

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

Asuhan yang diberikan kepada Ny. RR di Puskesmas Kemiri merupakan asuhan yang berkesinambungan, dimulai dari kehamilan trimester III sampai nifas hari ke 30. Asuhan pada Ny. RR dilakukan sebanyak 6 kali, yaitu pada saat hamil 3 kali (12 Desember 2022 dan 18 Januari 2023 dan 15 Februari 2023), persalinan 1 kali (1 Maret 2023), dan nifas 3 kali (2,17, dan 31 Maret 2023). Asuhan BBL dilakukan sebanyak 3 kali yaitu pada tanggal 2 17 dan 31 Maret 2023 . Asuhan dilakukan secara langsung dan via whatsapp.

Asuhan COC terhadap Ny. RR dilakukan sejak usia kehamilan 29 minggu 6 hari sampai masa nifas hari ke-30. Ini merupakan kehamilan pertama bagi Ny.RR. Secara garis besar Ny. RR mengalami kehamilan yang normal, persalinan dengan SC atas indikasi ketuban pecah dini, dan nifas yang normal. Kontrasepsi yang dipilih Ny. RR dan suami adalah KB IUD Coper T yaitu dengan masa berlaku selama 5 tahun. Ny. RR merupakan ibu rumah tangga yang berencana akan memberikan ASI eksklusif setelah melahirkan.

Bayi Ny. RR tidak memiliki masalah, lahir secara SC pada tanggal 1 Maret 2023 , berjenis kelamin laki-laki dengan berat badan lahir 2930 gram, dan panjang 49 cm. Bayi Ny. RR mendapat ASI eksklusif.

Untuk menegakkan diagnosis Ketuban Pecah Dini (KPD) menurut (Wahyuni, 2019), yaitu dengan melakukan:¹⁰

1. Anamnesis : Penderita merasa basah pada vagina, atau mengeluarkan cairan yang banyak secara tiba-tiba dari jalan lahir atau ngepyok. Cairan berbau khas, dan perlu juga diperhatikan warna, keluarnya cairan tersebut his belum teratur atau belum ada, dan belum ada pengeluaran lendir darah.
2. Inspeksi : Pengamatan dengan mata biasa akan tampak keluarnya cairan dari vagina
3. Pemeriksaan dalam : Pemeriksaan dalam didapatkan cairan di dalam vagina dan selaput ketuban sudah tidak ada lagi.

4. Pemeriksaan penunjang : melakukan pemeriksaan penunjang dengan menggunakan tes Lakmus (tes Nitrazin), jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru menunjukkan adanya air ketuban (alkalis).

Penatalaksanaan pada Ketuban Pecah Dini (KPD) usia kehamilan >37 minggu dengan pemberian antibiotik profilaksis dapat menurunkan infeksi pada ibu. Waktu pemberian antibiotik hendaknya diberikan setelah diagnosis KPD ditegakkan dengan pertimbangan lebih dari 6 jam kemungkinan infeksi telah terjadi kemudian dilanjutkan dengan persiapan rujukan.¹⁰

Kebijakan pemerintah dalam menangani kasus Ketuban Pecah Awal terdapat dalam KepMenKes no. 369 tahun 2007 tentang standar profesi bidan, disebutkan bahwa selama memberi asuhan dan konseling kehamilan bidan harus mampu mengidentifikasi penyimpangan kehamilan normal, salah satunya adalah Ketuban Pecah Dini dan melakukan penanganan yang tepat termasuk merujuk ke fasilitas pelayanan yang lebih lengkap.¹⁴

B. Kajian Teori

1. Konsep Dasar Teori Kehamilan

a. Konsep Dasar Teori *Antenatal Care* (ANC)

1) Pengertian ANC

Antenatal Care adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan selama kehamilan.¹

2) Tujuan ANC

- a) Mempromosikan dan menjaga kesehatan fisik maupun mental ibu dan bayi dengan pendidikan, nutrisi, kebersihan diri, serta proses kelahiran bayi.
- b) Mendeteksi dan menatalaksanaan komplikasi medis, bedah, atau obstetri selama kehamilan.
- c) Memantau kemajuan kehamilan, memastikan kesejahteraan ibu, dan tumbuh kembang janin.
- d) Mengembangkan persiapan persalinan serta kesiapan menghadapi komplikasi.

- e) Membantu menyiapkan ibu untuk menyusui dengan sukses, menjalankan nifas normal, serta merawat anak secara fisik, psikologis, dan sosial.
 - f) Mempersiapkan ibu dan keluarga dapat berperan dengan baik dalam memelihara bayi agar dapat tumbuh dan berkembang secara normal.⁶
- 3) Frekuensi kunjungan ANC
- a) Minimal 2 kali pada trimester I
 - b) Minimal 1 kali pada trimester II
 - c) Minimal 3 kali pada trimester III
- 4) Tempat pelayanan ANC
- Ibu hamil dapat melaksanakan pemeriksaan kehamilan di sarana kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, posyandu, praktek mandiri bidan dan dokter praktik.
- 5) Standar ANC yang diprogramkan
- Standar pelayanan ANC meliputi standar 10T, sehingga ibu hamil yang datang memperoleh pelayanan komprehensif dengan harapan *antenatal care* dengan standar 10T dapat sebagai daya ungkit pelayanan kehamilan dan diharapkan ikut andil dalam menurunkan angka kematian ibu.
- 6) Pelayanan sesuai standart, yaitu 10 T
- Sesuai dengan kebijakan Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia (PPIBI), ada sepuluh standar pelayanan yang harus dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang dikenal dengan 10 T. Pelayanan atau asuhan standar minimal 10 T adalah sebagai berikut:
- a) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan (T1)
- Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran

tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk deteksi faktor risiko terhadap kehamilan. Jika kurang dari 145 cm meningkatkan risiko terjadinya *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD) atau panggul sempit

b) Nilai status gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas /LILA) (T2)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko Kekurangan Energi Kronik (KEK). KEK disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).

c) Ukur tekanan darah (T3)

Tekanan darah yang normal 100/70 – 140/90 mmHg, pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya *hipertensi* (tekanan darah melebihi 140/90 mmHg) perlu diwaspadai pada kehamilan dan terjadinya pre eklampsia (hipertensi disertai odema wajah dan atau tungkai bawah; dan atau proteinuria).

d) Ukur tinggi fundus uteri (T4)

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

e) Tentukan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ) (T5)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah

lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120/menit atau DJJ cepat lebih dari 160/menit menunjukkan adanya gawat janin.

f) Beri imunisasi Tetanus Toksoid (TT) (T6)

Pada kunjungan pertama ANC, dilakukan skrining status imunisasi TT ibu hamil, apabila diperlukan, diberikan imunisasi pada saat pelayanan antenatal. Tujuan dari imunisasi TT ini yaitu untuk mencegah terjadinya tetanus pada bayi baru lahir serta melengkapi status imunisasi TT.

Tabel 1. Skrining Imunisasi TT

| Riwayat imunisasi ibu hamil | Imunisasi yang didapat | Status yang diberikan |
|------------------------------------|----------------------------------|--|
| Imunisasi Dasar Lengkap | DPT-Hb 1 DPT-Hb 2 DPT-Hb 3 | T1 dan T2 |
| Anak Sekolah Kelas 1 SD | DT | T3 |
| Kelas 2 SD | Td | T4 |
| Kelas 3 SD | Td | T5 |
| Calon Pengantin, Masa Hamil | TT | 1. Jika ada status T diatas yang tidak terpenuhi 2. Lanjutkan urutan T yang belum terpenuhi 3. Perhatikan interval pemberian |

Sumber: PPIBI, 2016: 60.

Tabel 2 Interval dalam Perlindungan TT Imunisasi

| Imunisasi | Pemberian Imunisasi | Selang waktu pemberian minimal | Masa Perlindungan |
|-----------|---------------------|--------------------------------|-------------------|
| TT WUS | T1 | - | - |
| | T2 | 4 minggu setelah T1 | 3 tahun |
| | T3 | 6 bulan setelah T2 | 5 tahun |

| | | | |
|--|----|--------------------|----------|
| | T4 | 1 tahun setelah T3 | 10 tahun |
| | T5 | 3 tahun setelah T4 | 25 tahun |

Sumber: PPIBI, 2016: 60.

g. Beri tablet tambah darah (tablet besi) (T7)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan Asam Folat minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama.

h. Periksa laboratorium (rutin dan khusus) (T8)

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal, pemeriksaan dibagi menjadi pemeriksaan laboratorium wajib dan atas indikasi sebagai berikut:

1) Pemeriksaan rutin

a) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.

b) Pemeriksaan kadar haemoglobin darah (Hb)

Pemeriksaan kadar haemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan.

c) Pemeriksaan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV)

Pemeriksaan HIV terutama untuk daerah dengan risiko tinggi kasus HIV dan ibu hamil yang dicurigai menderita HIV. Ibu hamil setelah menjalani konseling kemudian diberi kesempatan

untuk menetapkan sendiri keputusannya untuk menjalani tes HIV.

Pemeriksaan protein dalam *urine* pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya pre-eklampsia pada ibu hamil.

d) Pemeriksaan Hbsag

Semua Ibu hamil secara rutin harus menjalani pemeriksaan HBsAg pada kunjungan awal / trimester I dalam setiap kehamilan, ibu hamil yang berstatus HBsAg positif, bayinya harus dijamin mendapatkan vaksinasi atau imonoglobulin sesuai kebutuhan

1) Pemeriksaan dengan indikasi

a) Pemeriksaan kadar gula darah (bila ada indikasi)

b) Pemeriksaan darah malaria (untuk daerah endemis malaria)

c) Pemeriksaan tes Sifilis (bila ada indikasi)

d) Pemeriksaan BTA

Pemeriksaan BTA dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai menderita penyakit *tuberculosis* sebagai pencegahan agar infeksi *tuberculosis* tidak mempengaruhi kesehatan janin.

e) Pemeriksaan protein dalam urin (Bila ada indikasi)

Pemeriksaan protein dalam *urine* pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya pre-eklampsia pada ibu hamil.

i. Tatalaksana atau penanganan Kasus (T9)

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan.

Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

j. Temu wicara (Konseling) (T10)

Temu wicara dan konseling dilakukan setiap kunjungan antenatal yang meliputi kesehatan ibu, perilaku hidup sehat, peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, penawaran untuk melakukan test dan konseling HIV, Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif, KB paska persalinan, imunisasi dan peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan.⁶

7) Pelayanan Antenatal Terintegrasi

Merupakan pelayanan kesehatan komprehensif dan berkualitas yang dilakukan melalui deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan menanyakan tanda-tanda penting yang terkait dengan kehamilan dan penyakit yang kemungkinan diderita ibu hamil:

a) Muntah berlebihan

Rasa mual dan muntah bisa muncul pada kehamilan muda terutama pada pagi hari namun kondisi ibu biasanya hilang setelah kehamilan berumur 3 bulan. Keadaan ini tidak perlu dikhawatirkan, kecuali kalau memang cukup berat, hingga tidak dapat makan dan berat badan menurun terus.

b) Pusing

Pusing biasa muncul pada kehamilan muda. Apabila pusing sampai mengganggu aktifitas sehari-hari maka perlu diwaspadai.

c) Sakit Kepala

Sakit kepala yang hebat atau yang menetap timbul pada ibu hamil mungkin dapat membahayakan kesehatan kesehatan ibu dan janin.

d) Perdarahan

Perdarahan waktu hamil, walaupun hanya sedikit sudah merupakan tanda bahaya sehingga ibu hamil harus waspada.

e) Sakit perut hebat

Nyeri perut yang hebat dapat membahayakan kesehatan ibu dan janin.

f) Demam

Demam tinggi lebih dari 2 hari atau keluarnya cairan berlebihan dari liang rahim dan kadang-kadang berbau merupakan salah satu tanda bahaya pada kehamilan.

g) Batuk lama

Batuk lama lebih dari 2 minggu, perlu ada pemeriksaan lanjut dan dapat dicurigai ibu hamil menderita TB

h) Berdebar-debar

Jantung berdebar-debar pada ibu hamil merupakan salah satu masalah pada kehamilan yang harus diwaspadai

i) Cepat lelah

Dalam dua atau tiga bulan pertama kehamilan, biasanya timbul rasa lelah, mengantuk yang berlebihan dan pusing, yang biasanya terjadi pada sore hari. Kemungkinan ibu menderita kurang darah

j) Sesak nafas atau sukar bernafas

Pada akhir bulan ke delapan ibu hamil sering merasa sedikit sesak bila bernafas karena bayi menekan paru-paru ibu. Namun apabila hal ini terjadi berlebihan maka perlu diwaspadai.

k) Keputihan yang berbau

Keputihan yang berbau merupakan salah satu tanda bahaya pada ibu hamil.

l) Gerakan janin

Gerakan bayi mulai dirasakan ibu pada kehamilan akhir bulan keempat. Apabila gerakan janin belum muncul pada usia kehamilan ini, gerakan yang semakin berkurang atau tidak ada gerakan janin maka ibu hamil harus waspada

m) Perilaku berubah selama hamil

Perilaku berubah selama hamil seperti gaduh gelisah, menarik diri, bicara sendiri, tidak mandi dan sebagainya. Selama kehamilan, ibu bisa mengalami perubahan perilaku. Hal ini disebabkan karena perubahan hormonal. Pada kondisi yang mengganggu kesehatan ibu dan janinnya maka akan dikonsulkan ke psikiater.

- n) Riwayat Kekerasan terhadap Perempuan (KtP) selama kehamilan
- Informasi mengenai kekerasan terhadap perempuan terutama ibu hamil seringkali sulit untuk digali. Korban kekerasan selalu mau berterus terang pada kunjungan pertama, yang mungkin disebabkan oleh rasa takut atau belum mampu mengemukakan masalahnya kepada orang lain, termasuk petugas kesehatan. Dalam keadaan ini, petugas kesehatan diharapkan dapat mengenali korban dan memberikan dukungan agar mau membuka diri.⁶

b. Pedoman Program Perencanaan Pencegahan Komplikasi (P4K)

1) Pengertian

P4K dengan stiker adalah kepanjangan dari Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi, yang merupakan suatu kegiatan yang difasilitasi oleh bidan di desa dalam rangka peningkatan peran aktif suami, keluarga, dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil, termasuk perencanaan penggunaan KB pasca persalinan dengan menggunakan stiker sebagai media notifikasi sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir.

2) Tujuan umum adanya program P4K

Meningkatnya cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu hamil dan bayi baru lahir melalui peningkatan peran aktif keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi dan tanda bahaya kebidanan bagi ibu sehingga melahirkan bayi yang sehat.

3) Tujuan khusus adanya program P4K antara lain

- a) Terdapatnya status ibu hamil dan terpasangnya stiker P4K di setiap rumah ibu hamil yang memuat informasi tentang lokasi tempat tinggal ibu hamil, identitas ibu hamil, taksiran persalinan, penolong persalinan, pendamping persalinan, fasilitas tempat persalinan, calon pendonor darah, transportasi yang akan digunakan serta pembiayaan.
- b) Adanya perencanaan persalinan termasuk pemakaian metode KB pasca persalinan yang sesuai dan disepakati ibu hamil, suami, keluarga dan bidan.

- c) Terlaksananya pengambilan keputusan yang cepat dan tepat bila terjadi komplikasi selama kehamilan, persalinan, dan nifas.
- d) Meningkatkan keterlibatan tokoh masyarakat baik formal maupun non formal, dukun atau pendamping persalinan dan kelompok masyarakat dalam perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi dengan stiker, dan KB pasca salin sesuai dengan perannya masing-masing.

4) Manfaat P4K antara lain:

- a) Mempercepat berfungsinya desa siaga.
- b) Meningkatkan cakupan pelayanan *Ante Natal Care* (ANC) sesuai standart.
- c) Meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan terampil.
- d) Meningkatkan kemitraan bidan dan dukun.
- e) Tertanganinya kejadian komplikasi secara dini.
- f) Meningkatnya peserta KB pasca salin.
- g) Terpantaunya kesakitan dan kematian ibu dan bayi.
- h) Menurunnya kejadian kesakitan dan kematian ibu serta bayi.

c. Terapi Yang Diberikan Pada Ibu Hamil Selama Masa Kehamilan

1) Kalk (*Calcium lactate*)

Calcium lactate atau kalsium laktat adalah obat untuk mencegah atau mengobati rendahnya kadar kalsium dalam darah pada orang-orang yang tidak mendapatkan cukup kalsium dalam makanannya. *Calcium lactate* biasanya digunakan oleh ibu hamil dan menyusui, serta penderita penyakit yang diakibatkan tingkat kalsium rendah seperti osteoporosis, hipoparatiroidisme, dan penyakit otot tertentu. Kalk ini diberikan untuk memenuhi kebutuhan kalsium terutama bagi ibu hamil. Kalk diberikan dengan dosis 1x1. Perlu diperhatikan bahwa penggunaan yang berlebihan akan mengganggu metabolisme.

2) Tablet Besi (Fe)

Zat besi adalah mineral yang dibutuhkan untuk membentuk sel darah merah (haemoglobin). Penyerapan besi dipengaruhi oleh banyak faktor. Protein hewani dan vitamin C meningkatkan penyerapan, sedangkan kopi, teh, susu, coklat, minuman bersoda dapat menghambat penyerapan zat besi di dalam tubuh, jadi waktu dan tepatnya untuk minum Fe yaitu pada malam hari

menjelang tidur hal ini untuk mengurangi rasa mual dan timbul setelah ibu meminumnya

2. Konsep Dasar Teori Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks.⁶

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses di mana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir.¹

b. Tanda-tanda Persalinan

Tanda dan gejala persalinan antara lain sebagai berikut:

- 1) Rasa sakit karena *his* datang lebih kuat, sering dan teratur.
- 2) Keluarnya lendir bercampur darah (*blood show*) karena robekan-robekan kecil pada *serviks*.
- 3) Terkadang ketuban pecah dengan sendirinya.
- 4) Pada pemeriksaan dalam didapati *serviks* mendatar dan pembukaan telah ada.

c. Tahapan Persalinan

Tahapan persalinan dibagi dalam 4 kala, yaitu:

- 1) Kala I

Kala pembukaan berlangsung antara pembukaan 0-10 cm, dalam proses ini terdapat 2 fase yaitu, fase laten (8 jam) dimana *serviks* membuka sampai 3 cm dan fase aktif (7 jam) dimana *serviks* membuka dari 3 cm sampai 10 cm. Kontraksi akan lebih kuat dan sering selama fase aktif. Lamanya kala I pada *primigravida* berlangsung 12 jam sedangkan pada *multigravida* sekitar 8 jam.

2) Kala II

Kala II ini dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi. Kala II biasanya akan berlangsung selama 2 jam pada *primigravida* dan 1 jam pada *multigravida*. Pada tahap ini kontraksi akan semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik.

3) Kala III

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta. Proses ini berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Tanda-tanda terlepasnya plasenta yaitu uterus menjadi berbentuk bulat, tali pusat bertambah panjang, dan terjadi semburan darah secara tiba-tiba.

4) Kala IV

Kala IV dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam postpartum. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pasca persalinan yang paling sering terjadi pada 2 jam pertama.

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi persalinan adalah:

1) Penumpang (*Passanger*)

Penumpang dalam persalinan adalah janin dan plasenta. Hal-hal yang perlu diperhatikan mengenai janin adalah ukuran, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin sedangkan yang perlu diperhatikan pada plasenta adalah letak, besar dan luasnya

2) Jalan Lahir (*Passange*)

Jalan lahir dibagi atas dua yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak. Jalan lahir keras adalah ukuran dan bentuk tulang panggul sedangkan jalan lahir lunak adalah segmen bawah uterus yang dapat meregang serviks, otot besar panggul, vagina, introitus vagina.

3) Kekuatan (*Power*)

Faktor kekuatan dalam persalinan dibagi atas dua yaitu:

a) Kekuatan primer

Kontraksi berasal dari segmen atas uterus yang menebal dan dihantarkan ke uterus bawah dalam bentuk gelombang. Kekuatan primer mengakibatkan servik menipis dan berdilatasi sehingga janin turun.

b) Kekuatan sekunder

Kekuatan ini diafragma dan abdomen ibu berkontraksi dan mendorong keluar isi jalan lahir sehingga menimbulkan tekanan intra abdomen. Kekuatan sekunder tidak mempengaruhi dilatasi servik, tetapi setelah dilatasi servik lengkap, kekuatan ini cukup penting dalam usaha untuk mendorong keluar dari uterus dan vagina.

4) Posisi ibu (positioning)

Posisi ibu dapat mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Perubahan posisi yang diberikan pada ibu bertujuan untuk menghilangkan rasa letih, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi, seperti posisi berdiri, berjalan, duduk, dan jongkok.

5) Respons psikologis

Respons psikologis ibu dapat dipengaruhi oleh:

a) Dukungan suami selama persalinan.

b) Dukungan kakek-nenek (saudara dekat) selama persalinan

c) Saudara kandung bayi selama persalinan.

e. Penapisan awal pada kala I Asuhan Persalinan normal

Ibu yang akan melahirkan harus memenuhi beberapa persyaratan yang disebut penapisan awal. Tujuan dari penapisan awal adalah untuk menentukan apakah ibu tersebut boleh bersalin di Praktek Mandiri Bidan

(PMB) atau harus dirujuk. Apabila didapati atau salah satu/ lebih penyulit seperti di bawah ini maka ibu harus dirujuk ke rumah sakit:

- 1) Riwayat bedah Caesar
- 2) Perdarahan pervaginam
- 3) Persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
- 4) Ketuban Pecah dengan Mekoneum Kental
- 5) Ketuban Pecah Lama (>24 jam)
- 6) Ketuban Pecah pada Persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
- 7) Ikterus
- 8) Anemia berat
- 9) Tanda/gejala infeksi
- 10) Pre-eklamsi/ Hipertensi dalam kehamilan
- 11) Tinggi Fundus Uteri 40 cm atau lebih
- 12) Gawat Janin
- 13) Primipara dalam fase aktif kala satu persalinan dengan palpasi kepala masih 5/5
- 14) Presentasi bukan belakang kepala
- 15) Presentasi majemuk
- 16) Kehamilan Gemeli
- 17) Tali Pusat Menumbung
- 18) Syok
- 19) Penyakit penyakit yang menyertai.

f. Pengisian pada Partograf

Observasi yang ketat harus dilakukan selama kala satu persalinan untuk keselamatan ibu, hasil observasi dicatat didalam partograf. Partograf membantu bidan mengenali apakah ibu masih dalam kondisi normal atau mulai ada penyulit. Partograf membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi dan membuat keputusan klinik baik persalinan normal maupun yang disertai dengan penyulit. Pencatatan pada partograf dimulai pada saat

proses persalinan masuk dalam “**fase aktif**”. Untuk menyatakan ibu sudah masuk dalam fase aktif harus ditandai dengan :

- 1) Kontraksi yang teratur minimal 3 x selama 10 menit
- 2) Lama kontraksi minimal 40 detik
- 3) Pembukaan 4 cm disertai penipisan
- 4) Bagian terendah sudah masuk pintu atas panggul.

Bila pembukaan sudah mencapai > 4 cm tetapi kualitas kontraksi masih kurang 3 x dalam 10 menit atau lamanya kurang dari 40 detik, pikirkan diagnosa inertia uteri.

Komponen yang harus diobservasi :

- 1) Denyut jantung janin setiap ½ jam
- 2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap ½ jam
- 3) Nadi setiap ½ jam
- 4) Pembukaan serviks setiap 4 jam
- 5) Penurunan kepala setiap 4 jam dengan dasar :

1. Mekanisme Penurunan Kepala

| Perlimaan | Station | Hodge | Keterangan |
|-----------|---------|----------|--|
| 5/5 | -3 | - | Kepala diatas PAP mudah digerakan |
| 4/5 | -2 | I - II | Sulit digerakan Bagian terbesar kepala belum masuk panggul |
| 3/5 | -1 | II - III | Bagian terbesar kepala belum masuk panggul |
| 2/5 | 0 | III | Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul |
| 1/5 | +1 | III - IV | Kepala di dasar panggul |
| 0/5 | +2 | IV | Di perineum |

Sumber : Rohani, 2011

- 6) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam
- 7) Produksi urin, aseton aseton dan protein setiap 2 sampai 4 jam

Lembar partograf halaman depan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan, termasuk:

- 1) Informasi tentang ibu:
 - a) Nama, umur.
 - b) Gravida, para, abortus (keguguran).

- c) Nomor catatan medis atau nomor puskesmas.
 - d) Tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika di rumah, tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu.
 - e) Waktu pecahnya selaput ketuban.
- 2) Kondisi janin:
- a) DJJ;
 - b) Warna dan adanya air ketuban
 - c) Penyusupan (*molase*) kepala janin
- 3) Kemajuan persalinan:
- a) Pembukaan serviks
 - b) Penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin
 - c) Garis waspada dan garis bertindak
- 4) Jam dan waktu:
- a) Waktu mulainya fase aktif persalinan
 - b) Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian
- 5) Kontraksi uterus:
- a) Frekuensi dan lamanya
- 6) Obat-obatan dan cairan yang diberikan:
- a) Oksitosin
 - b) Obat-obatan lainnya dan cairan intra Vena IV yang diberikan
- 7) Kondisi ibu:
- a) Nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh
 - b) Urine (volume, aseton atau protein)
 - c) Asupan cairan dan nutrisi
- 8) Asuhan, pengamatan dan keputusan klinik lainnya (dicatat dalam kolom yang tersedia disisi partograf atau dicatatan kemajuan persalinan).
Halaman belakang partograf diisi setelah kelahiran berlangsung, semua proses, tindakan dan obat-obatan serta observasi yang dilakukan dicatat

dilembar ini. Data ini penting jika tiba-tiba ibu mengalami penyulit di klinik atau setelah di rumah.

2. *Sectio Caesarea*(SC)

a. Definisi *Sectio Caesarea*(SC)

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut.(Nurarif & Kusuma, 2015).

Sectio Caesarea (SC) adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan dimana irisan dilakukan di perut untuk mengeluarkan seorang bayi (Endang Purwoastuti and Siwi Walyani, 2014).

b. Etiologi *Sectio Caesarea* (SC)

1) Etiologi yang berasal dari ibu

Menurut Manuaba (2012), adapun penyebab *sectio caesarea* yang berasal dari ibu yaitu ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya). Selain itu terdapat beberapa etiologi yang menjadi indikasi medis dilaksanakannya seksio sesaria antara lain :CPD (*Chepalo Pelvik Disproportion*), PEB (Pre-Eklamsi Berat), KPD (Ketuban Pecah Dini), Faktor Hambatan Jalan Lahir.

2) Etiologi yang berasal dari janin

Gawat janin, mal presentasi, dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi (Nurarif & Kusuma, 2015).

c. Indikasi dan Kontraindikasi SC

Menurut Rasjidi (2009) indikasi dan kontaindikasi dari *Sectio Caesarea* adalah sebagai berikut:

a. Indikasi SC

a) Indikasi mutlak

- (1) Indikasi Ibu : panggul sempit absolut, kegagalan melahirkan secara normal karena kurang adekuatnya stimulasi, tumor-tumor jalan

lahir yang menyebabkan obstruksi, stenosis serviks atau vagina, plasenta previa, disproporsi sefalopelvik, ruptur uteri membatat.

(2) Indikasi janin: kelainan letak, gawat janin, prolapsus placenta, perkembangan bayi terhambat, mencegah hipoksia janin, misalnya karena preeklampsia.

b) Indikasi relatif

Indikasi relatif seperti: riwayat SC sebelumnya, presentasi bokong, distosia, fetal distress, preeklampsia berat, penyakit kardiovaskuler dan diabetes, ibu dengan HIV positif sebelum inpartu

c) Indikasi Sosial

Beberapa indikasi sosial, seperti: wanita yang takut melahirkan berdasarkan pengalaman sebelumnya, wanita yang ingin SC elektif karena takut bayinya mengalami cedera atau asfiksia selama persalinan atau mengurangi risiko kerusakan dasar panggul, wanita yang takut terjadinya perubahan pada tubuhnya atau sexualitu image setelah melahirkan

b. Kontra indikasi

Kontraindikasi SC antara lain: janin mati, syok, anemia berat, kelainan kongenital berat, infeksi piogenik pada dinding abdomen, minimnya fasilitas operasi SC.

3. Konsep Dasar Teori Nifas

b. Tahapan Masa Nifas

Tahapan masa nifas dibagi menjadi 3 periode, yaitu⁷:

1) Puerperium Dini

Puerperium dini merupakan masa pulihnya ibu di perbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam, dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2) Puerperium Intermedial

Adalah pulihnya secara menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.

3) Remote Puerperium

Merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan.

c. Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas

Perubahan fisiologis masa nifas yaitu sebagai berikut⁸:

1) Involusi alat-alat kandungan

a) Perubahan Sistem Reproduksi

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (berinvolusi) hingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.

Tabel 3 Tinggi Fundus Uteri dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi

| Involusi | Tinggi Fundus Uteri | Berat Uterus |
|------------|----------------------------------|--------------|
| Bayi lahir | Setinggi pusat | 1000 gram |
| Uri lahir | 2 jari bawah pusat | 750 gram |
| 1 minggu | Pertengahan pusat sympisis | 500 gram |
| 2 minggu | Tidak teraba di atas sympisis | 350 gram |
| 6 minggu | Bertambah kecil | 50 gram |
| 8 minggu | Sebesar normal | 30 gram |

Sumber: Mochtar, 2011

b) Bekas implantasi uri

Bekas implantasi uri atau *placental bed* mengecil karena kontraksi dan menonjol ke kavum uteri dengan diameter 7,5 cm. sesudah 2 minggu menjadi 3,5 cm, pada minggu keenam 2,4 cm, dan akhirnya pulih.

c) Luka pada jalan lahir

Luka-luka pada jalan lahir jika tidak disertai infeksi akan sembuh dalam 6-7 hari.

d) Rasa nyeri

Rasa nyeri yang disebut *after pains*, (merasa mulas-mulas) disebabkan kontraksi rahim, biasanya berlangsung 2-4 hari pasca persalinan. Perlu diberikan pengertian pada ibu mengenai hal tersebut dan jika terlalu mengganggu, dapat diberikan obat-obatan anti nyeri dan anti mulas.

e) Lochea

Lochea adalah cairan secret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas:

- (1) *Lochea rubra (cruenta)* berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, *vernix caseosa*, *lanugo*, dan mekonium, selama 2 hari pasca persalinan.
- (2) *Lochea sanguinolenta* berwarna merah kuning, berisi darah dan lendir pada hari ke 3-7 pasca persalinan.
- (3) *Lochea serosa* berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pasca persalinan
- (4) *Lochea alba* cairan putih, setelah 2 minggu
- (5) Lochea purulenta terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
- (6) *Lochea stasis*, lochea tidak lancar keluaranya.

f) Serviks

Setelah persalinan, bentuk serviks agak menganga seperti corong, berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat perlukaan-perlukaan kecil. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa dimasukkan ke rongga rahim, setelah 2 jam, dapat dilalui oleh 2-3 jari, dan setelah 7 hari, hanya dapat dilalui 1 jari.

g) Diastasis *Recti* (otot perut)

Diastasis recti adalah pemisahan otot rectus abdominalis lebih dari 2,5 cm pada tepat setinggi umbilikus sebagai akibat pengaruh hormon terhadap linea alba serta akibat perenggangan mekanis dinding abdomen, kasus ini sering terjadi pada multi paritas bayi besar poli hidramin selain itu juga disebabkan gangguan kolagen yang lebih ke arah keturunan sehingga ibu dan anak mengalami diastasis

penangannya yaitu melakukan pemeriksaan rektus untuk mengkaji lebar celah antara otot rectus.⁹

2) Perubahan Psikologi Masa Nifas

Perubahan psikologis pada masa nifas dibagi menjadi tiga periode antara lain⁷:

a) Taking In

- (1) Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.
- (2) Ia mungkin akan mengulang-ulang, menceritakan pengalamannya waktu melahirkan.
- (3) Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan kesehatan akibat kurang istirahat.
- (4) Peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi.
- (5) Dalam memberikan asuhan, bidan harus dapat memfasilitasi kebutuhan psikologis ibu. Pada tahap ini, bidan dapat menjadi pendengar yang baik ketika ibu menceritakan pengalamannya.

b) Taking Hold

- (1) Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum.
- (2) Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi.
- (3) Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAB, BAK, serta kekuatan dan ketahanan tubuhnya.
- (4) Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan perawatan bayi, misalnya menggendong, memandikan, memasang popok, dan sebagainya.
- (5) Pada masa ini, ibu biasanya agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut.
- (6) Pada tahap ini, bidan harus tanggap terhadap kemungkinan perubahan yang terjadi.

(7) Tahap ini merupakan waktu yang tepat bagi bidan untuk memberikan bimbingan cara perawatan bayi, namun harus selalu diperhatikan teknik bimbingan, jangan sampai menyinggung perasaan atau membuat perasaan tidak nyaman karena ia sangat sensitif.

c) Letting Go

(1) Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Periode ini pun sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.

(2) Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi yang sangat tergantung padanya. Hal ini menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan dan hubungan sosial.

(3) Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini.

Faktor yang mempengaruhi suksesnya masa transisi ke masa menjadi orang tua pada masa postpartum adalah:

(1) Respon dari dukungan keluarga dan teman.

(2) Hubungan dari pengalaman melahirkan terhadap harapan dan aspirasi.

(3) Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lalu.

(4) Pengaruh budaya

3) Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas/ Kunjungan Nifas

Kunjungan pada masa nifas dilakukan minimal 4 kali antara lain:

a) Kunjungan pertama (6-8 jam post partum)

b) Kunjungan kedua (6 hari post partum)

c) Kunjungan ketiga (2 minggu post partum)

d) Kinjungan keempat (6 minggu post partum)

Tabel 4 Kunjungan Pada Ibu Nifas Kunjungan

| Kunjungan | Waktu | Tujuan |
|-----------|-------|--------|
|-----------|-------|--------|

| | | |
|---|--|--|
| 1 | Kunjungan 1 (pertama) 6-8 jam setelah persalinan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri 2. Mendeteksi penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut 3. Melakukan konseling pada ibu dan keluarga jika terjadi masalah 4. Memfasilitasi ibu untuk pemberian ASI awal. 5. Memfasilitasi, mengajarkan cara hubungan ibu dan bayi (Bouding Attachmant). 6. Menjaga bayi tetap sehat dan hangat dengan cara mencegah hipotermia 7. Memastikan ibu merawat bayi dengan baik (perawatan tali pusat, memandikan bayi). |
| 2 | Kunjungan II (kedua) 6 hari setelah persalinan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi baik, tinggi fundus uteri dibawah pusat (<i>umbilicus</i>), tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau. 2. Mendeteksi tanda-tanda: demam, perdarahan abnormal seperti sakit kepala hebat dll. 3. Memastikan ibu mendapatkan asupan nutrisi, hidrasi dan istirahat yang cukup. 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit 5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari. 6. Melakukan konseling KB secara mandiri. 7. Memastikan ibu untuk melakukan pemeriksaan bayi ke pelayanan kesehatan terdekat. |
| 3 | Kunjungan III (ketiga) 2 minggu setelah persalinan | Sama dengan kunjungan ke dua |
| 4 | Kunjungan IV (keempat) 6 minggu setelah persalinan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan kepada ibu adakah masalah atau penyulit yang dialami baik bagian ibu maupun bayi 2. Memastikan ibu untuk memilih kontrasepsi efektif atau sesuai kebutuhan. |

Sumber: PPIBI,2016.

4. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir (BBL)

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi Baru Lahir (BBL) dapat dibagi menjadi 2 yaitu⁸:

1) Bayi normal (sehat) memerlukan perawatan biasa

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat lahir antara 2500-4000 gram.¹⁰

- 2) Bayi gawat (*high risk baby*) memerlukan penanggulangan khusus, misalnya bayi yang mengalami asfiksia dan perdarahan.

b. Tanda-Tanda Bayi Baru Lahir Normal

Tanda-tanda BBL normal yaitu¹⁰:

- 1) Berat badan Lahir bayi antara 2500-4000.
- 2) Panjang badan 48-50 cm
- 3) Lingkar dada 32-34 cm
- 4) Lingkar kepala 33-35 cm
- 5) Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180x/menit, kemudian menurun sampai 120-140x/menit.
- 6) Pernapasan pada menit-menit pertama cepat kira-kira 80x/menit disertai pernapasan cuping hidung, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit.
- 7) Kulit kemerah-kemerahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi *vernix caseosa*
- 8) Rambut lanugo telah tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- 9) Kuku telah agak panjang dan lemas
- 10) Genitalia: testis sudah turun (pada bayi laki-laki) dan labia mayora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan)
- 11) Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk.
- 12) Eliminasi baik urin dan mekonium akan keluar pada 24 jam pertama. Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket.

c. Asuhan Bayi Baru Lahir

- 1) Jaga kehangatan bayi
- 2) Bersihkan jalan nafas (bila perlu)
- 3) Keringkan dan tetap jaga kehangatan bayi
- 4) Potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah lahir
- 5) Lakukan inisiasi menyusui dini dan kontak kulit bayi dengan kulit ibu.
- 6) Beri salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata
- 7) Beri suntikan vitamin K1 1mg intramuskular, dipaha kiri anterolateral setelah inisiasi menyusu dini.

- 8) Beri imunisasi hepatitis B 0,5 ml, intramuskular, dipaha kanan anterolateral, diberikan kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1.¹¹

d. Perubahan –Perubahan Yang Terjadi Pada Bayi Baru Lahir

Perubahan –perubahan yang terjadi pada bayi baru lahir meliputi¹²:

1) Perubahan Metabolisme Karbohidrat

Dalam waktu 2 jam setelah lahir akan terjadi penurunan kadar gula darah, untuk menambah energi pada jam-jam pertama setelah lahir diambil dari hasil metabolisme asam lemak, bila karena sesuatu hal misalnya bayi mengalami hipotermi, metabolisme asam lemak tidak dapat memenuhi kebutuhan pada neonatus maka kemungkinan besar bayi akan menderita hipoglikimia, misal pada bayi BBLR, bayi dari ibu yang menderita *Diabetes Mellitus* (DM) dan lain-lainnya.

2) Perubahan suhu tubuh

Ketika bayi lahir bayi berada pada suhu lingkungan yang lebih rendah dari suhu di dalam rahim ibu. Apabila bayi dibiarkan dalam suhu kamar 25°C maka bayi akan kehilangan panas melalui konveksi, radiasi dan evaporasi sebanyak 200kal /kg BB/menit. Sedangkan produksi panas yang dihasilkan tubuh bayi hanya 1/10 nya.

3) Perubahan pernapasan

Selama dalam uterus, janin mendapat Oksigen (O₂) dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi.

4) Perubahan sirkulasi

Berkembangnya paru-paru mengakibatkan tekanan O₂ meningkat dan tekanan CO₂ menurun, hal ini mengakibatkan turunnya resistensi pembuluh darah paru sehingga aliran darah ke alat tersebut meningkat, hal ini menyebabkan darah dari arteri pulmonalis mengalir ke paru-paru dan ductus arteriosus menutup.

5) Perubahan alat pencernaan hati, ginjal dan alat lainnya mulai berfungsi.

e. Mekanisme Kehilangan Panas Tubuh Bayi

Bayi baru lahir dapat kehilangan panas melalui empat cara, yaitu¹³:

1) Konduksi

Langsung dari bayi ke sesuatu yang kontak dengan bayi

2) Konveksi

Kehilangan panas dari bayi ke udara sekitar

3) Evaporasi

Kehilangan panas melalui penguapan air pada bayi yang basah.

4) Radiasi

Dari bayi ke lingkungan dingin terdekat

f. Penanganan BBL Saat Lahir

Kebutuhan dasar bayi baru lahir diantaranya¹¹:

Penilaian awal

1) Sebelum bayi lahir, lakukan penilaian berikut:

a) Apakah kehamilan cukup bulan?

b) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium?

2) Segera setelah bayi lahir, sambil meletakkan bayi di atas kain bersih dan kering yang telah disiapkan pada perut bawah ibu, segera lakukan penilaian berikut:

a) Apakah bayi menangis, bernapas atau tidak megap-megap?

b) Apakah tonus otot bayi baik atau bayi bergerak aktif?

3) Pengkajian segera setelah lahir

Segera setelah bayi lahir, melatakkan bayi di atas kain bersih dan kering yang telah disiapkan bila bayi tersebut tidak memungkinkan atau bayi tidak bernafas atau megap-megap atau lemah maka lakukan tindakan resusitasi pada bayi dengan asfiksia.

g. Perawatan bayi baru lahir

1) Pertolongan Pada Saat Bayi Lahir

a) Sambil menilai pernapasan secara cepat, letakkan bayi dengan handuk di atas perut ibu

- b) Dengan kain yang bersih dan kering atau kasa, bersihkan darah atau lendir dari wajah bayi agar jalan udara tidak terhalang. Periksa ulang pernapasan bayi, sebagian besar bayi akan menangis atau bernapas secara spontan dalam waktu 30 detik setelah lahir

2) Perawatan Mata

Obat mata eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk mencegah penyakit mata akibat klamidia (penyakit menular seksual). Obat perlu diberikan pada jam pertama setelah persalinan. Pengobatan yang umumnya dipakai adalah neosporin yang langsung diteteskan pada mata bayi segera setelah bayi lahir.

3) Pemeriksaan Fisik Bayi

- a) Kepala: pemeriksaan terhadap ukuran, bentuk, sutura menutupi/melebar, *adanya caput succedaneum, cephal hematoma, kraniotabes*, dan sebagainya.
- b) Mata: pemeriksaan terhadap perdarahan, *subkonjungtiva*, tanda-tanda infeksi(pus).
- c) Hidung dan mulut: pemeriksaan terhadap *labioskisis, labiolopalaskisis*, dan reflek isap (dinilai dengan mengamati bayi saat menyusu).
- d) Telinga: pemeriksaan terhadap kelainan daun/bentuk telinga
- e) Leher: pemeriksaan terhadap hematoma *sternocleidomastoideus, ductus thyroglossalis, hygroma colli*.
- f) Dada: pemeriksaan terhadap bentuk, pembesaran buah dada, pernapasan, reaksi *intercostal, subcotal sifoid*, merintih, pernapasan cuping hidung, serta bunyi paru-paru (*sonor, vesikular, bronkial*, dan lain-lain).
- g) Jantung: pemeriksaan frekuensi bunyi jantung, kelainan bunyi jantung.
- h) Abdomen: pemeriksaan terhadap membuncit (pembesaran hati, limpa, tumor aster), *scaphoid* (kemungkinan bayi menderita *diafragmatika/atresia esofagus* tanpa fistula).

- i) Tali pusat: pemeriksaan terhadap pendarahan, jumlah darah pada tali pusat, warna dan besar tali pusat, hernia ditali pusat atau diselangkangan.
- j) Alat kelamin: pemeriksaan terhadap testis apakah berada didalam skrotum, penis pada ujung(pada bayi laki-laki), vagina berlubang, apakah labia mayora menutupi labia minora (pada bayi perempuan).
- k) Lain-lain: mekonium harus keluar dalam 24 jam sesudah lahir, bila tidak harus waspada terhadap atresia ani atau obstruksi usus. Selain itu, urin harus keluar dalam 24 jam. Kadang pengeluaran urin tidak diketahui karena pada saat bayi lahir, urin keluar bercampur dengan air ketuban. Bila urin tidak keluar dalam 24 jam, maka harus diperhatikan kemungkinan adanya obstruksi kandung kemih.

h. Perawatan Lain-lain

(1) Perawatan tali pusat

- a) Pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara dan ditutupi dengan kain bersih secara longgar.
- b) Jika tali pusat terkena kotoran atau tinja, dicuci dengan sabun dan air bersih, kemudian dikeringkan sampai benar-benar kering.

(2) Dalam waktu 24 jam dan sebelum ibu dan bayi dipulangkan ke rumah, diberikan imunisasi BCG, polio, dan hepatis B.

(3) Orang tua diajarkan tanda-tanda bahaya bayi dan mereka diberitahu agar merujuk bayi dengan segera untuk perawatan lebih lanjut jika ditemui hal-hal berikut:

- a) Pernapasan: sulit atau lebih dari 60x/menit
- b) Warna: kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru, atau pucat
- c) Tali pusat: merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah
- d) Infeksi: suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (nanah) bau busuk, pernapasan sulit
- e) Feses/kemih: tidak berkemih dalam 24 jam, feses lembek, sering kejang, tidak bisa tenang, menangis terus-menerus

(4)Orang tua diajarkan cara merawat bayi dan melakukan perawatan harian untuk bayi baru lahir, meliputi:

- a) Pemberian ASI sesuai dengan kebutuhan setiap 2-3 jam, mulai dari hari pertama
- b) Menjaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering , serta mengganti popok
- c) Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering
- d) Menjaga keamanan bayi terhadap trauma dan infeksi¹⁰

i. Reflek-Reflek Pada Bayi Baru Lahir

Tabel 5 Reflek Pada Bayi Baru Lahir

| Refleks | Respons Normal | Respons Abnormal |
|-----------------------|---|--|
| Rooting dan menghisap | Bayi baru lahir menolehkan kepala ke arah stimulus, membuka mulut, dan mulai menghisap bila pipi, bibir atau sudut mulut bayi disentuh dengan jari atau puting. | Repons yang lemah atau tidak ada respons terjadi pada prematuritas, penurunan atau cedera neorologis, atau depresi sistem saraf pusat (SSP). |
| Menelan | Bayi baru lahir menelan berkoordinasi dengan menghisap bila cairan ditaruh di belakang lidah. | Muntah, batuk, atau regurgitas cairan dapat terjadi kemungkinan berhubungan dengan sianosis sekunder karena prematuritas, defisit neorologis atau cedera terutama terlihat setelah laringoskopi. |
| Ekstrusi | Bayi baru lahir menunjukkan lidah keluar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting. | Ekstrusi lidah secara tetap atau menunjukkan lidah yang berulang-ulang terjadi pada kelainan SSP dan kejang. |
| Moro | Ekstensi simetris bilateral dan abduksi seluruh ekstermitas dengan ibu jari dan jari telunjuk membentuk huruf „c“, diikuti dengan adduksi ekstermitas dan kembali ke fleksi relaks jika posisi bayi berubah tiba-tiba atau jika bayi diletakkan | Respons asimetris terlihat pada cedera saraf perifer (pleksus brakialis) atau fraktur kalvikula atau fraktur tulang panjang lengan atau kaki. |

| | | |
|-----------|---|---|
| | telentang pada permukaan yang datar. | |
| Melangkah | Bayi akan melangkah dengan satu kaki dan kemudian kaki lainnya dengan gerakan berjalan bila satu kaki disentuh pada permukaan rata. | Respons asimetris terlihat pada cedera saraf perifer (pleksus brakialis) atau fraktur klavikula atau fraktur tulang panjang lengan atau kaki. |
| Merangkak | Bayi akan melangkah | Respons asimetris terlihat |

5. Konsep Dasar Keluarga Berencana (KB)

a. Pengertian KB

Kontrasepsi adalah usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan, upaya itu dapat bersifat sementara dapat pula bersifat permanen.¹ Kontrasepsi atau antikonsepsi (*Conception control*) adalah cara, alat, atau obat-obatan untuk mencegah terjadinya konsepsi (Sofian, 2011:195) Kontrasepsi adalah suatu usaha untuk mencegah bertemunya sperma dan ovum, sehingga tidak terjadi pembuahan yang mengakibatkan kehamilan.¹⁴

b. Tujuan Program Keluarga Berencana (KB)

Tujuan program KB, yaitu:

1. Memperkecil angka kelahiran.
2. Menjaga kesehatan ibu dan anak.
3. Membatasi kehamilan jika jumlah anak sudah mencukupi

c. Manfaat Keluarga Berencana (KB)

Manfaat Keluarga Berencana (KB) adalah:

- 1) Perbaikan kesehatan badan karena tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek.
- 2) Adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak-anak, untuk istirahat, dan menikmati waktu luang, serta melakukan kegiatan-kegiatan lain.

d. Kebutuhan Pada Calon Akseptor KB

- 1) Konseling

Konseling adalah suatu proses pemberian informasi objektif dan lengkap, dilakukan secara sistematis dengan panduan sistematis interpersonal, teknik bimbingan dan penguasaan pengetahuan klinik yang bertujuan untuk membantu seseorang mengenali kondisinya saat ini, masalah yang sedang dihadapinya dan menentukan jalan keluar atau upaya dalam mengatasi masalah tersebut.

Proses konseling yang benar, objektif dan lengkap akan meningkatkan kepuasan, kelangsungan dan keberhasilan penggunaan berbagai metode kontrasepsi.¹³

Dalam memberikan konseling, khususnya bagi calon akseptor Keluarga Berencana (KB) yang baru, hendaknya dapat diterapkan enam langkah yang sudah dikenal dengan kata kunci SATU TUJU. Penerapan SATU TUJU tersebut tidak perlu dilakukan secara berurutan karena petugas harus menyesuaikan diri dengan kebutuhan klien. Kata kunci SATU TUJU adalah sebagai berikut:

a) SA: Sapa dan Salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara di tempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri. Tanyakan kepada klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang dapat dipeolehnya.

b) T: Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya

Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi (KR), tujuan, kepentingan, harapan, serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya. Tanyakan kontrasepsi yang diinginkan oleh klien. Berikan perhatian kepada klien apa yang disampaikan klien sesuai dengan kata-kata, gerak isyarat dan caranya. Coba tempatkan diri kita di dalam hati klien. Perhatikan bahwa kita memahami. Dengan memahami pengetahuan, kebutuhan dan keinginan klien, kita dapat membantunya.

c) U: Uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa

kontrasepsi. Bantulah klien pada jenis kontrasepsi yang paling diinginkan, serta jelaskan pula jenis-jenis kontrasepsi lain yang ada. Uraikan juga mengenai risiko penularan *Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immune Deficiency Syndrome* (HIV/AIDS) dan pilihan metode ganda.

d) TU: Bantulah klien menentukan pilihannya.

Bantulah klien berpikir mengenai apa yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

e) J: Jelaskan secara lengkap kepada klien bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya. Setelah klien memilih jenis kontrasepsi, jika diperlukan perlihatkan alat kontrasepsinya.

f) U: Perlunya kunjungan Ulang.

Diskusikan dan buat kontrak dengan klien untuk melakukan pemeriksaan lanjutan atau permintaan kontrasepsi apabila dibutuhkan.

e. Penapisan Klien

Tujuan utama panapisan klien sebelum pemberian suatu metode kontrasepsi, untuk menentukan apakah ada:

1) Kehamilan

Klien tidak hamil apabila:

- a) Tidak senggama sejak haid terakhir
- b) Sedang memakai metode efektif secara baik dan benar
- c) Sekarang didalam 7 hari pertama haid terakhir
- d) Di dalam 4 minggu pasca persalinan
- e) Dalam 7 hari pasca keguguran
- f) Menyusui dan tidak haid

2) Keadaan yang membutuhkan perhatian khusus

3) Masalah (misalnya : *diabetes*, tekanan darah tinggi) yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut.

Tabel 6 Tabel Daftar Tilik Penapisan Klien Metode Non Operatif

| Metode hormonal (pil kombinasi, pil progestin, suntikan, dan susuk) | Ya | Tidak |
|---|----|-------|
| Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih Apakah anda menyusui dan kurang dari 6 minggu pascapersalinan (1,2) | | |
| Apakah mengalami perdarahan/perdarahan bercak antara haid setelah senggama | | |
| Apakah pernah ikterus pada kulit atau mata Apakah pernah nyeri kepala hebat atau gangguan visual Apakah pernah nyeri hebat pada betis, paha atau dada, atau tungkai bengkak (edema) | | |
| Apakah pernah tekanan darah di atas 160 mmHg (sistolik) atau 90 mmHg (diastolik) | | |
| Apakah ada massa atau benjolan pada payudara Apakah anda sedang minum obat-obatan anti kejang (epilepsi) (3) | | |
| AKDR (semua jenis pelepas tembaga dan progestin) | | |
| Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu | | |
| Apakah klien (atau pasangan) mempunyai pasangan seks lain | | |
| Apakah pernah mengalami infeksi menular seksual (IMS) | | |
| Apakah pernah mengalami penyakit radang panggul atau kehamilan ektopik | | |
| Apakah pernah mengalami haid banyak (lebih 1-2 pembalut tiap 4 jam) | | |
| Apakah pernah mengalami haid lama (lebih dari 8 hari) | | |
| Apakah pernah mengalami disminnorea berat yang membutuhkan analgetika atau istirahat baring | | |
| Apakah pernah mengalami perdarahan/perdarahan bercak antara haid atau setelah senggama | | |
| Apakah pernah mengalami gejala penyakit jantung vaskuler atau konginetal | | |

Sumber: Affandi, 2012

- 4) Apabila klien menyusui dan kurang dari 6 minggu pascapersalinan maka pil kombinasi adalah metode pilihan terakhir.

- 5) Tidak cocok untuk pil progestin (minipil), suntikan *Depo medroxy progesterone asetat* (DMPA) atau Norethindrone enanthate (NET-EN) atau susuk
 - 6) Tidak cocok untuk suntikan progestin (DMPA atau NET-EN).
- f. Macam-Macam Metode Kontrasepsi
- 1) Metode Kontrasepsi Sederhana Tanpa Alat

Metode kontrasepsi sederhana tanpa alat (metode alamiah) adalah sebagai berikut⁸:

a) Metode Kalender

Masa berpantang dihitung dengan memakai rumus yaitu hari pertama mulai subur = siklus haid terpendek-18 dan hari subur terakhir = siklus haid terpanjang-11.

Sebenarnya cara tersebut hanya cocok bagi wanita yang siklus haidnya teratur. Sebelum memulai, hendaknya meminta wanita tersebut mencatat pola siklus haidnya paling sedikit selama 6 bulan dan sebaiknya selama 12 bulan. Setelah itu, baru bisa ditentukan kapan mulainya hari subur pertama dan hari subur terakhir dengan menggunakan rumus di atas. Contoh: siklus haid terpendek yaitu 28 hari dan siklus haid terpanjang 28 hari, jadi $28-18 =$ hari ke 10 dari hari pertama haid siklus terpanjang $28-11 =$ hari ke-17. Jadi, masa berpantang adalah mulai dari hari ke-10 sampai hari ke-17 dihitung mulai dari pertama haid.

b) Metode Suhu Basal Badan (Thermal)

Suhu badan diukur memakai termometer, sewaktu bangun pada pagi hari hari (dalam keadaan istirahat penuh), setiap hari. Hasil pengukuran dicatat pada kartu pencatatan suhu badan. Metode suhu basal badan (thermal) adalah suatu metode kontrasepsi yang dilakukan dengan mengukur suhu tubuh untuk mengetahui suhu tubuh basal, untuk menentukan masa ovulasi. Metode suhu basal tubuh mendeteksi kapan ovulasi terjadi. Keadaan ini dapat terjadi karena progesterone, yang

dihasilkan oleh korpus luteum, menyebabkan peningkatan suhu basal tubuh. Sebelum perubahan suhu basal tubuh dipertimbangkan sebagai masa ovulasi, suhu tubuh terjadi peningkatan sedikitnya 0,40F (0,2-0,50C) di atas 6 kali perubahan suhu sebelumnya yang diukur.

c) Metode Lendir Cervic (*Metode Ovulasi Billings/MOB*)

Adalah metode kontrasepsi dengan menghubungkan pengawasan terhadap perubahan lendir serviks wanita yang dapat di deteksi di vulva. Metode ovulasi didasarkan pada pengenalan terhadap perubahan lendir serviks selama siklus menstruasi yang menggambarkan masa subur dalam siklus dan waktu fertilitas maksimal dalam masa subur.

d) Metode Sympto Thermal

Adalah metode kontrasepsi yang dilakukan dengan mengamati perubahan lendir dan perubahan suhu badan tubuh. Dasarnya kombinasi antara bermacam metode KB alamiah untuk menentukan masa subur/ ovulasi

e) Metode Amenorhea Laktasi

Metode Amenorhea Laktasi adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa pemberian makanan tambahan atau minuman apapun. Efektifitas metode amenorhea laktasi tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan pasca persalinan). Petunjuk penggunaan metode amenore-laktasi adalah sebagai berikut:

- (1)Bayi harus berusia kurang dari 6 bulan
- (2)Wanita yang belum mengalami perdarahan pervaginam
- (3)setelah 56 hari pascapartum.
- (4)Pemberian ASI harus merupakan sumber nutrisi yang eksklusif untuk bayi.

f) Coitus Interruptus (Senggama Terputus)

Metode Kontrasepsi dimana senggama di akhiri sebelum terjadi ejakulasi intra-vagina. Ejakulasi terjadi jauh dari genitalia eksterna. Efektifitasnya efektif bila dilaksanakan dengan benar. Efektifitas

bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melaksanakannya (angka kegagalan 4-18 kehamilan per 100 perempuan per tahun). Efektifitas akan jauh menurun apabila sperma dalam waktu 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis.

2) Metode Kontrasepsi Sederhana Dengan Alat

Metode kontrasepsi sederhana dengan alat adalah sebagai berikut¹⁴:

a) Kondom

Adalah suatu selubung atau sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil), yang dipasang pada penis (kondom pria) atau vagina (kondom wanita) pada saat berhubungan seksual. Efektifitas kondom cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap kali berhubungan seksual. Pada beberapa pasangan, pemakaian kondom tidak efektif karena tidak dipakai secara konsisten. Secara ilmiah didapatkan hanya sedikit angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun

b) Metode Kontrasepsi Kombinasi

Metode kontrasepsi kombinasi adalah sebagai berikut¹³:

(1) Pil Kombinasi

Pil kombinasi merupakan pil kontrasepsi yang berisi hormon sintetis estrogen dan progesteron. Pil kombinasi terbagi dalam 3 jenis:

(a) Monofasik: Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet, mengandung hormon aktif esterogen/ progestin dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

(b) Bifasik: Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif esterogen/progestin dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

(c) Trifasik: Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif esterogen/progestin dengan tiga

dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif; dosis hormon bervariasi setiap hari.

Cara Kerja:

- (d) Menekan ovulasi
- (e) Mencegah implantasi
- (f) Mengentalkan lendir servik

Efektifitas:

Efektifitas tinggi, 1 kehamilan/1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan.

Keuntungan/Manfaat

- (a) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- (b) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- (c) Dapat digunakan sebagai metode jangka panjang.
- (d) Mengurangi jumlah perdarahan sehingga mengurangi anemia
- (e) Mencegah kanker ovarium dan kanker endometrium
- (f) Mencegah kista ovarium.
- (g) Mencegah kehamilan ektopik

Kerugian

- (a) Mahal dan membosankan karena di gunakan setiap hari.
- (b) Mual 3 bulan pertama
- (c) Pusing
- (d) Perdarahan bercak pada 3 bulan pertama
- (e) Nyeri payudara
- (f) Kenaikan berat badan
- (g) Tidak mencegah Penyakit Menular Seksual (PMS).
- (h) Tidak dapat digunakan untuk ibu menyusui.

Kontra indikasi/yang tidak boleh menggunakan:

- (a) Hamil atau diduga hamil

- (b) Perokok usia > 35 tahun
- (c) Riwayat penyakit jantung atau tekanan darah tinggi (>180/110).
- (d) Riwayat diabetes militus (DM)> 20 tahun
- (e) Myoma uteri
- (f) Epilepsi
- (g) Menyusui di bawah 6 minggu pasca persalinan
- (h) Sakit kepala hebat (migraine)

(2) Pil Progestin

Kontrasepsi Pil progestin atau minipil merupakan pil yang mengandung progestin dalam dosis yang sangat rendah. Jenis kontrasepsi pil progestin ada 2 yaitu kemasan dengan isi 35 pil: 300 ig levonorgestrel atau 350 ig noretindron dan kemasan dengan isi 28 pil: 75 ig norgestrel

Cara Kerja:

- (a) Menghambat Ovulasi
- (b) Mencegah Implantasi
- (c) Memperlambat transport gamet/ ovum
- (d) Mengentalkan lendir serviks yang kental

Efek samping

- (a) Gangguan frekuensi dan lamanya haid

Perdarahan atau haid yang tidak teratur seringkali terjadi pada pengguna pil progestin. Lakukan pemeriksaan tambahan untuk menyingkirkan kemungkinan adanya kehamilan.

- (b) Sefalgia (sakit kepala)

Penggunaan pil progestin tidak dianjurkan untuk klien yang mempunyai riwayat migren atau sefalgia berat. (PPIBI, 2011: 125)

(3) Kontrasepsi Suntikan/Injeksi

- (a) Suntikan Kombinasi

Suntik kombinasi merupakan kontrasepsi suntik yang berisi hormon sintetis estrogen dan progesteron. Terdiri dari 2 jenis, yaitu: 25 mg depo medroksiprogesteron asetat dan 5 mg estradiol valerat. 50 mg noretindron enantat dan 5 mg estradiol valerat.

Mekanisme Kerja

- i) Menekan ovulasi
- ii) Menghambat transportasi gamet oleh tuba
- iii) Mempertebal mukus serviks (mencegah penetrasi sperma)
- iv) Mengganggu pertumbuhan endometrium, sehingga menyulitkan proses implantasi

Cara Penggunaan:

- i) Suntikan *intra muskular* (IM) setiap bulan.
- ii) Diulang tiap 4 minggu sekali
- iii) 7 hari lebih awal, terjadi resiko gangguan perdarahan
- iv) Setelah hari ke 7 bila tidak hubungan 7 hari kemudian atau gunakan kontrasepsi lain.

Efek Samping dan Penanganannya

- i) Amenorhea
Singkirkan kehamilan jika hamil lakukan konseling. Bila tidak hamil, sampaikan bahwa darah tidak terkumpul di rahim.
- ii) Mual/pusing/muntah
Pastikan tidak hamil. Informasikan hal tersebut bisa terjadi, jika hamil lakukan konseling/ rujuk.
- iii) Spotting
Jelaskan ini merupakan hal biasa tapi juga bisa berlanjut, jika berlanjut maka anjurkan ganti cara.

Instruksi Untuk Klien

- i) Harus kembali untuk suntik ulang tiap 4 minggu (1 bulan).

- ii) Tidak haid 2 bulan maka pastikan tidak hamil.
- iii) Harus menyampaikan obat lain yang sedang diminum
- iv) Mual, sakit kepala, nyeri ringan payudara dan spotting sering ditemukan pada 2-3 kali suntikan pertama.

(b) Suntikan Progestin

Menurut PPIBI (2016), kontrasepsi suntik progestin yang umum digunakan adalah *Depo Medroxyprogesteron acetate* (DMPA) dan *Norethisteron Enantatthe* (NET-EN) yang merupakan progesteron alamiah yang ada didalam tubuh seorang perempuan. Kontrasepsi progestin tidak mengandung estrogen sehingga dapat digunakan pada masa laktasi dan perempuan yang tidak mengandung estrogen.

Mekanisme Kerja

- i) Menekan ovulasi
- ii) Lendir serviks menjadi kental dan sedikit, sehingga merupakan barrier terhadap spermatozoa.
- iii) Membuat endometrium menjadi kurang baik/ layak untuk implantasi dari ovum yang sudah dibuahi.
- iv) Mempengaruhi kecepatan transpor ovum di dalam *tuba falopi*.

Efektifitas

Efektifitas suntikan progestin memiliki efektifitas yang tinggi (3 kehamilan per 1000 perempuan) pada tahun pertama penggunaan, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yaitu setiap 12 minggu.

Efek samping dan penatalaksanaannya

i) Amenore

Jelaskan bahwa sebagian besar pengguna suntikan progestin mengalami hal ini. Haid tidak harus ada setiap bulan dan hal ini tidak mengganggu kesehatan ibu. Klien tidak akan menjadi *infertil* karena darah tidak terkumpul

didalam rahim. Beberapa pengguna justru merasa senang jika tidak mendapat haid, bila klien merasa terganggu akan hal ini anjurkan menggunakan suntik kombinasi.

ii) Perdarahan *ireguler*

Jelaskan bahwa kondisi ini tidak mengganggu kesehatan klien dan gangguan ini akan berkurang setelah beberapa bulan penggunaan untuk penanganan jangka pendek, gunakan ibuprofen 3x 800 mg / hari selama 5 hari atau asam mefenamat 2x 500 mg setelah makan.

iii) Kenaikan berat badan

Lakukan kajian pola diet dan jika ditemukan masalah rujuk klien ke ahli gizi

iv) Perut kembung dan tidak nyaman

Coba atasi dengan obat-obat lokal yang tersedia

v) Perdarahan banyak atau berkepanjangan

Untuk penanganan efek samping seperti ini dapat menggunakan kontrasepsi oral kombinasi 1 tablet sehari selama 21 hari yang dimulai sejak timbulnya perdarahan.

vi) Sefalgia

Untuk sefalgia yang terkait dengan pemakaian suntikan progestin, dapat diberikan aspirin (325-650mg). Ibuprofen (200-400 mg), paracetamol (325-1000 mg), atau penghilang nyeri lainnya, jika sefalgia menjadi lebih berat atau lebih sering timbul selama penggunaan suntikan progestin maka lakukan evaluasi tentang kemungkinan penyebab lainnya.

(4) Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)

AKBK adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antra 3-5 tahun. Metode ini dikembangkan semua *The Population Council*,

yaitu suatu organisasi internasional yang didirikan tahun 1952 untuk mengembangkan teknologi kontrasepsi.¹

Keuntungan kontrasepsi implant

- i) Daya guna tinggi
- ii) Perlindungan jangka panjang (sampai 3 tahun)
- iii) Pengembalian kesuburan yang cepat
- iv) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- v) Tidak mengganggu ASI
- vi) Pasiennya hanya kembali ke klinik jika ada keluhan
- vii) Dapat dicabut setiap saat
- viii) Mengurangi jumlah darah menstruasi
- ix) Menurangi/ memperbaiki anemia

Kerugian kontrasepsi implant

- i) Menimbulkan gangguan menstruasi, yaitu menstruasi menjadi tidak teratur.
- ii) Berat badan bertambah
- iii) Menimbulkan acne (jerawat), ketegangan payudara
- iv) Liang senggama menjadi kering.

Teknik pemasangan kontrasepsi implant

Prinsip pemasangan KB implant adalah dipasang tepat di bawah kulit, diatas lipat siku, di daerah lengan atas.¹⁵ Cara pemakaian:

- i) Pastikan klien telah mencuci lengan atas hingga bersih
- ii) Lapsi tempat penyangga lengan atau meja samping dengan kain bersih
- iii) Persilahkan klien berbaring dan lengan atas yang telah disiapkan, tempatkan di atas meja penyangga, lengan atas membentuk sudut 30 terhadap bahu dan sendi siku 90 untuk memudahkan petugas melakukan pemasangan.
- iv) Tentukan tempat pemasangan yang optimal, 8 cm di atas lipat siku dan reka posisi kapsul di bawah kulit (subdermal).

- v) Siapkan tempat peralatan dan bahan serta bungkus steril tanpa menyentuh peralatan yang ada di dalamnya.
- vi) Persiapkan tempat insisi dengan mengoleskan antiseptik
- vii) Lakukan anestesi dengan lidocain 1, lakukan anestesi lokal (intrakutan dan subdermal)
- viii) Pastikan efek anestesi telah berlangsung, pegang skapel dengan sudut 45, buat insisi dangkal hanya sekedar menembus kulit.
- ix) Trokar harus dipegang dengan ujung yang tajam menghadap ke atas.
- x) Tanda 1 dekat pangkal menunjukkan batas masuknya trokat sebelum memasukkan setiap kapsul. Tanda 2 dekat ujung menunjukkan batas pencabutan trokat setelah memasang setiap kapsul. Untuk meletakkan kapsul tepat dibawah kulit, angkat trokar ke atas, sehingga kulit terangkat.
- xi) Masukkan trokar perlahan-lahan dan hati-hati ke arah tanda 1 dekat pangkal. Trokar harus selalu terlihat mengangkat kulit selama pemasangan. Saat trokar masuk sampai tanda 1, cabut pendorong dari trokar (implant-2). Untuk implant-2 plus, justru pendorong dimasukkan (posisi panah sebelah atas) setelah tanda 1 tercapai dan putar 180 searah jarum jam hingga terbebas dari tahanan. Lakukan hingga kapsul terpasang semua.
- xii) Sebelum mencabut trokar raba kapsul untuk memastikan kedua kapsul telah terpasang. Setelah kedua kapsul terpasang keluarkan trokar dengan pelan pelan. Tekan insisi dengan kasa selama 1 menit untuk menghentikan perdarahan. Bersihkan tempat pemasangan dengan kasa antiseptik dan tutup luka insisi menggunakan plester.

Pencabutan kontrasepsi implant

Pada pencabutan banyak dijumpai kesulitan sehingga diupayakan untuk merekayasa teknik pencabutan sebagai berikut:

i) Teknik U klasik

- (a) Klem yang dipakai mencabut kapsul pada teknik U merupakan modifikasi klem yang digunakan vasektomi tanpa pisau atau diameter ujung klem di perkecil dari 3,5 menjadi 2,2 mm.
- (b) Tentukan lokasi insisi pada kulit diantara kapsul 1 dan 2 lebih 3mm dari ujung kapsul dekat siku, lakukan anestesi pada bagian bawah ujung kapsul. Setelah itu lakukan insisi kecil, jepit batang kapsul pada 3 mm dari ujung kapsul dengan menggunakan klem U dan pastikan jepitan mencakup seluruh lingkaran batang kapsul.
- (c) Angkat klem U untuk mempresentasikan ujung kapsul dengan baik. Sambil mempertahankan ujung kapsul dengan klem fiksasi, bersihkan jaringan ikat yang melingkupi ujung kapsul sehingga bagian tersebut dapat dibebaskan dan tampak dengan jelas.
- (d) Tarik keluar ujung kapsul yang dijepit sehingga seluruh batang kapsul dapat dikeluarkan. Letakkan kapsul yang sudah dicabut pada mangkok.

ii) Tehnik pop out

- (a) Untuk menggunakan teknik ini, raba tempat pencabutan secara hati-hati untuk menentukan dan menandai kapsul
- (b) Raba ujung kapsul di daerah dekat siku untuk memilih salah satu kapsul yang lokasinya terletak di tengah dan mempunyai letak yang sama dengan ujung kapsul yang lainnya. Dorong ujung bagian atas kapsul (dekat bahu klien) yang telah dipilih tadi dengan menggunakan jari.

Pada saat ujung kapsul tampak jelas dibawah kulit, buat insisi kecil 2-3mm dengan menggunakan skapel.

- (c) Lakukan penekanan dengan menggunakan ibu jari dan jari tangan lainnya pada ujung bagian bawah kapsul untuk membuat ujung kapsul tersebut tepat berada dibawah tempat insisi.
- (d) Tekan jaringan ikat yang sudah berpotong tadi dengan kedua ibu jari sehingga ujung bawah kapsul tampil keluar. Tekan sedikit ujung cranial kapsul sehingga mencuat (pop out) pada luka insisi dan dengan mudah dapat di pegang dan di cabut.

(5) Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR)

AKDR merupakan salah satu metode jangka panjang yang cukup efektif karena hanya terjadi kurang dari 1 kehamilan diantara 1000 pengguna AKDR (6-8 per 1000 pengguna) di tahun pertama memakai AKDR. Efek kontraseptif akan menurun apabila waktu penggunaannya telah melampaui 10 tahun.

Jenis Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)¹³, yaitu:

a. AKDR CuT-380A

Kecil, kerangka dari plastik yang fleksibel, berbentuk huruf T diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu).

Tersedia di Indonesia dan terdapat dimana-mana.

b. AKDR yang mengandung hormon Levonogestrel (LNG)

Keuntungan AKDR

- a. Sebagai kontrasepsi, efektifitasnya tinggi (6-8 kehamilan per 1000 perempuan dalam 1 tahun pertama)
- b. AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan
- c. Metode jangka panjang (proteksi 10 tahun) untuk yang mengandung tembaga, dan 5 tahun untuk yang mengandung hormon
- d. Sangat efektif karena tidak perlu mengingat-ingat

- e. Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- f. Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil
- g. AKDR Cu 380 A tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
- h. Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah keguguran (apabila tidak terjadi infeksi)
- i. Dapat digunakan sampai menopause (dicabut setelah kurang lebih 1 tahun)
- j. Tidak ada interaksi dengan obat lain
- k. Membantu mencegah kehamilan ektopik
- l. Dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat (AKDR Cu 380 A)

Kerugian/Keterbatasan

- a. Nyeri pada waktu pemasangan
- b. Efek samping yang umum terjadi: perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan setelah itu akan berkurang), haid lebih lama dan lebih banyak, perdarahan (spotting) antar menstruasi, saat haid lebih sakit.
- c. Tidak mencegah infeksi menular seksual (IMS), termasuk HIV/AIDS.
- d. Tidak baik digunakan oleh perempuan yang sering berganti-ganti pasangan atau menderita PMS.
- e. Penyakit Radang Panggul (PRP) terjadi sesudah perempuan dengan IMS menggunakan AKDR. PRP dapat menyebabkan infertilitas.
- f. Diperlukan prosedur medis, termasuk pemeriksaan pelvik dalam pemasangan AKDR.
- g. Ada sedikit nyeri dan spotting terjadi segera setelah pemasangan AKDR, tetapi biasanya menghilang dalam 1-2 hari.

- h. Klien tidak dapat melepas sendiri AKDR (hrus dilepaskan oleh petugas kesehatan terlatih).
- i. Kemungkinan AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui klien (sering terjadi bila AKDR dipasang segera setelah melahirkan).
- j. Klien harus memeriksakan posisi benang AKDR dari waktu ke waktu dengan cara memasukkan jarinya ke dalam vagina.

Yang dapat menggunakan AKDR

- a. Usia reproduktif.
- b. Keadaan nulipara.
- c. Menginginkan kontrasepsi jangka panjang.
- d. Menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi.
- e. Setelah melahirkan dan tidak menyusui bayinya.
- f. Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi.
- g. Resiko rendah dari IMS.
- h. Tidak menyukai metode hormonal.
- i. Tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari.
- j. Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari pasca persalinan.

Yang tidak boleh menggunakan AKDR

- a. Sedang hamil (diketahui hamil atau kemungkinan hamil)
- b. Perdarahan vagina yang tidak diketahui (sampai dapat dievaluasi)
- c. Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, servicitis)
- d. Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sedang menderita PRP atau abortus septik
- e. Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim
- i. Waktu pemasangan AKDR
- f. Setiap saat selama 7 hari pertama menstruasi atau dalam siklus berjalan bila diyakini klien tidak hamil

- g. Pasca persalinan (segera setelah melahirkan sampai 48 jam pertama atau setelah 4-6 minggu atau setelah 6 bulan menggunakan MAL)
- h. Pasca keguguran (segera atau selama 7 hari pertama) selama tidak ada komplikasi infeksi/ radang panggul

Efek samping dan penanganannya

Adapun efek samping dan penanganannya menurut PPIBI (2016) yaitu sebagai berikut:

Tabel 7 Efek samping dan penanganan AKDR

| | |
|--------------------|---|
| 1. perdarahan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan evaluasi penyebab- penyebab perdarahan lainnya dan lakukan penanganan yang sesuai jika diperlukan 2. Jika tidak ditemukan penyebab lainnya, beri non steroidal anti-inflamatori (NSAID, seperti ibuprofen) selama 5-7 hari. |
| 2. kram atau nyeri | <ol style="list-style-type: none"> 1. Cari penyebab nyeri dan beri penanganan yang sesuai jika diperlukan. 2. Jika tidak ditemukan penyebab-penyebab lainnya berikan asetaminofen atau ibuprofen setiap hari pada beberapa hari pertama menstruasi. |
| 3. Keluhan benang | <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunting benang sehingga tidak menonjol keluar dari mulut rahim (muara serviks) 2. Jelaskan bahwa benang AKDR tidak lagi keluar dari mulut rahim dan pasangannya tidak akan merasajuluran benang tersebut. 3. Buat dalam catatan klien bahwa benang telah dipotong rata setinggi dengan permukaan serviks (penting untuk teknik melepas AKDR nantinya). |

(6) Metode Keluarga Berencana Vasektomi

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin punya anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan

pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini

Efektifitas vasektomi

- a. Setelah masa pengosongan sperma dari vesikula seminalis maka kehamilan hanya terjadi pada 1/100 perempuan pada tahun pertama penggunaan.
- b. Pada mereka yang tidak dapat memastikan masih adanya sperma pada ejakulat atau tidak patuh menggunakan kondom hingga 20 kali ejakulasi maka kehamilan terjadi pada 2-3/100 perempuan pada tahun pertama penggunaan.
- c. Selama 3 tahun penggunaan, terjadi sekitar 4 kehamilan/100 perempuan.

Manfaat non kontraseptif vasektomi

- a. Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang
- b. Tinggi tingkat rasio efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontrasepsi.

Keterbatasan Vasektomi

- a. Permanen dan timbul masalah bila klien menikah lagi.
- b. Bila tak siap ada kemungkinan penyesalan di kemudian hari
- c. Resiko dan efek samping pembedahan kecil.
- d. Ada nyeri/rasa tak nyaman pasca bedah
- e. Perlu tenaga pelaksana terlatih
- f. Tidak melindungi klien terhadap PMS

(7) Alat kontrasepsi Tubektomi

Adalah metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi.

Efektivitas tubektomi

- a. Kurang dari 1 kehamilan per 100 (5/1000) perempuan pada tahun pertama penggunaan.

- b. Pada 10 tahun penggunaan, terjadi sekitar 2 kehamilan per 100 perempuan (18-19 per 1000 perempuan).
- c. Efektivitas kontrasepsi terkait juga dengan teknik tubektomi (penghambatan atau oklusi tuba). tetapi secara keseluruhan efektivitas tubektomi cukup tinggi dibandingkan metode kontrasepsi lainnya

Keuntungan kontrasepsi tubektomi

- a. Langsung efektif
- b. Masa reproduktif wanita terbatas: seorang pria dapat mempertahankan kesuburannya selama bertahun-tahun dan memiliki lebih banyak kesempatan untuk menyesali keputusan menjalani tubektomi.

Kerugian kontrasepsi tubektomi

Tubektomi wanita memiliki resiko morbiditas dan mortalitas operasi:

- a. Tubektomi tidak selalu dapat dipulihkan
- b. Tubektomi merupakan metode kontrasepsi alternatif yang lebih rumit yang memerlukan penyediaan fasilitas khusus dan petugas terlatih.
- c. Tubektomi tidak segera efektif, dan kontrasepsi lain harus digunakan sampai diperoleh hasil hitung sperma negatif 2 kali berturut-turut.

7. Serba-serbi ASI Perah

a. Memerah Air Susu Ibu (ASI)¹⁶

- 1) Memerah ASI diperlukan untuk merangsang pengeluaran ASI pada keadaan payudara sangat bengkak, puting sangat lecet, dan pada bayi yang tidak dapat diberikan minum.
- 2) ASI diperah bila ibu tidak bersama bayi saat waktu minum bayi.
- 3) Untuk meningkatkan produksi ASI, payudara dikompres dengan air hangat dan dipijat dengan lembut sebelum memerah ASI.
- 4) Memerah yang dilakukan secara rutin dapat meningkatkan produksi ASI

- 5) Bila ASI akan diperah secara rutin, dianjurkan menggunakan kantong plastik yang didisain untuk menyimpan ASI, yang pada ujungnya terdapat perekat untuk menutupnya. Kumpulan kantong plastik kecil tersebut dimasukkan ke dalam kantong plastik besar agar terlindung dan terhindar dari robek/ lubang. Pada setiap kantong plastik harus diberi label tanggal dan waktu pemerah.

b. Cara pemerah ASI dengan tangan

- 1) Gunakan wadah yang terbuat dari plastik atau bahan metal untuk menampung ASI.
- 2) Cuci tangan terlebih dahulu dan duduk dengan sedikit mencondongkan badan ke depan.
- 3) Payudara dipijat dengan lembut dari dasar payudara ke arah puting susu.
- 4) Rangsang puting susu dengan ibu jari dan jari telunjuk anda.
- 5) Letakkan ibu jari di bagian atas sebelah luar areola (pada jam 12) dan jari telunjuk serta jari tengah di bagian bawah areola (pada jam 6).
- 6) Tekan jari-jari ke arah dada, kemudian pencet dan tekan payudara di antara jari-jari, lalu lepaskan, dorong ke arah puting seperti mengikuti gerakan mengisap bayi. Ulangi hal ini berulang-ulang.
- 7) Hindari menarik atau memeras terlalu keras. Bersabarlah, mungkin pada awalnya akan memakan waktu yang agak lama.
- 8) Ketika ASI mengalir lambat, gerakkan jari di sekitar areola dan berpindah-pindah tempat, kemudian mulai pemerah lagi.
- 9) Ulangi prosedur ini sampai payudara menjadi lembek dan kosong.
- 10) Menggunakan kompres hangat atau mandi dengan air hangat sebelum pemerah ASI akan membantu pengeluaran ASI.

c. Menyimpan ASI

- 1) ASI perah disimpan dalam lemari pendingin atau menggunakan *portable cooler bag*

- 2) Untuk tempat penyimpanan ASI, berikan sedikit ruangan pada bagian atas wadah penyimpanan karena seperti kebanyakan cairan lain, ASI akan mengembang bila dibekukan.
- 3) ASI perah segar dapat disimpan dalam tempat/wadah tertutup selama 6-8 jam pada suhu ruangan (26°C atau kurang). Jika lemari pendingin (4°C atau kurang) tersedia, ASI dapat disimpan di bagian yang paling dingin selama 3-5 hari, di *freezer* satu pintu selama 2 minggu, di *freezer* dua pintu selama 3 bulan dan di dalam *deep freezer* (-18°C atau kurang) selama 6 sampai 12 bulan.
- 4) Bila ASI perah tidak akan diberikan dalam waktu 72 jam, maka ASI harus dibekukan.
- 5) ASI beku dapat dicairkan di lemari pendingin, dapat bertahan 4 jam atau kurang untuk minum berikutnya, selanjutnya ASI dapat disimpan di lemari pendingin selama 24 jam tetapi tidak dapat dibekukan lagi.
- 6) ASI beku dapat dicairkan di luar lemari pendingin pada udara terbuka yang cukup hangat atau di dalam wadah berisi air hangat, selanjutnya ASI dapat bertahan 4 jam atau sampai waktu minum berikutnya tetapi tidak dapat dibekukan lagi.
- 7) Jangan menggunakan *microwave* dan memasak ASI untuk mencairkan atau menghangatkan ASI.
- 8) Sebelum ASI diberikan kepada bayi, kocoklah ASI dengan perlahan untuk mencampur lemak yang telah mengapung.
- 9) ASI perah yang sudah diminum bayi sebaiknya diminum sampai selesai, kemudian sisanya dibuang.¹⁷

8. Kehamilan Postterm

a) Definisi

Kehamilan *postterm* adalah kehamilan yang telah mencapai usia 42 minggu atau lebih dari usia gestasi (294 hari atau lebih dari 14 hari tanggal taksiran persalinan).¹⁸ Diagnosa usia kehamilan lebih dari 42 minggu didapatkan dari perhitungan seperti rumus neagle atau dengan tinggi fundus uteri.¹⁹

b) Etiologi

Penyebab kehamilan *postterm* sampai saat ini belum jelas, beberapa teori yang diajukan umumnya menyatakan bahwa terjadinya kehamilan *postterm* sebagai akibat gangguan terhadap timbulnya persalinan seperti pengaruh progesteron, oksitosin dan lain-lain. Ada beberapa faktor yang bisa menempatkan seorang wanita menjadi golongan berisiko tinggi seperti primipara, riwayat kehamilan *post-term* sebelumnya, anensephali janin, dan jenis kelamin bayi laki-laki. Kehamilan *post-term* ini sering ditemukan pada kelompok usia 20-35 tahun. Tetapi hal tersering penyebab diagnosis kehamilan *postterm* adalah kesalahan dalam penanggalan. Penggunaan perhitungan HPHT sebagai penentu usia kehamilan sering tidak akurat. Pasien yang lupa tanggal HPHT ditambah lagi dengan variasi fase luteal dan *follicular* dari siklus menstruasi berakibat pada kesalahan yang dapat berupa bertambahnya usia kehamilan.

Menurut penelitian Anita (2017) kelompok usia terbanyak dari ibu yang mengalami kehamilan *postterm* adalah pada usia 20-35 sebanyak 86,7%. Hal ini bisa dipahami karena puncak kesuburan seorang wanita berada pada rentang usia ini dengan memiliki peluang mencapai 95% untuk dapat terjadinya kehamilan. Sehingga sebagian besar persalinan memang berlangsung pada rentang usia tersebut.

Dalam penelitian Anita (2017) juga disebutkan bahwa paritas 0 paling banyak mengalami kehamilan *postterm* ini. Hal ini diduga karena pada nullipara jumlah *gap junction* pada miometriumnya tidak sebanyak wanita yang sudah pernah mengalami persalinan sebelumnya.

c) Risiko pada Ibu

Risiko bagi ibu dengan persalinan *postterm* dapat berupa partus lama, inersia uteri dan perdarahan pasca salin serta meningkatnya tindakan obstetrik.¹⁹

d) Risiko pada janin

Beberapa risiko yang dapat terjadi pada janin dengan kehamilan *postterm* adalah:

- 1) makrosomia, menurut teori, dalam kehamilan *postterm* berat badan janin dapat meningkat, tidak bertambah, maupun janin dapat lahir dengan berat badan kurang dari normal. Hal ini tergantung dari fungsi plasenta
- 2) asfiksia, hingga kematian. Permasalahan pada janin dalam persalinan *postterm* adalah plasenta tidak sanggup memberikan nutrisi dan pertukaran oksigen sehingga janin mempunyai resiko asfiksia sampai kematian dalam rahim.