuhan persalinan normal: Ini mencakup pemantauan kemajuan persalinan, manajemen nyeri non-farmakologis, dukungan psikologis, serta memimpin persalinan fisiologis (normal).
2) Melakukan episiotomi: Dalam kondisi tertentu yang indikatif (misalnya, untuk mencegah ruptur perineum yang lebih parah atau mempercepat kelahiran pada kondisi gawat janin), bidan berwenang untuk melakukan episiotomi.

3) Melakukan penjahitan luka episiotomi dan laserasi tingkat I dan II: Setelah persalinan, bidan berwenang untuk menjahit kembali luka episiotomi atau robekan perineum derajat ringan (tingkat I dan II).
4) Melakukan pertolongan pertama pada kasus kegawatdaruratan kebidanan: Bidan harus mampu mengidentifikasi dan memberikan penanganan awal pada kasus kegawatdaruratan seperti perdarahan postpartum (PPH), preeklampsia/eklampsia, atau gawat janin, sebelum merujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap.
5) Memberikan asuhan segera pada bayi baru lahir: Ini meliputi penilaian kondisi bayi, resusitasi dasar jika diperlukan, perawatan tali pusat, inisiasi menyusui dini (IMD), dan pemberian vitamin K1 serta imunisasi Hepatitis B sesuai standar.
6) Melakukan rujukan: Apabila ditemukan komplikasi atau kondisi yang tidak dapat ditangani sesuai kewenangannya, bidan wajib melakukan rujukan pasien ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap atau ke dokter spesialis yang relevan.

c Standar Pelayanan Kebidanan pada Masa Persalinan

Standar pelayanan kebidanan pada masa persalinan diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan. Standar ini mencakup asuhan yang diberikan pada kala I, II, III, dan IV persalinan.

Secara garis besar, standar pelayanan persalinan yang berkualitas meliputi:

1) Kala I (Pembukaan Serviks):
   a) Pemantauan kemajuan persalinan menggunakan partograf secara ketat (kontraksi, denyut jantung janin, pembukaan serviks).
   b) Penilaian status umum ibu (tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan).
   c) Memberikan dukungan emosional, kenyamanan, dan posisi yang nyaman.
   d) Memberikan nutrisi dan hidrasi yang cukup.
   e) Manajemen nyeri non-farmakologis (massage, teknik pernapasan, mobilisasi).

f) Melakukan amniotomi (pemecahan selaput ketuban) jika diindikasikan secara medis.
g) Deteksi dini komplikasi dan rujukan.

2) Kala II (Pengeluaran Janin):
a) Membimbing ibu untuk meneran secara efektif dan benar.
b) Memantau denyut jantung janin secara berkala.
c) Menjaga kebersihan dan sterilitas selama proses persalinan.
d) Melakukan pertolongan persalinan sesuai Asuhan Persalinan Normal (APN).
e) Melakukan episiotomi jika ada indikasi medis yang jelas.
f) Melakukan penilaian segera pada bayi baru lahir.

3) Kala III (Pengeluaran Plasenta):
a) Manajemen aktif kala III (penyuntikan oksitosin, peregangan tali pusat terkendali, masase fundus uteri).
b) Pemeriksaan kelengkapan plasenta dan selaput ketuban.
c) Deteksi dini perdarahan postpartum.

4) Kala IV (2 Jam Pasca Persalinan):
a) Pemantauan ketat kontraksi uterus, tinggi fundus, perdarahan, dan tanda vital ibu setiap 15 menit pada jam pertama, dan setiap 30 menit pada jam kedua.
b) Memastikan ibu dalam kondisi stabil dan nyaman.
c) Melakukan penjahitan laserasi atau episiotomi jika ada.
d) Inisiasi menyusui dini (IMD) dalam 1 jam pertama kelahiran.
e) Pemberian asuhan pada bayi baru lahir (perawatan tali pusat, pemberian vitamin K1, imunisasi Hepatitis B).
f) Edukasi tentang tanda bahaya nifas dan bayi baru lahir.

d Kompetensi bidan

Kompetensi bidan merupakan kemampuan esensial yang harus dimiliki bidan untuk memberikan asuhan persalinan yang aman dan berkualitas. Kompetensi ini diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan.

Secara spesifik untuk asuhan persalinan, kompetensi bidan meliputi:

1) Pengetahuan Mendalam tentang Fisiologi Persalinan: Memahami mekanisme persalinan normal, fase-fase persalinan, dan perubahan fisiologis pada ibu dan janin selama persalinan.
2) Pengambilan Keputusan Klinis: Mampu melakukan penilaian klinis yang cepat dan tepat untuk menentukan kemajuan persalinan, mengidentifikasi penyimpangan dari normal, dan memutuskan tindakan yang diperlukan (misalnya, rujukan).
3) Keterampilan Asuhan Persalinan Normal (APN): Menguasai seluruh langkah-langkah APN secara sistematis dan sesuai standar, mulai dari persiapan, pertolongan persalinan, manajemen aktif kala III, hingga asuhan pada bayi baru lahir.
4) Manajemen Nyeri dalam Persalinan: Mampu menerapkan berbagai teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri persalinan, seperti teknik pernapasan, relaksasi, mobilisasi, dan masase.
5) Identifikasi dan Penanganan Komplikasi Awal:
    a) Mampu mengenali tanda-tanda komplikasi persalinan (misalnya, partus lama, persalinan macet, perdarahan postpartum, distosia bahu, gawat janin).
    b) Mampu melakukan penanganan awal kegawatdaruratan kebidanan (misalnya, resusitasi neonatus, manajemen syok, kompresi bimanual).
    c) Mampu melakukan rujukan yang cepat dan tepat waktu ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi.

6) Keterampilan Teknis:
    a) Melakukan pemeriksaan dalam secara steril dan akurat.
    b) Memimpin persalinan normal.
    c) Melakukan penjahitan luka episiotomi dan laserasi tingkat I dan II.
    d) Melakukan pemasangan infus dan pemberian cairan intravena (sesuai indikasi dan kewenangan).
    e) Melakukan kateterisasi.

7) Asuhan Bayi Baru Lahir: Mampu melakukan penilaian Apgar Score, resusitasi dasar bayi baru lahir, perawatan tali pusat, inisiasi menyusui dini (IMD), dan pemberian vitamin K1 serta imunisasi Hepatitis B.
8) Komunikasi dan Konseling Efektif: Mampu berkomunikasi dengan ibu dan keluarga secara empati, memberikan informasi yang jelas, dan memberikan dukungan emosional selama proses persalinan.
9) Pencatatan dan Pelaporan: Melakukan dokumentasi asuhan persalinan yang lengkap dan akurat pada rekam medis dan partograf.
10) Etika dan Profesionalisme: Menjunjung tinggi kode etik profesi, menjaga kerahasiaan pasien, dan memberikan pelayanan yang berpusat pada pasien dengan menghormati martabat dan hak-hak ibu.

3. Bayi baru lahir

a Hukum Kewenangan Bidan pada Bayi Baru Lahir.

Hukum kewenangan bidan di Indonesia, termasuk dalam asuhan bayi baru lahir, diatur secara pokok oleh:

1) Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan: Ini adalah payung hukum utama yang mengatur lingkup praktik kebidanan, termasuk asuhan neonatal. Pasal 33 ayat (1) huruf a secara eksplisit menyebutkan kewenangan bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan anak, yang meliputi bayi baru lahir, bayi, dan balita.
2) Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan: Permenkes ini lebih merinci mengenai pelayanan kebidanan yang dapat diberikan bidan, termasuk dalam asuhan bayi baru lahir, baik di praktik mandiri bidan maupun di fasilitas pelayanan kesehatan.
3) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan: Peraturan ini mengatur standar kompetensi dan kode etik bidan, yang menjadi acuan dalam memberikan asuhan bayi baru lahir secara profesional dan etis.

Kewenangan Bidan dalam Asuhan Bayi Baru Lahir berdasarkan Regulasi:

Secara umum, bidan memiliki kewenangan untuk:

1) Melakukan penilaian awal bayi baru lahir: Segera setelah lahir, bidan berwenang untuk melakukan penilaian Apgar Score, menaksir usia kehamilan, dan mengidentifikasi kelainan atau masalah kesehatan pada bayi baru lahir.
2) Melakukan resusitasi dasar neonatus: Jika bayi mengalami asfiksia (sulit bernapas), bidan berwenang untuk melakukan langkah-langkah resusitasi dasar seperti stimulasi taktil, membersihkan jalan napas, dan ventilasi tekanan positif.
3) Melakukan perawatan bayi baru lahir normal: Ini meliputi menjaga kehangatan bayi, inisiasi menyusui dini (IMD), perawatan tali pusat, pengukuran antropometri (berat badan, panjang badan, lingkar kepala), dan pemeriksaan fisik bayi.
4) Pemberian profilaksis: Bidan berwenang untuk memberikan suntikan Vitamin K1 dan imunisasi Hepatitis B (HB0) pada bayi baru lahir sesuai program pemerintah dan standar prosedur.
5) Deteksi dini dan penanganan awal komplikasi: Bidan harus mampu mengidentifikasi tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir (misalnya, kesulitan bernapas, kejang, kuning, hipotermia, hipoglikemia) dan memberikan penanganan awal yang diperlukan.
6) Melakukan rujukan: Apabila ditemukan kondisi bayi baru lahir yang memerlukan penanganan lebih lanjut oleh dokter anak atau fasilitas kesehatan yang lebih lengkap, bidan wajib melakukan rujukan tepat waktu.
7) Melakukan skrining dasar: Bidan dapat melakukan skrining hipotiroid kongenital dan skrining pendengaran pada bayi baru lahir sesuai standar operasional prosedur dan ketersediaan fasilitas.
8) Memberikan edukasi dan konseling kepada orang tua: Bidan berwenang untuk memberikan informasi dan edukasi mengenai perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI eksklusif, tanda bahaya pada bayi, dan pentingnya imunisasi.

b Standar Pelayanan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir.

Standar pelayanan kebidanan pada bayi baru lahir diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah

Melahirkan. Standar ini mencakup asuhan yang diberikan segera setelah lahir hingga periode neonatal.

Secara garis besar, standar pelayanan bayi baru lahir yang berkualitas meliputi:

1) Asuhan Esensial Bayi Baru Lahir (AEBN) Segera setelah Lahir (Golden Hour)
    a) Menjaga Kehangatan dengan meletakkan bayi di dada ibu (kontak kulit ke kulit), mengeringkan bayi, menyelimuti bayi, dan memasang topi.
    b) Inisiasi Menyusui Dini (IMD) adalah pendukung bayi untuk mencari puting susu ibu dan mulai menyusu dalam satu jam pertama setelah lahir.
    c) Pemberian Salep Mata Antibiotik (Profilaksis Infeksi Mata): Untuk mencegah infeksi mata pada bayi.
    d) Pemberian Vitamin K1 Injeksi: Untuk mencegah perdarahan akibat defisiensi vitamin K.
    e) Imunisasi Hepatitis B (HB0) Diberikan dalam 24 jam pertama kehidupan.
    f) Pengikatan dan Pemotongan Tali Pusat: Dilakukan secara steril dan hati-hati.
2) Penilaian dan Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir:
    a) Pemeriksaan fisik lengkap untuk mengidentifikasi kelainan kongenital atau masalah lain.
    b) Pengukuran antropometri (berat badan, panjang badan, lingkar kepala, lingkar dada, lingkar lengan atas).
    c) Penilaian pernapasan, denyut jantung, suhu, warna kulit, dan aktivitas bayi.
3) Perawatan Tali Pusat: Menjaga tali pusat tetap kering dan bersih.
4) Pemantauan Tanda Bahaya: Melakukan pemantauan berkala terhadap tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir seperti kesulitan bernapas, demam, hipotermia, kejang, ikterus (kuning), atau masalah pemberian ASI.
5) Edukasi dan Konseling kepada Orang Tua:
    a) Pentingnya ASI eksklusif dan teknik menyusui yang benar.

b) Tanda-tanda bahaya pada bayi dan kapan harus mencari pertolongan medis.
c) Perawatan sehari-hari bayi (memandikan, mengganti popok, menjaga kebersihan).
d) Jadwal imunisasi lanjutan.
e) Pentingnya kunjungan neonatal (KN) dan skrining kesehatan.

6) Pencatatan dan Dokumentasi: Melakukan pencatatan lengkap semua asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir dalam rekam medis.

4. Nifas

a Hukum Kewenangan Bidan pada Ibu Nifas

Kewenangan bidan dalam memberikan asuhan pada ibu nifas diatur secara hukum oleh beberapa peraturan utama di Indonesia:

1) Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan: Undang-undang ini merupakan payung hukum bagi praktik kebidanan. Pasal 33 ayat (1) huruf a secara jelas menyatakan kewenangan bidan untuk memberikan pelayanan kesehatan ibu, yang di dalamnya termasuk pelayanan masa nifas dan menyusui.
2) Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan: Permenkes ini merinci lingkup pelayanan yang dapat diberikan bidan, termasuk asuhan masa nifas. Bidan berwenang untuk memberikan asuhan mandiri pada ibu nifas normal baik di praktik mandiri bidan maupun di fasilitas pelayanan kesehatan.
3) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan: Peraturan ini menetapkan standar kompetensi dan kode etik yang harus dipatuhi bidan, termasuk dalam memberikan asuhan nifas.

Kewenangan Bidan dalam Masa Nifas berdasarkan Regulasi:

Secara spesifik, bidan memiliki kewenangan untuk:

a) Memberikan asuhan pada ibu nifas normal: Ini mencakup pemantauan kondisi umum ibu (tanda vital, involusi uteri, pengeluaran lochea, kondisi payudara), penanganan nyeri, dan dukungan psikologis.

b) Melakukan deteksi dini dan penanganan awal komplikasi: Bidan wajib mengenali tanda-tanda bahaya pada masa nifas seperti perdarahan postpartum sekunder, infeksi nifas, demam, preeklampsia post partum, atau masalah kejiwaan pascapersalinan, serta memberikan penanganan awal yang diperlukan.
c) Memberikan konseling dan edukasi: Bidan berwenang untuk memberikan informasi dan edukasi mengenai nutrisi, istirahat, kebersihan diri, pentingnya ASI eksklusif, perawatan payudara, hubungan seksual pascapersalinan, tanda bahaya nifas, dan keluarga berencana.
d) Memberikan pelayanan Keluarga Berencana (KB): Bidan dapat memberikan konseling dan pelayanan KB pascapersalinan sesuai jenis metode yang menjadi kewenangannya (misalnya, pil KB, suntik KB, atau pemasangan implan/IUD jika telah memiliki sertifikasi kompetensi yang relevan).
e) Melakukan rujukan: Apabila ditemukan kondisi ibu nifas yang memerlukan penanganan lebih lanjut oleh dokter atau fasilitas kesehatan yang lebih lengkap, bidan wajib melakukan rujukan tepat waktu.
f) Melakukan penjahitan ulang (re-hecting) laserasi jalan lahir tingkat I dan II: Jika diperlukan, bidan berwenang untuk melakukan penjahitan ulang pada robekan perineum tingkat ringan yang sebelumnya telah dijahit.

b Standar Pelayanan Kebidanan pada Ibu Nifas

Standar pelayanan kebidanan pada masa nifas bertujuan untuk memastikan kesehatan dan kesejahteraan ibu setelah melahirkan serta mendukung keberhasilan menyusui. Standar ini diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan.

Secara garis besar, standar pelayanan nifas yang berkualitas meliputi:

a) Kunjungan Nifas (KN):
   1) KN 1 (6 jam - 2 hari setelah persalinan): Fokus pada pemantauan perdarahan, involusi uteri, tanda vital ibu, perawatan perineum, serta inisiasi dan keberhasilan menyusui.
   2) KN 2 (3 hari - 7 hari setelah persalinan): Pemantauan kondisi umum ibu, lochea, kondisi payudara, tali pusat bayi, serta konseling menyusui dan nutrisi.
   3) KN 3 (8 hari - 28 hari setelah persalinan): Pemantauan kondisi ibu dan bayi, termasuk deteksi dini komplikasi, konseling KB, dan dukungan emosional.
   4) KN 4 (29 hari - 42 hari setelah persalinan): Evaluasi menyeluruh kondisi ibu dan bayi, konseling KB, dan persiapan ibu untuk kembali beraktivitas.

b) Pemeriksaan Fisik dan Penilaian:
   1) Pemeriksaan tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan).
   2) Evaluasi involusi uteri (tinggi fundus uteri).
   3) Penilaian karakteristik lochea (warna, jumlah, bau).
   4) Pemeriksaan payudara dan status laktasi.
   5) Penilaian kondisi perineum/luka episiotomi/robekan jalan lahir.
   6) Deteksi edema (bengkak) pada ekstremitas.
   7) Penilaian status emosional ibu.

c) Edukasi dan Konseling:
   1) Pentingnya nutrisi seimbang, hidrasi, dan istirahat yang cukup.
   2) Teknik menyusui yang benar, penanganan masalah menyusui (misalnya, puting lecet, payudara bengkak).
   3) Tanda-tanda bahaya pada masa nifas (misalnya, perdarahan hebat, demam tinggi, nyeri perut hebat, nyeri kepala hebat, bengkak di wajah/tangan).
   4) Kebersihan diri dan perawatan perineum.
   5) Informasi mengenai hubungan seksual pascapersalinan.
   6) Pentingnya program Keluarga Berencana (KB) dan pilihan metode.
   7) Vaksinasi bagi ibu nifas (misalnya, tetanus, rubella, jika diperlukan).

d) Penanganan Masalah Umum Nifas: Seperti nyeri perineum, konstipasi, hemoroid, atau kesulitan buang air kecil.

e) Pencatatan dan Dokumentasi: Melakukan pencatatan lengkap semua asuhan yang diberikan pada ibu nifas dalam rekam medis.

c Kompetensi Bidan pada Ibu Nifas

Kompetensi bidan merupakan kemampuan yang harus dimiliki untuk memberikan pelayanan nifas yang aman, efektif, dan berkualitas. Kompetensi ini diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan.

Secara spesifik untuk asuhan masa nifas, kompetensi bidan meliputi:

1) Pengetahuan Mendalam tentang Fisiologi Nifas: Memahami perubahan fisiologis pada ibu setelah melahirkan, proses involusi uteri, laktasi, dan adaptasi psikologis.
2) Pengkajian Komprehensif Ibu Nifas: Mampu melakukan anamnesa dan pemeriksaan fisik secara menyeluruh untuk menilai kondisi kesehatan ibu, mengidentifikasi faktor risiko, dan mendeteksi adanya penyimpangan atau komplikasi.
3) Manajemen Laktasi: Memiliki pengetahuan dan keterampilan yang kuat dalam mendukung ibu untuk menyusui secara eksklusif, termasuk posisi dan perlekatan yang benar, penanganan masalah menyusui (bendungan ASI, mastitis, puting lecet), serta promosi ASI.
4) Deteksi Dini dan Penanganan Awal Komplikasi Nifas:

a) Mampu mengenali tanda-tanda bahaya nifas (perdarahan postpartum sekunder, infeksi nifas, demam, preeklampsia post partum, tromboflebitis, depresi post partum).
b) Mampu memberikan penanganan awal kegawatdaruratan pada masa nifas (misalnya, syok, kejang).
c) Mampu melakukan rujukan yang cepat dan tepat waktu ke dokter atau fasilitas kesehatan yang lebih tinggi.

5) Konseling dan Edukasi yang Efektif: Mampu memberikan informasi yang jelas, akurat, dan mudah dipahami kepada ibu dan keluarga mengenai berbagai aspek

perawatan nifas, termasuk nutrisi, istirahat, kebersihan, perawatan bayi, dan pentingnya KB.

6) Keterampilan Teknis:

a) Perawatan luka perineum/episiotomi.

b) Pengambilan sampel darah (jika diperlukan untuk pemeriksaan laboratorium).

c) Pemasangan infus dan pemberian cairan intravena (sesuai indikasi dan kewenangan).

d) Pelayanan KB (konseling dan pemasangan alat kontrasepsi sesuai kewenangan dan pelatihan).

7) Dukungan Psikososial: Mampu mengidentifikasi dan memberikan dukungan psikologis pada ibu yang mengalami perubahan emosional atau tanda-tanda depresi pascapersalinan.

8) Pencatatan dan Pelaporan: Melakukan dokumentasi asuhan nifas secara lengkap, akurat, dan sesuai standar pada rekam medis.

9) Kolaborasi dan Rujukan: Mampu bekerja sama dengan tenaga kesehatan lain (dokter, perawat, ahli gizi) dan merujuk kasus yang tidak dapat ditangani sesuai kewenangannya.

5. Neonatus

a Hukum Kewenangan Bidan pada Neonatus

Kewenangan bidan dalam memberikan asuhan pada neonatus diatur oleh beberapa peraturan perundang-undangan di Indonesia, yang merupakan kelanjutan dari kewenangan bidan sejak masa kehamilan dan persalinan:

1) Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan: Undang-undang ini adalah landasan hukum utama yang mengatur praktik kebidanan di Indonesia. Pasal 33 ayat (1) huruf a secara eksplisit menyebutkan kewenangan bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan anak, yang di dalamnya meliputi asuhan pada bayi baru lahir, bayi, dan balita. Ini mencakup periode neonatus.

2) Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan: Permenkes ini merinci lingkup pelayanan yang dapat diberikan bidan, termasuk asuhan pada neonatus,

baik di praktik mandiri bidan maupun di fasilitas pelayanan kesehatan. Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan asuhan mandiri pada neonatus normal.

3) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan: Peraturan ini menetapkan standar kompetensi dan kode etik yang harus dipatuhi bidan, termasuk dalam memberikan asuhan pada neonatus secara profesional dan etis.

b Kewenangan Bidan dalam Asuhan Neonatus berdasarkan Regulasi:

Secara spesifik, bidan memiliki kewenangan untuk:

1) Melakukan penilaian dan pemeriksaan fisik neonatus: Bidan berwenang untuk melakukan pemeriksaan fisik lengkap pada neonatus untuk mengidentifikasi normalitas, kelainan kongenital, atau masalah kesehatan lainnya. Ini termasuk penilaian Apgar Score segera setelah lahir, pengukuran antropometri (berat badan, panjang badan, lingkar kepala), dan pemantauan tanda vital.
2) Melakukan resusitasi dasar neonatus: Jika neonatus mengalami asfiksia (kesulitan bernapas) atau kondisi gawat darurat lainnya, bidan berwenang untuk melakukan langkah-langkah resusitasi dasar sesuai standar prosedur, seperti stimulasi taktil, membersihkan jalan napas, dan ventilasi tekanan positif.
3) Melakukan perawatan neonatus normal: Ini meliputi menjaga kehangatan bayi, inisiasi menyusui dini (IMD), perawatan tali pusat, dan perawatan kulit bayi.
4) Pemberian profilaksis dan imunisasi: Bidan berwenang untuk memberikan suntikan Vitamin K1 untuk mencegah perdarahan dan imunisasi Hepatitis B (HB0) pada bayi baru lahir sesuai program pemerintah dan standar prosedur.
5) Deteksi dini dan penanganan awal komplikasi: Bidan wajib mengenali tanda-tanda bahaya pada neonatus (misalnya, kesulitan bernapas, demam, hipotermia, hipoglikemia, ikterus/kuning, kejang, infeksi) dan memberikan penanganan awal yang diperlukan sebelum merujuk.

6) Melakukan skrining dasar: Bidan dapat melakukan skrining hipotiroid kongenital dan skrining pendengaran pada neonatus sesuai standar operasional prosedur dan ketersediaan fasilitas.
7) Memberikan edukasi dan konseling kepada orang tua: Bidan berwenang untuk memberikan informasi dan edukasi mengenai perawatan neonatus, pentingnya ASI eksklusif, tanda bahaya pada bayi, dan pentingnya imunisasi lanjutan.
8) Melakukan rujukan: Apabila ditemukan kondisi neonatus yang memerlukan penanganan lebih lanjut oleh dokter anak atau fasilitas kesehatan yang lebih lengkap, bidan wajib melakukan rujukan tepat waktu.

c Standar Pelayanan Kebidanan pada Neonatus

Standar pelayanan kebidanan pada neonatus bertujuan untuk memastikan kesehatan dan kelangsungan hidup bayi sejak lahir hingga usia 28 hari, serta mendukung tumbuh kembang optimal. Standar ini diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan.

Secara garis besar, standar pelayanan neonatus yang berkualitas meliputi:

1) Asuhan Esensial Bayi Baru Lahir (AEBN) Segera setelah Lahir (Golden Hour):
   a) Menjaga Kehangatan: Melakukan kontak kulit ke kulit antara ibu dan bayi, mengeringkan bayi, menyelimuti bayi, dan memasang topi.
   b) Inisiasi Menyusui Dini (IMD): Mendukung bayi untuk mencari puting susu ibu dan mulai menyusu dalam satu jam pertama setelah lahir.
   c) Pemberian Salep Mata Antibiotik (Profilaksis Infeksi Mata): Untuk mencegah infeksi mata pada bayi.
   d) Pemberian Vitamin K1 Injeksi: Untuk mencegah perdarahan akibat defisiensi vitamin K.
   e) Imunisasi Hepatitis B (HB0): Diberikan dalam 24 jam pertama kehidupan.

f) Pengikatan dan Pemotongan Tali Pusat: Dilakukan secara steril dan hati-hati.

2) Kunjungan Neonatal (KN):
   a) KN 1 (6-48 jam setelah lahir): Pemantauan adaptasi bayi, tanda vital, pernapasan, suhu, warna kulit, aktivitas, serta keberhasilan menyusui.
   b) KN 2 (3-7 hari setelah lahir): Pemantauan umum, pemeriksaan tali pusat, deteksi ikterus, dan konseling menyusui.
   c) KN 3 (8-28 hari setelah lahir): Pemantauan tumbuh kembang, deteksi dini masalah kesehatan, dan konseling imunisasi lanjutan.
3) Pemeriksaan Fisik dan Penilaian:
   a) Pemeriksaan fisik lengkap untuk mengidentifikasi kelainan kongenital atau masalah lain.
   b) Pengukuran antropometri (berat badan, panjang badan, lingkar kepala, lingkar dada, lingkar lengan atas).
   c) Penilaian pernapasan, denyut jantung, suhu, warna kulit, dan aktivitas bayi.
4) Perawatan Tali Pusat: Menjaga tali pusat tetap kering dan bersih, serta mengidentifikasi tanda-tanda infeksi.
5) Pemantauan Tanda Bahaya: Melakukan pemantauan berkala terhadap tanda-tanda bahaya pada neonatus seperti kesulitan bernapas, demam, hipotermia, kejang, ikterus (kuning), atau masalah pemberian ASI.
6) Edukasi dan Konseling kepada Orang Tua:
   a) Pentingnya ASI eksklusif dan teknik menyusui yang benar.
   b) Tanda-tanda bahaya pada bayi dan kapan harus mencari pertolongan medis.
   c) Perawatan sehari-hari bayi (memandikan, mengganti popok, menjaga kebersihan).
   d) Jadwal imunisasi lanjutan dan pentingnya kunjungan ke Posyandu/Puskesmas.
   e) Stimulasi tumbuh kembang bayi.
7) Pencatatan dan Dokumentasi: Melakukan pencatatan lengkap semua asuhan yang diberikan pada neonatus dalam rekam medis.

c Kompetensi Bidan pada Neonatus.

Kompetensi bidan merupakan kemampuan esensial yang harus dimiliki bidan untuk memberikan pelayanan yang aman dan berkualitas pada neonatus. Kompetensi ini diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan.

Secara spesifik untuk asuhan neonatus, kompetensi bidan meliputi:

1) Pengetahuan Mendalam tentang Fisiologi dan Patofisiologi Neonatus: Memahami proses adaptasi bayi baru lahir dari intrauterin ke ekstrauterin, serta tanda-tanda dan gejala kelainan umum pada neonatus.
2) Asuhan Esensial Bayi Baru Lahir (AEBN): Menguasai seluruh langkah-langkah AEBN secara sistematis dan sesuai standar, termasuk menjaga kehangatan, IMD, pemberian profilaksis (Vit K1, Salep Mata), dan imunisasi HB0.
3) Resusitasi Neonatus Dasar: Mampu melakukan penilaian kondisi bayi baru lahir dengan cepat dan tepat, serta melakukan langkah-langkah resusitasi dasar (stimulasi, membersihkan jalan napas, ventilasi tekanan positif) jika diperlukan.
4) Pemeriksaan Fisik Neonatus Komprehensif: Mampu melakukan pemeriksaan fisik dari kepala hingga kaki untuk mengidentifikasi normalitas dan kelainan, termasuk penilaian reflek-reflek bayi.
5) Deteksi Dini dan Penanganan Awal Komplikasi Neonatal:
    a) Mampu mengenali tanda-tanda bahaya pada neonatus (misalnya, asfiksia, hipotermia, hipoglikemia, ikterus, infeksi, kesulitan menyusu, kejang).
    b) Mampu memberikan penanganan awal pada kondisi-kondisi tersebut sebelum merujuk.
    c) Mampu melakukan rujukan yang cepat dan tepat waktu ke dokter atau fasilitas kesehatan yang lebih tinggi.
6) Manajemen Laktasi: Memiliki pengetahuan dan keterampilan yang kuat untuk mendukung ibu dalam memberikan ASI eksklusif, termasuk teknik menyusui yang benar, mengatasi masalah menyusui umum, dan pentingnya ASI bagi tumbuh kembang bayi.

7) Keterampilan Teknis:
   a) Pengukuran antropometri akurat.
   b) Perawatan tali pusat.
   c) Pemberian obat injeksi (Vitamin K1, Hepatitis B) secara aman.
   d) Pengambilan sampel darah untuk skrining (jika ada program dan sesuai kewenangan).
8) Komunikasi dan Edukasi: Mampu berkomunikasi secara efektif dengan orang tua mengenai perawatan bayi, tanda bahaya, nutrisi, imunisasi, dan pentingnya kunjungan neonatal.
9) Pencatatan dan Pelaporan: Melakukan dokumentasi asuhan neonatus secara lengkap, akurat, dan sesuai standar pada rekam medis.
10) Etika dan Profesionalisme: Menjunjung tinggi kode etik profesi, menjaga kerahasiaan pasien, dan memberikan pelayanan yang berpusat pada keluarga dengan menghormati hak-hak bayi dan orang tua.

6. KB

a. Hukum Kewenangan Bidan pada Pelayanan Keluarga Berencana (KB)

Kewenangan bidan dalam memberikan pelayanan Keluarga Berencana di Indonesia diatur oleh beberapa regulasi penting:

1) Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan: Ini adalah landasan hukum utama praktik kebidanan di Indonesia. Pasal 33 ayat (1) huruf c secara spesifik menyebutkan kewenangan bidan untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana. Ini menegaskan bahwa KB adalah bagian integral dari lingkup praktik bidan.
2) Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan: Permenkes ini merinci jenis-jenis pelayanan KB yang dapat diberikan oleh bidan, baik di praktik mandiri bidan maupun di fasilitas pelayanan kesehatan. Ini mencakup konseling, penyediaan, dan pemasangan/pencabutan alat kontrasepsi tertentu.
3) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan: Peraturan ini menetapkan standar kompetensi dan

kode etik bidan, yang menjadi acuan bagi bidan dalam memberikan pelayanan KB secara profesional dan etis.

4) Peraturan Kepala Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) Nomor 4 Tahun 2023 tentang Tata Cara Pelayanan Keluarga Berencana: Peraturan ini mengatur lebih detail mengenai pelaksanaan pelayanan KB, termasuk peran dan kewenangan berbagai tenaga kesehatan, termasuk bidan, dalam program KB nasional.

b Kewenangan Bidan dalam Pelayanan KB berdasarkan Regulasi:
Secara umum, bidan memiliki kewenangan untuk:

1) Memberikan konseling KB: Bidan wajib memberikan informasi yang komprehensif mengenai berbagai metode kontrasepsi (hormonal maupun non-hormonal), kelebihan dan kekurangannya, efek samping, cara penggunaan, serta membantu klien memilih metode yang paling sesuai dengan kondisi dan preferensinya.
2) Menyediakan dan memberikan metode kontrasepsi tertentu:
   a) Metode Hormonal: Pil KB, suntik KB (1 bulan dan 3 bulan).
   b) Metode Non-Hormonal: Kondom, Diafragma, Spermisida.
   c) Metode Jangka Panjang (MKJP): Pemasangan dan pencabutan implan (susuk KB) dan Intra Uterine Device (IUD/spiral). Namun, untuk pemasangan dan pencabutan MKJP ini, bidan wajib memiliki sertifikat kompetensi tambahan melalui pelatihan khusus yang diakui pemerintah dan organisasi profesi.
3) Melakukan pemeriksaan fisik dan penapisan kesehatan: Untuk memastikan klien cocok dengan metode kontrasepsi yang dipilih dan tidak ada kontraindikasi medis.
4) Melakukan deteksi dini dan penanganan efek samping/komplikasi ringan: Jika klien mengalami efek samping atau komplikasi dari penggunaan kontrasepsi, bidan berwenang untuk memberikan penanganan awal.
5) Melakukan rujukan: Apabila ditemukan kontraindikasi medis, komplikasi serius, atau kebutuhan akan metode kontrasepsi yang bukan kewenangannya (misalnya, MOW/ligasi tuba atau MOP/vasektomi),

bidan wajib melakukan rujukan klien ke dokter atau fasilitas kesehatan yang lebih lengkap.

6) Melakukan pencatatan dan pelaporan: Mendokumentasikan setiap pelayanan KB yang diberikan sesuai standar.

7) Standar Pelayanan Kebidanan pada Pelayanan Keluarga Berencana (KB)
Standar pelayanan KB bertujuan untuk memastikan setiap individu atau pasangan mendapatkan akses dan pelayanan KB yang aman, efektif, dan berkualitas. Standar ini diatur dalam berbagai pedoman program KB nasional dan juga mengacu pada Permenkes tentang standar pelayanan kebidanan.

Secara garis besar, standar pelayanan KB yang berkualitas meliputi:
Konseling Pra-Pelayanan:

a) Memberikan informasi yang lengkap dan akurat tentang berbagai metode KB.
b) Membantu klien memahami manfaat, risiko, dan efek samping setiap metode.
c) Menghargai hak klien untuk menentukan pilihan metode kontrasepsi secara mandiri dan tanpa paksaan.
d) Melakukan anamnesa (wawancara riwayat kesehatan) dan pemeriksaan fisik dasar (termasuk tekanan darah, berat badan) untuk skrining kontraindikasi.

8) Pelayanan Metode Kontrasepsi:

a) Untuk Pil dan Suntik KB: Memberikan edukasi tentang cara pakai yang benar, jadwal, dan penanganan efek samping umum.
b) Untuk Implan dan IUD: Menyiapkan alat dan bahan steril, melakukan tindakan pemasangan atau pencabutan sesuai prosedur standar operasional, melakukan tindakan asepsis dan antisepsis untuk mencegah infeksi, memberikan instruksi pasca-pemasangan/pencabutan dan jadwal kontrol.

c) Untuk Kondom/Diafragma/Spermisida: Memberikan demonstrasi cara penggunaan yang benar.

9) Pemantauan dan Tindak Lanjut (Follow-up):
   a) Melakukan jadwal kunjungan ulang atau kontrol sesuai metode yang digunakan.
   b) Mengevaluasi efek samping atau komplikasi.
   c) Memberikan konseling ulang jika diperlukan atau jika klien ingin beralih metode.
10) Manajemen Komplikasi: Mampu mengidentifikasi dan memberikan penanganan awal pada komplikasi KB (misalnya, perdarahan abnormal, nyeri hebat, infeksi) dan merujuk jika diperlukan.
11) Pencatatan dan Pelaporan: Mendokumentasikan seluruh riwayat klien, metode yang digunakan, tanggal pemasangan/pencabutan, efek samping, dan tindak lanjut dalam rekam medis atau buku register KB.
12) Menjaga Kerahasiaan Klien: Memastikan semua informasi klien dijaga kerahasiaannya.

c. Kompetensi Bidan pada Pelayanan Keluarga Berencana (KB)

Kompetensi bidan merupakan kemampuan yang harus dimiliki untuk memberikan pelayanan KB yang aman, efektif, dan berkualitas. Kompetensi ini diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan.

Secara spesifik untuk pelayanan KB, kompetensi bidan meliputi:

1) Pengetahuan Komprehensif tentang Metode Kontrasepsi:
   a) Memahami mekanisme kerja setiap metode kontrasepsi (hormonal, non-hormonal, MKJP, metode alami).
   b) Mengetahui efektivitas, keuntungan, kerugian, efek samping, dan kontraindikasi masing-masing metode.
   c) Memahami interaksi obat dan kondisi kesehatan tertentu dengan efektivitas kontrasepsi.
2) Keterampilan Konseling KB:
   a) Mampu berkomunikasi secara efektif, empatik, dan non-judgemental.

b) Mampu menggali kebutuhan dan preferensi klien.
c) Mampu menjelaskan informasi KB dengan bahasa yang mudah dipahami.
d) Mampu membantu klien membuat keputusan berdasarkan informasi yang tepat (informed choice).

3) Keterampilan Pemeriksaan Fisik dan Penapisan: Mampu melakukan pemeriksaan fisik dasar dan penapisan medis sesuai standar untuk memastikan keamanan penggunaan metode kontrasepsi.
4) Keterampilan Teknis Tindakan KB:
   a) Pemberian Pil dan Suntik KB: Menguasai prosedur pemberian dan edukasi yang benar.
   b) Pemasangan dan Pencabutan Implan/IUD: Memiliki keterampilan klinis yang teruji (melalui pelatihan dan sertifikasi) untuk melakukan prosedur ini secara steril, aman, dan sesuai standar. Ini termasuk teknik anestesi lokal, insersi, dan ekstraksi.
5) Manajemen Efek Samping dan Komplikasi: Mampu mengenali dan menangani efek samping umum serta komplikasi yang mungkin timbul dari penggunaan kontrasepsi, termasuk memberikan penanganan awal dan melakukan rujukan yang tepat.
6) Pencatatan dan Pelaporan: Mampu mendokumentasikan seluruh proses pelayanan KB secara lengkap dan akurat.
7) Etika dan Profesionalisme: Menjunjung tinggi kode etik profesi, menjaga kerahasiaan klien, menghormati hak asasi klien, dan memberikan pelayanan tanpa diskriminasi.
8) Terus Belajar: Bidan harus terus memperbarui pengetahuan dan keterampilan mengenai perkembangan terbaru dalam pelayanan KB.