

## **BAB II**

### **KAJIAN KASUS DAN TEORI**

#### **A. Kajian Kasus**

##### **1. Kehamilan**

- a. Pengkajian ANC dimulai sejak pengambilan data awal pada tanggal 13 Desember 2022 dengan Kunjungan Rumah

Ny D. usia 36 tahun adalah ibu hamil wilayah kerja Puskesmas Mantrijeron, Ny. D mengatakan saat ini merasakan kenceng-kenceng tapi tidak teratur. Ny. D tinggal berlima bersama 2 anak, suami serta ibu mertua di Jl. Mayjen Sutoyo 16B, Mantrijeron RT 16 RW 02, Kecamatan Mantrijeron, Kota Yogyakarta. Kepemilikan rumah milik pribadi, Bangunan rumah seperti rumah pada umumnya, yang beralas tanah dan beratap genteng, Ny. D mengatakan memasak menggunakan gas dan limbah sampah dibuang sesuai tempatnya, pembuangan terakhir terkadang langsung ke TPA atau menitip ke pasar. Sumber air Ny. D bersih dari Sumur dan memakai air galon, serta tidak memiliki hewan ternak. Ny. D dan keluarga memiliki BPJS. Jika ada anggota keluarga yang sakit akan periksa ke Puskesmas Mantrijeron.

Ny. D bekerja sebagai ibu rumah tangga namun terdapat toko sembako dirumah, sedangkan Tn. A bekerja sebagai wiraswasta. Pendidikan terakhir Ny. D dan suami yaitu sekolah menengah keatas (SMA dan SMK). Ny. D menikah pada usia 21 tahun dan Tn A usia 21 tahun, ini merupakan pernikahan pertama bagi ibu dan suami, lama pernikahan 15 tahun. Riwayat menstruasi Ny. D pertama kali menstruasi usia 13 tahun, lamanya 5-6 hari, teratur, siklus 28 hari, tidak nyeri haid dan tidak keputihan. Menstruasi terakhir pada tanggal 4 April 2022, umur kehamilannya sudah 36 minggu 1 hari, dan perkiraan persalinan tanggal 11 Januari 2022. Ny. D mengatakan ini merupakan kehamilan ketiga, tidak pernah keguguran.

Persalinan pertama dan kedua secara spontan dengan bidan, yang pertama di PMB dan yang kedua di RSUD Wirosaban. Ny. D sebelumnya pernah menggunakan KB Pil, IUD dan kondom. Sudah melakukan ANC di puskesmas mantrijeron selama kehamilan sebanyak 8 kali, PMB 1 kali, dan RS 6 kali (1 kali saat sebelum dilakukan SC). ANC pertama kali saat usia kehamilan 9 minggu di Puskesmas Mantrijeron. Pergerakan janin Ny. D yang pertama pada umur kehamilan 16 minggu, pergerakan janin Ny. D saat ini dalam 12 jam terakhir  $\pm$  10 kali.

Ibu memiliki riwayat penyakit diabetes melitus tipe 2 sedangkan suami dan pihak keluarga suami tidak mempunyai sakit menurun (DM dsb), menahun, dan menular (IMS, HIV/AIDS). Ny. D mengatakan Penyakit Diabetes melitus yang diderita ibu diketahui saat usia 30 tahun ini keturunan dari ibunya. Ny. D tidak memilikir riwayat keturunan kembar dan tidak ada riwayat alergi. Ny. D tidak memiliki kebiasaan minum-minuman keras, jamu-jamuan, makanan/minuman pantang dan suami perokok aktif tetapi merokok di luar rumah. Ibu mengatakan tidak memiliki hewan peliharaan dan menggunakan air bersih untuk kebutuhan sehari-hari. Riwayat imunisasi TT Ny. R yaitu TT5 tahun 2009.

Pemenuhan nutrisi Ny. D sehari makan 2-3 kali/hari jenisnya nasi, sayur dan lauk pauk, porsi sedang. Kadang-kadang Ny. D juga makan buah-buahan. Minum air putih kurang lebih 8-10 gelas ukuran sedang ( $\pm$ 250 ml) perhari. Selama hamil ibu tidak meminum teh atau kopi dan jamu-jamuan. Ibu mengatakan tidak ada keluhan saat makan/minum. Ibu mengatakan rutin meminum vitamin yang diberikan oleh bidan (tambah darah dan kalsium). Pola eliminasi BAB sebanyak 1 kali/hari dan BAK sebanyak 7-9 kali/hari, serta tidak ada keluhan selama BAB dan BAK. Ny. D mandi 2 kali sehari; keramas 3 kali seminggu; sikat gigi 2 kali sehari; kebiasaan membersihkan alat kelamin setiap selesai BAB, BAK dan setiap mandi; Ibu menyeka atau

“cebok” dari arah depan ke belakang. Area kewanitaan dikeringkan dengan tisu atau kain kering. Kebiasaan mengganti pakaian dalam setiap mandi dan saat tidak nyaman. Jenis pakaian dalam yang digunakan katun. Pola istirahat tidur malam 7-8 jam dan tidur siang 1-2 jam tidak menentu. Aktifitas ibu sehari-hari melakukan kegiatan pekerjaan rumah tangga. Ibu rutin terapi suntik insulin mandiri setiap hari dengan dosis 3x3 unit dan ibu tidak memiliki riwayat alergi obat-obatan.

Riwayat psikososial ibu mengatakan suami dan keluarga sangat mendukung dengan kehamilan ini. Ibu mengatakan bila kehamilan ini dari hasil USG janinnya besar dan dokter sudah merencanakan untuk operasi SC, dari suami mendukung ibu untuk operasi SC tetapi dari pihak ibu mertua tidak mendukung, ibu mertua Ny. D menginginkan Ny. D untuk persalinan normal. Riwayat budaya dan spiritual, Ny. D mengatakan tidak ada mitos yang dipercayai. Ibu seorang muslim dan mengaku ibadah rutin sholat 5 waktu dan ibadah lainnya. Untuk persiapan/rencana persalinan ibu dan suami sudah mempersiapkan mulai dari biaya, pakaian ibu dan bayi, transportasi yang digunakan motor, untuk penolong persalinan bidan dengan menggunakan jaminan kesehatan BPJS dan untuk tempat persalinan puskesmas. Pendorong adalah kakak kandung.

Dilakukan pengukuran tanda-tanda vital dan antropometri. Hasil pemeriksaan TD 122/78 mmHg, Nadi 80 x/ menit, Pernafasan 21 x/ menit, dan Suhu 36,6°C. Tinggi badan Ny. D 158 cm, berat badan sekarang 104 kg, berat badan sebelum hamil 92 kg, LILA 31 cm, dan IMT 36,9 kg/m<sup>2</sup>. Pemeriksaan fisik dari kepala sampai dengan leher dalam batas normal tidak ada kelainan. Pemeriksaan abdomen tidak ada bekas luka operasi. Kandung kemih teraba kosong, Pemeriksaan palpasi sudah teraba, janin tunggal, letak janin normal presentasi kepala belum masuk PAP, TFU 39 cm, DJJ pada pemeriksaan terakhir 135 kali/menit. Ekstremitas atas dan bawah Ibu tidak ada odema. Ny.

D berdasarkan pemeriksaan penunjang yaitu laboratorium GDS ibu tinggi karena riwayat DM ibu dan untuk urine terdapat protein trace, glukosa trace, leukosit trace dan agak keruh.

Diagnosa yang ditegakkan yaitu Ny. D Usia 36 Tahun G3P2Ab0Ah2 Usia Kehamilan 36 Minggu 1 Hari dengan Riwayat Diabetes Melitus Tipe 2. Penatalaksanaan yaitu KIE riwayat kehamilan sekarang, keluhan yang dirasakan, pola makan, terapi insulin, support dan dukungan psikososial, istirahat cukup, rekomendai alkon, ketidakyamanan dan tanda bahaya kehamilan trimester III, memantau gerak janin, ANC selanjutnya dan kontrak waktu.

- b. Pengkajian ANC dimulai sejak pengambilan data awal pada tanggal 15 Desember 2022 dengan Kunjungan Rumah

Ny. D. Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan. Ibu memberitahukan bahwa sudah kunjungan ke Puskesmas kemaren untuk meminta surat rujukan untuk persalinan SC di RS Pratama. Hasil pengkajian data objektif didapatkan bahwa keadaan umum baik, kesadaran composmentis, Tekanan darah 110/71 mmHg, Pernafasan 20 x/menit, Nadi 78 x/menit, Suhu 36,6°C. Diagnosa yang ditegakkan yaitu Ny. D Usia 36 Tahun G3P2Ab0Ah2 Usia Kehamilan 36 Minggu 3 Hari dengan Riwayat Diabetes Melitus Tipe 2. Penatalaksanaan yaitu menganjurkan mempersiapkan keperluan untuk persalinan, tanda-tanda persalinan, memantau pergerakan janin, support dan dukungan kelancaran persalinan SC, dan membawa insulin sesuai dosis yang dianjurkan.

## **2. Persalinan**

Pengkajian INC tanggal 21 Desember 2022 pukul 14.11 WIB melalui *Whatsapp* (WA). Ibu mengatakan datang ke RS Pratama tanggal 20 Desember 2022 pukul 09.00 WIB untuk kontrol sesuai dengan advice dokter sebelumnya dan sudah membawa surat rujukan untuk persalinan SC yang didapatkan dari Puskesmas pada tanggal 14 Desember 2022.

Kemudian selesai pemeriksaan di poli obsgyn Ny. D diberitahu untuk ke laboratorium diambil darahnya dan tes Covid-19. Setelah selesai ibu diberitahu untuk kembali ke rumah dan kembali lagi sorenya dengan membawa barang-barang untuk rawat inap Persalinan SC.

Tanggal 20 Desember 2022 Pukul 14.30 WIB ibu kembali lagi ke Rumah Sakit Pratama lagi, setelah datang ibu langsung dipasang infus, malam hari ibu diminta sampel urine dan pukul 24.00 WIB diberitahu untuk mulai puasa untuk SC besok pagi karena ibu sudah dijadwalkan untuk SC pada hari Rabu, tanggal 21 Desember 2022 pagi hari.

Tanggal 21 Desember 2022 Pukul 06.00 WIB Ny. D mulai dipersiapkan untuk SC mulai dari mengganti baju, memasang kateter dan yang lainnya. Ny. D mengatakan pukul 07.30 WIB ibu diantarkan ke ruang operasi, masuk ruang operasi pukul 07.40 WIB. Pukul 08.08 WIB bayi Ny. D lahir menangis kencang, kemerahan, jenis kelamin perempuan, berat lahir 4555 gram, panjang badan 53 cm, dan lingkar kepala 35 cm. Kemudian bayi dilakukan IMD selama  $\pm$  1 jam dan perawatan bayi baru lahir seperti pemberian salep mata, memberikan injeksi vitamin K1, melakukan antropometri, pemberian imunisasi HB0 dan yang lainnya. Ny. D juga mengatakan ibu juga menggunakan KB MOW langsung setelah sesar. Ibu pulang dari RS Pratama pada tanggal 23 Desember 2022 pukul 15.00 WIB. Pemeriksaan tidak dilakukan secara langsung karena hanya menggunakan media whatsapp.

Diagnosa yang ditegakkan yaitu Ny. D Usia 36 Tahun G3P2Ab0Ah2 Usia Kehamilan 37 Minggu 1 Hari dengan Persalinan *Sectio Caesaria* (SC) a/i Makrosomia dan Riwayat Diabetes Melitus Tipe 2. Penatalaksanaan yaitu dilakukan tindakan operatif persalinan secara SC oleh dokter SpOG di Rumah Sakit Pratama, dan mengevaluasi apakah ibu sudah menggunakan alat kontrasepsi atau belum.

### 3. Nifas

- a. Pengkajian tanggal 21 Desember 2022 Jam 15.12 WIB melalui WhatsApp

Ny. D mengatakan senang atas kelahiran bayinya senang atas kelahiran bayinya, ASI-nya sudah keluar sedikit dan masih merasa nyeri pada luka jahitan sesar. Ny. D masih tiduran, ibu baru bisa miring kanan-kiri. Ny. D sudah menghabiskan makanan yang diberikan Rumah Sakit dan minum air putih serta teh hangat. Ny. D belum BAB setelah post SC dan untuk BAK ibu masih menggunakan kateter. Pemeriksaan tidak dilakukan secara langsung karena hanya menggunakan media whatsapp.

Diagnosa yang ditegakkan yaitu Ny D usia 36 tahun P3Ab0Ah3 *Post Sectio Caesarea* 7 Jam dengan riwayat diabetes melitus tipe 2. Penatalaksanaan yang diberikan yaitu KIE nyeri luka jahitan SC dan cara mempercepat pemulihan luka jahitan, pola makan, terapi obat yang diberikan dan terapi insulin sesuai dosis, tanda bahaya nifas, memberikan KIE personal hygiene.

- b. Pengkajian tanggal 24 Desember 2022 Jam 09.00 WIB melalui WhatsApp

Ny. D mengatakan tidak ada keluhan dan kondisinya baik. Produksi ASI keluar lancar, ibu memberikan ASI tiap 2 jam sekali atau on demand. Ny. D sudah bergerak dan melakukan aktivitas seperti berjalan sendiri dan melakukan aktivitas ringan lainnya. Ny. D sudah BAK dan bisa BAB sendiri, dan tidak ada masalah dalam BAB. Ny. D perdarahan nifas sudah mulai berkurang berwarna merah kecoklatan. Ny. D sudah mulai bisa merawat bayinya dengan dibantu oleh suami dan keluarga lainnya. Ny. D masih menggunakan terapi insulin untuk tetap mengontrol glukosa darah dengan dosis 3x3 unit dan sudah meminum terapi obat yang diberikan. Pemeriksaan tidak dilakukan secara langsung karena hanya menggunakan media whatsapp.

Diagnosa yang ditegakkan yaitu Ny D umur 36 tahun P3Ab0Ah3 *Post Sectio Caesarea* hari ke-3 dengan riwayat diabetes melitus tipe 2. Penatalaksanaan yang diberikan yaitu KIE nutrisi pada ibu dan bayi serta pola makan, mengurangi mengonsumsi karbohidrat di pagi hari, istirahat yang cukup, *personal hygiene* dan kontrol ulang jahitannya sesuai jadwal.

- c. Pengkajian tanggal 20 Januari 2023 Jam 12.00 WIB dengan kunjungan rumah

Ny. D mengatakan saat ini tidak ada keluhan, asi keluar lancar, dan tidak ada lecet pada puting. Saat melakukan pemeriksaan TTV dalam batas normal, TD 110/70 mmHg, N: 80x/menit, S 36,5°C. GDS 130 mg/dL, ASI keluar lancar, tidak ada bendungan ASI, tidak ada pembengkakan, tidak ada puting lecet. Pemeriksaan abdomen TFU tidak teraba, luka jahitan sesar sudah kering, dan tidak ada cairan yang merembes. Perdarahan nifas berwarna putih kekuningan, lochea alba. Ekstremitas tidak ada varices tidak ada oedem.

Diagnosa yang ditegakkan yaitu Ny D umur 36 tahun P3Ab0Ah3 Nifas hari-30 dengan riwayat diabetes melitus tipe 2. Penatalaksanaan yang diberikan yaitu *personal hygiene*, ASI Eksklusif. Pola makan, mengurangi konsumsi makanan dan minuman kandungan gula tinggi, mengingatkan terapi obat insulin, dan melibatkan anggota keluarga untuk membantu mengurus bayi. Serta melibatkan kakak dalam menjaga adiknya agar semakin dekat dengan anggota keluarga baru.

#### **4. Keluarga Berencana**

Pengkajian tanggal 24 Desember 2022 pukul 09.00 WIB melalui *WhatsApp*. Ny. D mengatakan sudah menggunakan KB MOW langsung setelah operasi sesar. Pemeriksaan tidak dilakukan secara langsung karena hanya menggunakan media whatsapp. Diagnosa yang ditegakkan yaitu Ny D umur 36 tahun P3Ab0Ah3 Akseptor KB MOW dengan riwayat Diabetes

Melitus Tipe 2. Penatalaksanaan yang diberikan yaitu tanda bahaya setelah SC dan MOW berkaitan dengan luka sayatan, dan SADARI

## 5. Bayi Baru Lahir

- a. Pengkajian tanggal 23 Desember 2022 pukul 16.35 WIB melalui *Whatsapp*

Bayi Ny. D lahir tanggal 21 Desember 2022 pukul 08.08 WIB secara SC a/i Makrosomia, lahir langsung menangis kuat, gerakan aktif, warna kemerahan, berjenis kelamin perempuan. BB: 4555 gram, PB: 53 cm, dan LK 35 cm (berdasarkan anamnesa dengan ibu). Ibu mengatakan setelah lahir, dilakukan IMD karena ibu dan bayi tidak ada masalah.

Kemudian bayi Ny D dilakukan antropometri dan asuhan bayi baru lahir meliputi sudah diberikan salep mata pada mata kanan dan mata kiri serta injeksi vitamin K 1 mg secara IM pada paha kiri serta imunisasi Hb0 pada paha kanan bayi. Ibu mengatakan bayinya saat ini kondisi baik sehat, sudah menyusui dengan baik. Catatan imunisasi yang sudah diberikan : HB0 tanggal 21/12/2022 jam 09.08 WIB.

Hasil pemeriksaan berdasarkan catatan kecil di Buku KIA dan keterangan lahir di Buku KIA tanggal 21 Desember 2022 dari surat keterangan kelahiran, diperoleh berat badan lahir 4555 gram, panjang badan 53 cm, dan lingkaran kepala 35 cm. Ny. D mengatakan Bayinya dilakukan rawat gabung setelah keluar dari ruang operasi. Selama disana bayi tidak mengalami tanda bahaya pada bayi baru lahir. Pada tanggal 24 Desember 2022 pukul 15.00 WIB, ibu dan bayi sudah diperbolehkan untuk pulang ke rumah.

Diagnosa yang ditegakkan yaitu By.Ny. D umur 7 Jam cukup bulan sesuai masa kehamilan dalam keadaan sehat. Penatalaksanaan yang dilakukan diantaranya mengevaluasi BAB dan BAK, sering menyusui bayinya agar produksi ASI meningkat dan terciptanya bounding attachment dan menjaga kehangatan bayinya.

- b. Pengkajian tanggal 24 Desember 2022 pukul 09.00 WIB melalui *Whatsapp*

Ibu mengatakan bayi dalam kondisi baik sehat, bayi menyusu dengan kuat. BAK dan BAB lancar. Menyusui (+). Ibu mengatakan bayinya tidak muntah, tidak rewel, tidak diare, gerak aktif dan tali pusat dalam kondisi bersih, tidak ada keluar darah atau nanah. Pemeriksaan tidak dilakukan secara langsung karena hanya menggunakan media *whatsapp*. Diagnosa yang ditegakkan yaitu By.Ny. D umur 3 hari cukup bulan sesuai masa kehamilan dalam keadaan sehat. Penatalaksanaan yang dilakukan diantaranya KIE menjemur bayinya dipagi hari, perawatan tali pusat, tanda bahaya bayi. ASI secara eksklusif, *personal hygiene*, dan imunisasi dasar.

- c. Pengkajian tanggal 20 Januari 2023 pukul 12.00 WIB melalui Kunjungan rumah

Ny. D mengatakan saat ini anak dalam keadaan sehat tidak ada keluhan. Pada data objektif bayi didapatkan Berat badan pada tanggal 10 Januari 2023 adalah 5608 gram. Hasil tanda-tanda vital bayi tanggal 20 Januari 2023 yaitu S: 36,5°C, FR: 120 x/ menit, RR: 40 x/menit. Pada pemeriksaan fisik tonus otot aktif, kepala normal wajah simetris tidak ikterik, Sklera tidak ikterik, conjungtiva tidak anemia, palpebra tidak edema, bentuk normal, tidak ada tanda-tanda infeksi, hidung simetris, tidak ada nafas hidung, mulut normal, tidak ada labiopallatoskisis, leher tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid, tidak ada hambatan saat menoleh, dada normal, tidak ada retraksi, tidak ada tarikan dinding dada ke dalam, Abdomen simetris, tidak ada pembengkakan, tali pusar sudah kering, tidak ada tanda-tanda infeksi, punggung tidak ada spina bifida, ekstremitas normal, jumlah jari lengkap, tidak ikterik, lubang anus (+). Rekleks : sudah Refleks mengisap dan menelan, refleks moro aktif, refleks menggenggam sudah baik jika dikagetkan, bayi akan memperlihatkan gerakan seperti memeluk (refleks moro). BAB (+) tidak cair, BAK (+)

Diagnosa yang ditegakkan yaitu By. Ny. D umur 30 hari dalam keadaan sehat. Penatalaksanaan yang diberikan yaitu KIE ASI secara eksklusif, efek samping susu formula imunisasi dasar pada bayi, dan smengajak komunikasi, ajak bayi tersenyum, dan mendengarkan musik. Serta melibatkan keluarga merawat bayinya.

Catatan akhir: ibu masih tetap menggunakan terapi obat insulin dengan dosis yang selama kehamilan 3x3 unit berubah saat setelah meahirkan dengan dosis pagi dan siang 8 unit sedangkan sore 6 unit. Ibu akan kontrol untuk diabetes melitus tipe 2 1 bulan sekali di Rumah Sakit. Sedangkan pada Bayi Ny D sudah diimunisasi BCG pada hari rabu tanggal 31 Januari 2023.

## **B. Kajian Teori**

### **1. Asuhan berkesinambungan (Continuity of Care)**

Continuity of care (COC) dalam kebidanan merupakan serangkaian kegiatan pelayanan berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, serta keluarga berencana.(11) COC yang dilakukan oleh bidan pada umumnya berorientasi untuk meningkatkan kesinambungan pelayanan dalam suatu periode. Kemenkes RI menyatakan bahwa Asuhan kebidanan berkesinambungan terdiri dari pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan, dan masa sesudah melahirkan, penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi, serta pelayanan kesehatan seksual diselenggarakan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara menyeluruh terpadu dan berkesinambungan.

COC memiliki 3 jenis pelayanan yaitu manajemen, informasi dan hubungan. Kesenambungan manajemen melibatkan komunikasi antar perempuan dan bidan. Kesenambungan informasi menyangkut ketersediaan waktu yang relevan. Kedua hal tersebut penting untuk mengatur dan memberikan pelayanan kebidanan.(11)

Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan dari bidan hampir 8 kali lipat lebih besar untuk melakukan persalinan di bidan yang

sama. Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan oleh bidan melaporkan kepuasan lebih tinggi terkait informasi, saran, penjelasan, tempat persalinan, persiapan persalinan, pilihan untuk menghilangkan rasa sakit dan pengawasan oleh bidan. Penelitian di Denmark memiliki kesamaan hasil penelitian bahwa dengan COC mendapatkan pengalaman yang membaik, mengurangi morbiditas maternal, mengurangi penggunaan intervensi pada saat persalinan termasuk operasi sesar, meningkatkan jumlah persalinan normal dibandingkan dengan perempuan yang merencanakan persalinan dengan tindakan. Hasil yang signifikan COC secara women center meliputi dukungan, partisipasi dalam pengambilan keputusan, perhatian terhadap psikologis, kebutuhan dan harapan pada saat akan melahirkan, informasi dan menghargai perempuan.(12)

## **2. Kehamilan**

### **a. Pengertian Kehamilan**

Kehamilan menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga minggu ke-27) dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40).(13)

Sedangkan ibu hamil selalu dilakukan Asuhan *Antenatal Care* pada setiap kunjungan ke fasilitas kesehatan. Asuhan *Antenatal Care* adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan.(13)

Tujuan dilakukannya Asuhan *antenatal care* pada ibu hamil sebagai berikut :(13)

- 1) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu dan bayi.
- 3) Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
- 4) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- 5) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian asi eksklusif.
- 6) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal

Standar Pelayanan Antenatal Care dalam melaksanakan pelayanan Antenatal Care, Menurut Kemenkes, 2015, ada 10 T yang harus dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan sebagai berikut :(13)

- 1) Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan,

Berikut ini merupakan tabel rekomendasi kenaikan berat badan yang direkomendasikan.

Tabel 1. Rekomendasi Peningkatan Berat Badan Ibu Hamil.

No	Kategori berat terhadap tinggi sebelum hamil		Peningkatan total yang direkomendasikan	
			Poin	Kilogram
1.	Ringan	BMI < 19,8	20-40	12,5 – 18
2.	Normal	BMI 19,8 – 26	25-35	11,5 -16
3.	Tinggi	BMI > 26 sampai 29	15-25	7 – 11,5
4.	Gemuk	BMI > 29	≥ 15	≥ 7

- 2) Pengukuran tekanan darah

Tekanan darah normal tidak lebih dari 140/90 mmHg. Jika lebih besar atau sama dengan 140/90 maka ada faktor risiko hipertensi dalam kehamilan.

3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA).

Pada ibu hamil (bumil) pengukuran LILA merupakan suatu cara untuk mendeteksi dini adanya Kurang Energi Kronis (KEK) atau kekurangan gizi. Malnutrisi pada ibu hamil mengakibatkan transfer nutrient ke janin berkurang, sehingga pertumbuhan janin terhambat dan berpotensi melahirkan bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). Kurang Energi Kronis atau KEK (ukuran LILA < 23,5 cm), yang menggambarkan kekurangan pangan dalam jangka panjang baik dalam jumlah maupun kualitasnya.

4) Pengukuran tinggi fundus uteri.

Pengukuran tinggi fundus uteri berguna untuk mengetahui pertumbuhan janin apakah sesuai dengan usia kehamilan atau tidak.

5) Pemberian imunisasi tetanus toxoid (TT)

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.

6) Pemberian tablet zat besi

Pemberian tablet zat besi 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. tablet Fe tidak bersamaan dengan teh atau kopi, karena akan mengganggu penyerapan.

7) Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ).

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

Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Denyut jantung janin  $< 120$  kali per menit atau  $> 160$  kali per menit menunjukkan ada tanda gawat janin.

8) Temu wicara

Temu wicara pasti dilakukan dalam setiap klien melakukan kunjungan. Bisa berupa anamnesa, konsultasi, dan persiapan rujukan. Anamnesa meliputi biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas, biopsikososial, dan pengetahuan klien. Memberikan konsultasi atau melakukan kerjasama penanganan

9) Test laboratorium

Menurut Permenkes nomor 97 tahun 2014, Pemeriksaan laboratorium pada saat antenatal meliputi pemeriksaan golongan darah, kadar Hemoglobin darah, protein dalam urine, kadar gula darah, darah Malaria (pada daerah endemik), tes sifilis, HIV, dan BTA (pada ibu yang dicurigai menderita tuberkulosis). Pemeriksaan laboratorium pada ANC dibagi menjadi pemeriksaan laboratorium wajib dan atas indikasi sebagai berikut:

a) Pemeriksaan rutin

(1) 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.

(2) 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.

(3) Pemeriksaan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV): Pemeriksaan HIV terutama untuk daerah dengan risiko tinggi kasus HIV dan ibu hamil yang dicurigai menderita HIV.

(4) 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.

(5) 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

b) Pemeriksaan dengan indikasi

(1) Pemeriksaan kadar gula darah (bila ada indikasi)

(2) Pemeriksaan darah malaria (untuk daerah endemis malaria)

(3) Pemeriksaan tes Sifilis (bila ada indikasi)

(4) Pemeriksaan BTA : ibu hamil yang dicurigai menderita penyakit *tuberculosis* sebagai pencegahan agar infeksi *tuberculosis* tidak mempengaruhi kesehatan janin.

(5) Pemeriksaan protein dalam urin (Bila ada indikasi) .

10) Tatalaksana kasus.

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

#### **b. Pembagian Usia Kehamilan**

Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, di mana trimester ke-satu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40).(13)

##### 1) Kehamilan triwulan pertama (usia kehamilan 0-12 minggu)

Triwulan pertama usia kehamilan dimulai saat terjadi pembuahan sperma terhadap sel telur sampai dengan usia kehamilan 12 minggu dalam triwulan pertama ini alat – alat tubuh mulai dibentuk.

##### 2) Kehamilan triwulan kedua (usia kehamilan 12 – 28 minggu)

Triwulan kedua dimulai usia kehamilan 12 – 28 minggu. Dalam triwulan kedua ini, alat-alat tubuh telah dibentuk tetapi belum sempurna. Bila hasil konsepsi dapat dikeluarkan dari kavum uteri pada kehamilan dibawah 20 minggu disebut abortus.

##### 3) Kehamilan triwulan ketiga (usia kehamilan 28 – 40 minggu)

Triwulan ketiga atau triwulan terakhir adalah sejak kehamilan berusia 28 minggu sampai 40 minggu.

#### **a. Perubahan Fisiologi dan Psikologi pada Wanita Hamil**

##### 1) Perubahan Fisiologi Pada Wanita Hamil(14)

###### a) Sistem Reproduksi

Uterus akan membesar pada bulan-bulan pertama dibawah pengaruh estrogen dan progesteron yang kadarnya meningkat. Berat uterus itu normal lebih kurang 30 gram. Pada akhir kehamilan (40 minggu), berat uterus itu menjadi 1.000 gram. Perubahan uterus adalah sebagai berikut: pada minggu ke-16 dari luar fundus uteri kira-kira terletak diantara setengah jarak pusat ke simfisis, pada minggu ke-20 fundus uteri terletak kira-kira dipinggir bawah pusat, pada minggu ke-24

fundus uteri berada tepat dipinggir atas pusat, pada minggu ke-28 fundus uteri terletak kira-kira 3 jari diatas pusat atau sepertiga jarak antara pusat ke prosessus xifodeus, pada minggu ke-39 fundus uteri terletak diantara setengah jarak pusat dari prosessus xifodeus, pada minggu ke-36 fundus uteri terletak kira-kira 3 jari dibawah prosessus xifodeus, pada minggu ke-40 fundus uteri turun kembali.

b) Sistem Darah

Volume darah semakin meningkat dimana jumlah serum darah lebih banyak dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi semacam pengenceran darah (hemodilusi) dengan puncaknya pada umur hamil 32 minggu. Serum darah (volume darah) bertambah sebesar 25% sampai 30% sedangkan sel darah bertambah sekitar 20%.

c) Sistem Pernapasan

Pada kehamilan terjadi juga perubahan sistem respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan oksigen (O<sub>2</sub>). Disamping itu juga terjadi desakan diafragma, karena dorongan rahim yang membesar pada umur kehamilan 32 minggu.

d) Sistem Pencernaan

Karena pengaruh estrogen pengeluaran asam lambung meningkat, dapat menyebabkan terjadinya mual dan sakit atau pusing kepala pada pagi hari, yang disebut morning sickness, muntah yang disebut emesis gravidarum, sedangkan muntah yang berlebihan sehingga mengganggu kehidupan sehari-hari disebut hiperemesis, progesteron juga menimbulkan gerak usus makin berkurang dan dapat menyebabkan konstipasi.

e) Perubahan pada Kulit

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh melanophone stimulating hormone lobus anterior dan pengaruh kelenjar supranalis

hiperpigmentasi ini terjadi pada striae gravidarum livide atau alba, aerola papilla mammae, pada pipi (Cloasma gravidarum).(14)

## 2) Perubahan Psikologi pada Kehamilan

Selama hamil kebanyakan wanita mengalami perubahan psikologis dan emosional. Seringkali kita mendengar seorang wanita mengatakan betapa bahagianya dia karena akan menjadi seorang ibu dan bahwa dia sudah memilihkan sebuah nama untuk bayi yang akan dilahirkannya. Namun tidak jarang ada wanita yang merasa khawatir kalau terjadi masalah dalam kehamilannya khawatir kalau ada kemungkinan dia kehilangan kecantikannya atau bahwa ada kemungkinan bayinya tidak normal. Sebagai seorang bidan harus menyadari adanya perubahan perubahan tersebut pada wanita hamil agar dapat memberikan dukungan dan memperhatikan keprihatinan, kekhawatiran, ketakutan dan pertanyaan-pertanyaan(15)

### a) Trimester Pertama

Segera setelah konsepsi kadar hormon progesteron dan estrogen dalam tubuh akan meningkat dan ini menyebabkan timbulnya mual dan muntah pada pagi hari, lemah, lelah dan membesarnya payudara. Ibu merasa tidak sehat dan sering kali membenci kehamilannya. Banyak ibu yang merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan dan kesedihan. Seringkali, biasanya pada awal kehamilannya ibu berharap tidak hamil.(14)

Pada trimester pertama seorang ibu akan selalu mencari tanda-tanda untuk lebih meyakinkan bahwa dirinya memang hamil. Setiap perubahan yang terjadi pada tubuhnya akan selalu diperhatikan dengan seksama. Karena perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang

mungkin diberitahukannya kepada orang lain atau dirahasiakannya.(14)

b) Trimester Kedua

Trimester II ini sering disebut sebagai periode pancaran kesehatan karena pada saat ini ibu merasa lebih sehat. Trimester kedua biasanya adalah saat ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang lebih tinggi dan rasa tidak nyaman karena hamil sudah berkurang. Pada tahap ini, Ibu menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energi dan pikirannya secara lebih konstruktif. Pada trimester ini pula ibu dapat merasakan gerakan bayinya.(14)

Banyak ibu yang merasa terlepas dari rasa kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti yang dirasakannya pada trimester pertama dan merasakan meningkatnya libido. Ibu merasa lebih stabil, kesanggupan mengatur diri lebih baik, kondisi atau keadaan ibu lebih menyenangkan, ibu mulai terbiasa dengan perubahan fisik tubuhnya. Ibu sudah mulai menerima dan mengerti tentang kehamilannya. Pada kehamilan minggu ke 15-22 ibu hamil akan mulai merasakan gerakan bayi yang awalnya akan terasa seperti kibasan tetapi di akhir trimester II akan benar-benar merasakan pergerakan bayi. Pada ibu yang baru pertama kali sering tidak dapat mengenali gerakan bayinya sampai minggu ke 19-22. Pada saat ibu sudah merasakan gerakan bayinya, ibu menyadari bahwa didalam dirinya ada individu lain sehingga ibu lebih memperhatikan kesehatan bayinya.(14)

c) Trimester Ketiga

Trimester ketiga seringkali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Kadang-kadang ibu merasa

khawatir atau bahwa bayinya akan lahir sewaktu-waktu atau bayi yang akan dilahirkannya tidak normal. Seorang ibu mungkin mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu melahirkan.(14)

Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu yang merasa dirinya aneh, jelek dan tidak menarik. Disamping itu, ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil. Pada trimester inilah ibu sangat memerlukan dukungan dari suami, keluarga dan bidan. Pada trimester ketiga perempuan tersebut akan mendapati dirinya sebagai calon ibu dan mulai menyiapkan dirinya untuk hidup bersama bayinya dan membangun hubungan dengan bayinya.(13)

Adanya kegembiraan emosi karena kelahiran bayi. Sekitar bulan ke-8 mungkin terdapat periode tidak semangat dan depresi, ketika bayi membesar dan ketidaknyamanan bertambah. Calon ibu mudah lelah dan menunggu dampaknya terlalau lama. Sekitar 2 minggu sebelum melahirkan, sebagian besar wanita mulai mengalami perasaan senang. Mereka mungkin mengatakan “saya merasa lebih baik saat ini ketimbang sebulan yang lalu”. Kecuali bila berkembang masalah fisik, kegembiraan ini terbawa sampai proses persalinan, suatu periode dengan stress yang tinggi. Reaksi calon ibu terhadap persalinan ini secara umum tergantung pada persiapan dan persepsinya terhadap kejadian ini. Perasaan sangat gembira yang dialami ibu seminggu sebelum persalinan mencapai klimaksnya sekitar 24 jam sebelum persalinan.(13)

**b. Ketidaknyamanan Pada Kehamilan(13)**

1) Ketidaknyamanan ibu hamil trimester I

a) Mual muntah pada pagi hari

Mual kadang-kadang sampai muntah yang terjadi pada ibu hamil biasanya terjadi pada pagi hari sehingga disebut morning sickness meskipun bisa juga terjadi pada siang atau sore hari. Mual muntah ini lebih sering terjadi pada saat lambung dalam keadaan kosong sehingga lebih sering terjadi pada pagi hari. Upaya yang dilakukan untuk meringankan atau mencegah dengan melakukan beberapa hal, pada pagi hari sebelum bangun dari tempat tidur, makan biskuit atau crackers dan minum segelas air. Ibu hamil juga harus menghindari makanan pedas dan berbau tajam.

b) Sering BAK

Ketidaknyamanan ini disebabkan oleh uterus yang membesar sehingga menekan kandung kemih, ekskresi sodium (natrium) yang meningkat, perubahan fisiologis ginjal sehingga produksi urine meningkat. Cara meringankan atau mencegah, upayakan untuk tidak menahan BAK, kosongkan kandung kencing pada saat terasa ingin BAK. Perbanyak minum pada siang hari untuk menjaga keseimbangan hidrasi.

c) Pica atau ngidam

Pica atau ngidam sering terjadi pada ibu hamil trimester I tetapi bisa juga dialami oleh ibu hamil sampai akhir kehamilan. Ibu hamil sering menginginkan makanan yang aneh-aneh, misalnya yang asam-asam, pedas-pedas. Mengidam berkaitan dengan persepsi atau anggapan individu wanita hamil tentang sesuatu yang menurutnya bisa mengurangi rasa mual dan muntah. Jadi keinginan ibu hamil yang satu dengan yang lain bisa berbeda-beda. Pada ibu hamil indra pengecap menjadi lebih tumpul atau kurang perasa sehingga selalu mencari-cari makanan yang merangsang.

d) Kelelahan atau fatigue

Ibu hamil seringkali merasakan cepat lelah sehingga kadang-kadang mengganggu aktivitas sehari-hari. Kelelahan sering terjadi pada ibu hamil trimester I, penyebab yang pasti sampai saat ini belum diketahui. Diduga hal ini berkaitan dengan faktor metabolisme yang rata-rata menurun pada ibu hamil. Sangat dianjurkan makan makanan yang seimbang, tidur dan istirahat yang cukup, lakukan tidur siang.

e) Keputihan/leukorrea

Ibu hamil sering mengeluh mengeluarkan lendir dari vagina yang lebih banyak sehingga membuat perasaan tidak nyaman karena celana dalam sering menjadi basah sehingga harus sering ganti celana dalam. Kejadian keputihan ini bisa terjadi pada ibu hamil trimester pertama, kedua maupun ketiga. Penyebab utama adalah meningkatnya kadar hormon estrogen pada ibu hamil trimester I dapat menimbulkan produksi lendir servix meningkat. Pada ibu hamil terjadi hiperplasia pada mukosa vagina.

f) Keringat bertambah

Ibu hamil seringkali mengeluh kepanasan, mengeluarkan keringat yang banyak hal ini disebabkan oleh perubahan hormone pada kehamilan sehingga meningkatkan aktivitas kelenjar keringat, keluhan ini juga disebabkan oleh penambahan berat badan dan meningkatnya metabolisme pada ibu hamil.

g) Palpitasi

Palpitasi atau rasa berdebar-debar sering dirasakan oleh ibu hamil pada awal kehamilan. Pada ibu hamil terjadi peningkatan kerja jantung karena jantung mempunyai 50% darah tambahan yang harus dipompakan melalui aorta setiap menit. Peningkatan curah jantung ini mencapai puncaknya

pada akhir trimester II dan menurun kembali seperti sebelum hamil beberapa minggu sebelum melahirkan. Faktor yang menjadi penyebab adalah, terjadinya peningkatan curah jantung pada ibu hamil, dan adanya gangguan pada sistem syaraf simpati.

h) Ptyalism (air ludah/saliva berlebihan)

Ibu hamil sering merasakan saliva keluar lebih banyak dari biasa, hal ini kadang-kadang dapat menimbulkan rasa mual sehingga ibu hamil merasa tidak nyaman. Beberapa faktor yang dapat sebagai penyebab adalah keasaman mulut atau meningkatnya asupan pati sehingga menstimulasi (merangsang) kelenjar saliva (kelenjar ludah) untuk meningkatkan sekresi.

i) Gatal dan kaku pada jari

Gatal-gatal dapat terjadi pada ibu hamil sepanjang kehamilan artinya bisa terjadi pada kehamilan trimester I, trimester II maupun trimester III. Penyebab gatal – gatal ini belum diketahui secara pasti, kemungkinan penyebabnya adalah hypersensitive terhadap antigen placenta. Perubahan gaya berat yang disebabkan karena pembesaran rahim membuat berubahnya postur wanita dimana posisi bahu dan kepala lebih ke belakang. Hal ini untuk menyeimbangkan lengkungan punggung dan berat tubuh yang cenderung condong ke depan. Hal ini dapat menekan syaraf di lengan sehingga mengakibatkan rasa gatal dan kaku pada jari.

2) Ketidaknyamanan ibu hamil trimester II dan III

a) Edema

Kadang-kadang kita temui edema pada ibu hamil trimester II. Edema ini biasa terjadi pada kehamilan trimester II dan III. Ketidaknyamanan ini dapat disebabkan karena pembesaran uterus pada ibu hamil mengakibatkan tekanan pada vena pelvik

sehingga menimbulkan gangguan sirkulasi hal ini terjadi terutama pada waktu ibu hamil duduk atau berdiri dalam waktu yang lama. Tekanan pada vena cava inferior pada saat ibu berbaring terlentang, kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, kadar sodium (Natrium) meningkat karena pengaruh dari hormonal yang mana natrium bersifat retensi cairan, serta dapat juga disebabkan karena pakaian yang terlalu ketat.

b) Haemorroid

Haemorroid biasa disebut wasir biasa terjadi pada ibu hamil trimester II dan trimester III. Beberapa faktor yang dapat menyebabkannya adalah konstipasi, progesteron menyebabkan peristaltik usus lambat, vena haemorroid tertekan karena pembesaran uterus.

c) Nafas sesak

Sesak nafas ini biasanya mulai terjadi pada awal trimester II sampai pada akhir kehamilan. Ibu hamil dapat terserang nafas sesak oleh karena pembesaran uterus dan pergeseran organ-organ abdomen. Pembesaran uterus membuat pergeseran diafragma naik sekitar 4 cm. Ada kalanya terjadi peningkatan hormon progesterone membuat hyperventilasi.

d) Nyeri ulu hati (heart burn)

Nyeri ulu hati biasanya mulai terasa pada kehamilan trimester II dan semakin bertambah umur kehamilan biasanya semakin bertambah pula nyeri ulu hati. Hal ini dapat terjadi karena produksi progesterone yang meningkat, pergeseran lambung karena pembesaran uterus, dan apendiks bergeser kearah lateral dan keatas sehingga menimbulkan refluks lambung yang dapat mengakibatkan rasa nyeri pada ulu hati.

e) Perut kembung

Tidak jarang ibu hamil mengeluh perut terasa kembung, hal ini sering terjadi pada kehamilan trimester kedua dan ketiga.

Faktor penyebabnya adalah peningkatan hormon progesterone membuat motilitas usus turun sehingga pengosongan usus lambat, serta uterus yang membesar menekan usus besar.

f) Sakit punggung

Sakit punggung pada ibu hamil terjadi pada ibu hamil trimester II dan III. Faktor penyebabnya yaitu pembesaran payudara dapat berakibat ketegangan otot, keletihan, posisi tubuh membungkuk ketika mengangkat barang, kadar hormon yang meningkat menyebabkan cartilage pada sendi besar menjadi lembek, dan posisi tulang belakang hiperlordosis.

g) Varises pada kaki dan vulva

Varises pada kaki menyebabkan perasaan tidak nyaman pada ibu hamil, biasa terjadi pada kehamilan trimester II dan Trimester III. Faktor penyebabnya cenderung karena bawaan keluarga, peningkatan hormon estrogen berakibat jaringan elastic menjadi rapuh, serta jumlah darah pada vena bagian bawah yang meningkat.

h) Konstipasi atau sembelit

Konstipasi adalah BAB keras atau susah BAB biasa terjadi pada ibu hamil trimester II dan III. Faktor penyebabnya yaitu peristaltik usus lambat disebabkan meningkatnya hormon progesterone, motilitas usus besar lambat sehingga menyebabkan penyerapan air pada usus meningkat, suplemen zat besi, serta tekanan uterus yang membesar pada usus.

i) Kram pada kaki

Kram pada kaki biasanya timbul pada ibu hamil mulai kehamilan 24 minggu. Kram ini dirasakan oleh ibu hamil sangat sakit. Kadang-kadang masih terjadi pada saat persalinan sehingga sangat mengganggu ibu dalam proses persalinan. Penyebab pasti belum jelas, namun ada beberapa kemungkinan

penyebab diantaranya adalah kadar kalsium dalam darah rendah, uterus membesar sehingga menekan pembuluh darah pelvic, keletihan, serta sirkulasi darah ke tungkai bagian bawah kurang

**c. Tanda Bahaya Pada Kehamilan**

Tanda dan gejala penyimpangan dari keadaan normal kehamilan adalah tanda gejala yang menunjukkan adanya keadaan yang tidak normal dari ibu atau janin yang dikandung yang mengindikasikan adanya bahaya dan terwujud dalam respon anatomis maupun fisiologis.(16) Karena itu, tiap ibu hamil, keluarga dan masyarakat perlu mengetahui, mengenali dan mengidentifikasi gejala penyimpangan yang terjadi pada setiap kehamilan. Beberapa tanda bahaya yang dapat terjadi selama kehamilan antara lain :(16)

- 1) Ibu hamil mengalami perdarahan atau mengeluarkan bercak darah terus menerus dari jalan lahir, baik itu pada usia kehamilan muda atau tua.
- 2) Bengkak di kaki, tangan, atau wajah disertai sakit kepala atau bahkan kejang-kejang.
- 3) Demam atau panas tinggi (suhu melebihi 37,5°C)
- 4) Nyeri pada perut bagian bawah.
- 5) Air ketuban keluar sebelum waktunya, sehingga dapat memicu terjadinya infeksi pada janin.
- 6) Gerakan bayi dalam kandungan berkurang atau tidak bergerak, sama
- 7) sekali (seorang ibu hamil bisa merasakan gerakan janin kurang lebih 10 kali dalam 24 jam).
- 9) Ibu hamil muntah terus menerus dan tidak bisa makan sama sekali

**d. Kebutuhan Ibu Hamil(13)**

- 1) Kebutuhan Oksigen
- 2) Kebutuhan Nutrisi

- 3) Personal Hygiene (Mandi, Perawatan vulva dan vagina, perawatan gigi, perawatan kuku dan perawatan rambut)
- 4) Pakaian
- 5) Eliminasi (BAK dan BAB)
- 6) Seksual
- 7) Mobilisasi dan Body Mekanik
- 8) Exercise/ Senam Hamil
- 9) Istirahat/Tidur
- 10) Imunisasi (TT)

### **3. Konsep Kehamilan Risiko Tinggi**

Kehamilan risiko tinggi merupakan kehamilan dengan adanya kondisi yang dapat menambah risiko terjadinya kelainan atau ancaman bahaya pada janin. Pada kehamilan risiko tinggi terdapat tindakan khusus terhadap ibu dan janin. Kesehatan atau bahkan kehidupan ibu dan janin menjadi terancam akibat adanya gangguan kehamilan

Terdapat beberapa faktor risiko pada kehamilan yang merupakan penyebab tidak langsung kematian pada ibu, yaitu empat terlalu; terlalu tua, terlalu muda, terlalu sering dan terlalu banyak. Selain itu terdapat kondisi-kondisi yang menyebabkan ibu hamil tergolong sebagai kehamilan risiko tinggi, yaitu; ibu hamil dengan anemia dan malnutrisi, ibu hamil dengan penyakit penyerta, adanya riwayat buruk pada kehamilan dan persalinan yang lalu, ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm, dan kehamilan yang tidak dikehendaki. Hal lain yang perlu diperhatikan pada setiap ibu hamil adalah ada dan tidaknya tanda bahaya kehamilan.(17)

Tanda bahaya kehamilan adalah tanda-tanda yang mengindikasikan adanya bahaya yang dapat terjadi selama kehamilan/ periode antenatal, yang apabila tidak dilaporkan atau tidak terdeteksi bisa menyebabkan kematian ibu. Tanda bahaya kehamilan merupakan suatu kehamilan yang memiliki suatu tanda bahaya atau risiko lebih besar dari biasanya (baik

bagi ibu maupun bayinya), akan terjadinya penyakit atau kematian sebelum maupun sesudah persalinan.

Pada umumnya 80-90 % kehamilan akan berlangsung normal dan hanya 10-12 % kehamilan yang disertai dengan penyulit atau berkembang menjadi kehamilan patologis. Hal ini perlu dicermati dan dikenali tandatandanya sehingga dapat meminimalisir kegawatdaruratan kehamilan dan persalinan. Sebagai bidan, perlu untuk mengenal tanda bahaya dalam kehamilan agar risiko tinggi kehamilan dapat segera tertangani. Berikut ini tanda awal bahaya kehamilan yang perlu bidan dan ibu hamil kenali agar ibu hamil segera mendapatkan intervensi lanjut:

- a. Muntah terus dan tak mau makan
- b. Demam tinggi
- c. Bengkak kaki, tangan dan wajah atau sakit kepala disertai kejang
- d. Gerakan janin mulai bekurang dibandingkan sebelumnya
- e. Terjadi perdarahan pada hamil muda dan hamil tua
- f. Air ketuban keluar sebelum waktunya

Kehamilan risiko tinggi mendapatkan intervensi persalinan yang berbeda dengan kehamilan risiko rendah. Hal ini pula dapat memicu peningkatan kecemasan pada ibu maupun keluarga terhadap kondisi ibu, janin atau faktor biaya persalinan. Kehamilan risiko tinggi berisiko mengalami kelahiran bayi prematur (<37 minggu).

Selain kelahiran prematur, kehamilan kembar juga merupakan salah satu indikator kehamilan risiko tinggi. Kehamilan kembar mempunyai risiko 3 kali lebih besar untuk menderita cerebral palsy dibandingkan dengan kelahiran tunggal. Komplikasi dari hipertensi kronik juga berisiko mengakibatkan 8-15% terjadinya fetal growth restriction (IUGR), 12-34% berisiko terjadinya prematur, 2 kali lebih berisiko mengalami placenta abruption dan kematian perinatal. Ibu juga 2-4 kali berisiko mengalami komplikasi lainnya yang diakibatkan hipertensi kronik.

Kehamilan dengan usia lanjut, secara umum seorang ibu dapat dikatakan berusia lanjut bila berusia lebih dari 35 tahun selama

persalinan.(18) meskipun begitu ibu yang hamil di usia subur tidak dapat dikatakan terbebas dari risiko, ibu hamil yang berusia tua biasanya mengakibatkan dampak yang buruk bagi neonatal maupun bagi sang ibu.(18,19)

Kesuburan wanita secara bertahap akan menurun, pada usia 32 tahun kualitas dan kuantitas oocyte mulai menurun. Risiko dari kehamilan usia lanjut pada masa kehamilan awal antara lain terjadinya kehamilan ektopik, abortus, kelainan kromosom pada janin. Ibu yang hamil diusia lanjut berisiko mengalami hipertensi, pregestasional dan gestasional diabetes, plasenta previa, berat bayi lahir rendah, kelahiran preterm, lahir dengan metode sesar. Risiko setelah melahirkan antara lain terjadinya postpartum hemoroid, thrombosis, dan hysterectomi.(20)

#### **4. Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)**

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) adalah kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal berbasis keluarga untuk menemukan faktor risiko ibu hamil, yang selanjutnya mempermudah pengenalan kondisi untuk mencegah terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan. KSPR disusun dengan format kombinasi antara checklist dari kondisi ibu hamil/faktor risiko dengan sistem skor. Kartu skor ini dikembangkan sebagai suatu teknologi sederhana, mudah, dapat diterima dan cepat digunakan oleh tenaga non profesional. Fungsi dari KSPR adalah :(17)

- a. Melakukan skrining deteksi dini ibu hamil risiko tinggi.
- b. Memantau kondisi ibu dan janin selama kehamilan.
- c. Memberi pedoman penyuluhan untuk persalinan aman berencana (Komunikasi Informasi Edukasi/KIE).
- d. Mencatat dan melaporkan keadaan kehamilan, persalinan, nifas.
- e. Validasi data mengenai perawatan ibu selama kehamilan, persalinan, nifas dengan kondisi ibu dan bayinya.
- f. Audit Maternal Perinatal (AMP)

Sistem skor memudahkan pengedukasian mengenai berat ringannya faktor risiko kepada ibu hamil, suami, maupun keluarga. Skor dengan nilai 2,4, dan 8 merupakan bobot risiko dari tiap faktor risiko. Sedangkan jumlah skor setiap kontak merupakan perkiraan besar risiko persalinan dengan perencanaan pencegahan. Kelompok risiko dibagi menjadi 3 yaitu: (17)

a. Kehamilan Risiko Rendah (KRR) : Skor 2(hijau)

Kehamilan tanpa masalah / faktor risiko, fisiologis dan kemungkinan besar diikuti oleh persalinan normal dengan ibu dan bayi hidup sehat.

b. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) : Skor 6-10 (kuning)

Kehamilan dengan satu atau lebih faktor risiko, baik dari pihak ibu maupun janinnya yang memberi dampak kurang menguntungkan baik bagi ibu maupun janinnya, memiliki risiko kegawatan tetapi tidak darurat.

c. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) : Skor  $\geq 12$  (merah)

Terdapat 20 faktor risiko yang dibagi menjadi 3 kelompok faktor risiko pada penilaian KSPR : (17)

a. Kelompok Faktor Risiko I (Ada Potensi Gawat Obstetrik)

- 1) Primi muda : terlalu muda, hamil pertama usia  $\leq 16$  tahun atau kurang
- 2) Primi Tua : terlalu tua, hamil usia  $\geq 35$  tahun
- 3) Primi Tua Sekunder : jarak anak terkecil  $>10$  tahun
- 4) Anak terkecil  $< 2$  tahun : terlalu cepat memiliki anak lagi
- 5) Grande multi : terlalu banyak memiliki anak, anak  $\geq 4$
- 6) Umur ibu  $\geq 35$  tahun : terlalu tuaTinggi badan  $\leq 145$  cm : terlalu pendek, belum pernah melahirkan normal dengan bayi cukup bulan dan hidup, curiga panggul sempit
- 7) Pernah gagal kehamilan
- 8) Persalinan yang lalu dengan tindakan
- 9) Bekas operasi sesar

b. Kelompok Faktor Risiko II

- 1) Penyakit ibu : anemia, malaria, TBC paru, payah jantung, dan penyakit lain.
  - 2) Preeklampsia ringan
  - 3) Hamil kembar
  - 4) Hidramnion : air ketuban terlalu banyak
  - 5) IUFD (Intra Uterine Fetal Death) : bayi mati dalam kandungan
  - 6) Hamil serotinus : hamil lebih bulan ( $\geq 42$  minggu belum melahirkan)
  - 7) Letak sungsang
  - 8) Letak lintang
- c. Kelompok Faktor Risiko III
- 1) Perdarahan Antepartum : dapat berupa solusio plasenta, plasenta previa, atau vasa previa
  - 2) Preeklampsia berat/eklampsia

## 5. Diabetes Melitus

### a. Pengertian

Diabetes berasal dari istilah Yunani yaitu artinya pancuran atau curahan, sedangkan mellitus atau melitus artinya gula atau madu. Dengan demikian secara bahasa, diabetes melitus adalah cairan dari tubuh yang banyak mengandung gula, yang dimaksud dalam hal ini adalah air kencing. Dengan demikian, diabetes melitus secara umum adalah suatu keadaan yakni tubuh tidak dapat menghasilkan hormone insulin sesuai kebutuhan atau tubuh tidak dapat memanfaatkan secara optimal insulin yang dihasilkan. Dalam hal ini terjadi lonjakan gula dalam darah melebihi normal(21)

Selain pengertian diatas diabetes melitus merupakan penyakit metabolik yang terjadi oleh interaksi berbagai faktor: genetik, imunologik, lingkungan dan gaya hidup.(22) Menurut American Diabetes Association (ADA) diabetes sangatlah kompleks dan penyakit kronik yang perlu perawatan medis secara berlanjut dengan

strategi pengontrolan indeks glikemik berdasarkan multifaktor resiko.(23)

**b. Gejala Diabetes Melitus(24)**

- a. Poliuri (banyak kencing) Poliuri merupakan gejala awal diabetes yang terjadi apabila kadar gula darah sampai di atas 160-180 mg/dl. Kadar glukosa darah yang tinggi akan dikeluarkan melalui air kemih, jika semakin tinggi kadar glukosa darah maka ginjal menghasilkan air kemih dalam jumlah yang banyak. Akibatnya penderita diabetes sering berkemih dalam jumlah banyak.
- b. Polidipsi (banyak minum) Polidipsi terjadi karena urin yang dikeluarkan banyak, maka penderita akan merasa haus yang berlebihan sehingga banyak minum.
- c. Polifagi (banyak makan) Polifagi terjadi karena berkurangnya kemampuan insulin mengelola kadar gula dalam darah sehingga penderita merasakan lapar yang berlebihan.
- d. Penurunan Berat Badan Penurunan berat badan terjadi karena tubuh memecah cadangan energi lain dalam tubuh seperti lemak.

**c. Klasifikasi Diabetes Melitus**

Klasifikasi etiologis diabetes menurut American Diabetes Association 2018 dibagi dalam 4 jenis yaitu :(25)

**a. Diabetes Melitus Tipe 1**

DM tipe 1 terjadi karena adanya destruksi sel beta pankreas karena sebab autoimun. Pada DM tipe ini terdapat sedikit atau tidak sama sekali sekresi insulin dapat ditentukan dengan level protein c-peptida yang jumlahnya sedikit atau tidak terdeteksi sama sekali. Manifestasi klinik pertama dari penyakit ini adalah ketoasidosis.(26)

Faktor penyebab terjadinya DM Tipe I adalah infeksi virus atau rusaknya sistem kekebalan tubuh yang disebabkan karena reaksi autoimun yang merusak sel-sel penghasil insulin yaitu sel  $\beta$  pada pankreas, secara menyeluruh. Oleh sebab itu, pada tipe I,

pankreas tidak dapat memproduksi insulin. Penderita DM untuk bertahan hidup harus diberikan insulin dengan cara disuntikan pada area tubuh penderita. Apabila insulin tidak diberikan maka penderita akan tidak sadarkan diri, disebut juga dengan koma ketoasidosis atau koma *diabetic*.(27)

**b. Diabetes Melitus Tipe 2**

Pada penderita DM tipe ini terjadi hiperinsulinemia tetapi insulin tidak bisa membawa glukosa masuk ke dalam jaringan karena terjadi resistensi insulin yang merupakan turunnya kemampuan insulin untuk merangsang pengambilan glukosa oleh jaringan perifer dan untuk menghambat produksi glukosa oleh hati. Oleh karena terjadinya resistensi insulin (reseptor insulin sudah tidak aktif karena dianggap kadarnya masih tinggi dalam darah) akan mengakibatkan defisiensi relatif insulin. Hal tersebut dapat mengakibatkan berkurangnya sekresi insulin pada adanya glukosa bersama bahan sekresi insulin lain sehingga sel beta pankreas akan mengalami desensitisasi terhadap adanya glukosa.(24)

Diabetes mellitus tipe II disebabkan oleh kegagalan relatif sel  $\beta$  pankreas dan resisten insulin. Resistensi insulin adalah turunnya kemampuan insulin untuk merangsang pengambilan glukosa oleh jaringan perifer dan untuk menghambat produksi glukosa oleh hati. Sel  $\beta$  pankreas tidak mampu mengimbangi resistensi insulin ini sepenuhnya, artinya terjadi defisiensi relatif insulin. Ketidakmampuan ini terlihat dari berkurangnya sekresi insulin pada rangsangan glukosa, maupun pada rangsangan glukosa bersama bahan perangsang sekresi insulin lain.(28)

Gejala pada DM tipe ini secara perlahan-lahan bahkan asimtomatik. Dengan pola hidup sehat, yaitu mengonsumsi makanan bergizi seimbang dan olah raga secara teratur biasanya penderita brangsur pulih. Penderita juga harus mampu

mempertahankan berat badan yang normal. Namun pada penderita stadium akhir kemungkinan akan diberikan suntik insulin.(29)

**c. Diabetes Melitus Tipe Lain**

DM tipe ini terjadi akibat penyakit gangguan metabolik yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa darah akibat faktor genetik fungsi sel beta, defek genetik kerja insulin, penyakit eksokrin pankreas, penyakit metabolik endokrin lain, iatrogenik, infeksi virus, penyakit autoimun dan sindrom genetik lain yang berkaitan dengan penyakit DM.17 Diabetes tipe ini dapat dipicu oleh obat atau bahan kimia (seperti dalam pengobatan HIV/AIDS atau setelah transplantasi organ).(29)

**d. Diabetes Melitus Gestasional**

DM tipe ini terjadi selama masa kehamilan, dimana intoleransi glukosa didapati pertama kali pada masa kehamilan, biasanya pada trimester kedua dan ketiga. DM gestasional berhubungan dengan meningkatnya komplikasi perinatal. Penderita DM gestasional memiliki risiko lebih besar untuk menderita DM yang menetap dalam jangka waktu 5-10 tahun setelah melahirkan

**6. Diabetes Melitus Tipe 2**

**a. Pengertian Diabetes Melitus Tipe 2**

Diabetes mellitus adalah gangguan metabolisme yang secara genetik dan klinis termasuk heterogen dengan manifestasi berupa hilangnya toleransi karbohidrat, jika telah berkembang penuh secara klinis maka diabetes mellitus ditandai dengan hiperglikemia puasa dan postprandial, aterosklerosis dan penyakit vaskular mikroangiopati.(30)

Diabetes Mellitus Tipe 2 merupakan penyakit hiperglikemi akibat insensivitas sel terhadap insulin. Kadar insulin mungkin sedikit menurun atau berada dalam rentang normal. Karena insulin tetap

dihasilkan oleh sel-sel beta pankreas, maka diabetes mellitus tipe II dianggap sebagai non insulin dependent diabetes mellitus. (30)

Diabetes Mellitus Tipe 2 adalah penyakit gangguan metabolik yang di tandai oleh kenaikan gula darah akibat penurunan sekresi insulin oleh sel beta pankreas dan atau gangguan fungsi insulin (resistensi insulin).(30)

**b. Patogenesis**

Diabetes melitus merupakan penyakit yang disebabkan oleh adanya kekurangan insulin secara relatif maupun absolut. Defisiensi insulin dapat terjadi melalui 3 jalan, yaitu:

- a. Rusaknya sel-sel B pankreas karena pengaruh dari luar (virus,zat kimia,dll)
- b. Desensitasi atau penurunan reseptor glukosa pada kelenjar pankreas
- c. Desensitasi atau kerusakan reseptor insulin di jaringan perifer.  
(30)

**c. Patofisiologi**

Dalam patofisiologi DM tipe 2 terdapat beberapa keadaan yang berperan yaitu :

- 1) Resistensi insulin
- 2) Disfungsi sel B pancreas

Diabetes melitus tipe 2 bukan disebabkan oleh kurangnya sekresi insulin, namun karena sel-sel sasaran insulin gagal atau tidak mampu merespon insulin secara normal .Keadaan ini lazim disebut sebagai “resistensi insulin”. Resistensi insulin banyak terjadi akibat dari obesitas dan kurangnya aktivitas fisik serta penuaan. Pada penderita diabetes melitus tipe 2 dapat juga terjadi produksi glukosa hepatic yang berlebihan namun tidak terjadi pengrusakan sel-sel B langerhans secara autoimun seperti diabetes melitus tipe 2. Defisiensi fungsi insulin pada penderita diabetes melitus tipe 2 hanya bersifat relatif dan tidak absolut.(30)

Pada awal perkembangan diabetes melitus tipe 2, sel B menunjukkan gangguan pada sekresi insulin fase pertama, artinya sekresi insulin gagal mengkompensasi resistensi insulin. Apabila tidak ditangani dengan baik, pada perkembangan selanjutnya akan terjadi kerusakan sel-sel B pankreas. Kerusakan sel-sel B pankreas akan terjadi secara progresif seringkali akan menyebabkan defisiensi insulin, sehingga akhirnya penderita memerlukan insulin eksogen. Pada penderita diabetes melitus tipe 2 memang umumnya ditemukan kedua faktor tersebut, yaitu resistensi insulin dan defisiensi insulin.(30)

#### d. Faktor resiko

Peningkatan jumlah penderita DM yang sebagian besar DM tipe 2, berkaitan dengan beberapa faktor yaitu faktor risiko yang tidak dapat diubah, faktor risiko yang dapat diubah dan faktor lain. Menurut American Diabetes Association (ADA) bahwa DM berkaitan dengan faktor risiko yang tidak dapat diubah meliputi riwayat keluarga dengan DM (first degree relative), umur  $\geq 45$  tahun, etnik, riwayat melahirkan bayi dengan berat badan lahir bayi  $> 4000$  gram atau riwayat pernah menderita DM gestasional dan riwayat lahir dengan berat badan rendah ( $< 2500$  gram). Faktor risiko yang dapat diubah meliputi obesitas berdasarkan IMT  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$  atau lingkar perut  $\geq 80$  cm pada wanita dan  $\geq 90$  cm pada laki-laki, kurangnya aktivitas fisik, hipertensi, dislipidemi dan diet tidak sehat.

Faktor lain yang terkait dengan risiko diabetes adalah penderita *polycystic ovarysindrome* (PCOS), penderita sindrom metabolik memiliki riwayat toleransi glukosa terganggu (TGT) atau glukosa darah puasa terganggu (GDPT) sebelumnya, memiliki riwayat penyakit kardiovaskuler seperti stroke, PJK, atau *peripheral arterial Diseases* (PAD), konsumsi alkohol, faktor stres, kebiasaan merokok, jenis kelamin, konsumsi kopi dan kafein.

- 1) Obesitas (kegemukan)

Terdapat korelasi bermakna antara obesitas dengan kadar glukosa darah, pada derajat kegemukan dengan IMT  $> 23$  dapat menyebabkan peningkatan kadar glukosa darah menjadi 200mg%.

2) Hipertensi

Peningkatan tekanan darah pada hipertensi berhubungan erat dengan tidak tepatnya penyimpanan garam dan air, atau meningkatnya tekanan dari dalam tubuh pada sirkulasi pembuluh darah perifer.

3) Riwayat Keluarga Diabetes Mellitus

Seorang yang menderita Diabetes Mellitus diduga mempunyai gen diabetes. Diduga bahwa bakat diabetes merupakan gen resesif. Hanya orang yang bersifat homozigot dengan gen resesif tersebut yang menderita Diabetes Mellitus.

**d.** Dislipidemia Adalah keadaan yang ditandai dengan kenaikan kadar lemak darah (Trigliserida  $> 250$  mg/dl). Terdapat hubungan antara kenaikan plasma insulin dengan rendahnya HDL ( $< 35$  mg/dl) sering didapat pada pasien Diabetes.

**e.** Umur

Berdasarkan penelitian, usia yang terbanyak terkena Diabetes Mellitus adalah  $> 45$  tahun. 6

**f.** Riwayat persalinan

Riwayat abortus berulang, melahirkan bayi cacat atau berat badan bayi  $> 4000$ gram

**g.** Faktor Genetik

DM tipe 2 berasal dari interaksi genetik dan berbagai faktor mental Penyakit ini sudah lama dianggap berhubungan dengan agregasi familial. Risiko emperis dalam hal terjadinya DM tipe 2 akan meningkat dua sampai enam kali lipat jika orang tua atau saudara kandung mengalami penyakitini.

**h.** Alkohol dan Rokok

Perubahan-perubahan dalam gaya hidup berhubungan dengan peningkatan frekuensi DM tipe 2. Walaupun kebanyakan peningkatan ini dihubungkan dengan peningkatan obesitas dan pengurangan ketidak aktifan fisik, faktor-faktor lain yang berhubungan dengan perubahan dari lingkungan tradisional kelingkungan kebarat- baratan yang meliputi perubahan-perubahan dalam konsumsi alkohol dan rokok, juga berperan dalam peningkatan DM tipe 2. Alkohol akan mengganggu metabolisme gula darah terutama pada penderita DM, sehingga akan mempersulit regulasi gula darah dan meningkatkan tekanan darah. Seseorang akan meningkat tekanan darah apabila mengkonsumsi etil alkohol lebih dari 60ml/hari yang setara dengan 100 ml proof wiski, 240 ml wine atau 720 ml.

Faktor resiko penyakit tidak menular, termasuk DM Tipe 2, dibedakan menjadi dua. Yang pertama adalah faktor risiko yang tidak dapat berubah misalnya umur, faktor genetik, pola makan yang tidak seimbang jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan, pekerjaan, aktivitas fisik, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, Indeks Masa Tubuh.

**e. Gejala klinis**

Gejala diabetes melitus dibedakan menjadi akut dan kronik  
Gejala akut diabetes melitus yaitu : Poliphagia (banyak makan)  
polidipsia (banyak minum), Poliuria (banyak kencing/sering kencing di malam hari), nafsu makan bertambah namun berat badan turun dengan cepat (5-10 kg dalam waktu 2-4 minggu), mudah lelah.

Gejala kronik diabetes melitus yaitu Kesemutan, kulit terasa panas atau seperti tertusuk tusuk jarum, rasa kebas dikulit, kram, kelelahan, mudah mengantuk, pandangan mulai kabur, gigi mudah goyah dan mudah lepas, kemampuan seksual menurun bahkan pada pria bisa terjadi impotensi, pada ibu hamil sering terjadi keguguran

atau kematian janin dalam kandungan atau bayi berat lahir > 4000 gram.(30)

**f. Diagnosis**

Keluhan dan gejala yang khas ditambah hasil pemeriksaan glukosa darah sewaktu >200 mg/dl, glukosa darah puasa >126 mg/dl sudah cukup untuk menegakkan diagnosis DM. Untuk diagnosis DM dan gangguan toleransi glukosa lainnya diperiksa glukosa darah 2 jam setelah beban glukosa. Sekurang-kurangnya diperlukan kadar glukosa darah 2 kali abnormal untuk konfirmasi diagnosis DM pada hari yang lain atau Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) yang abnormal. Konfirmasi tidak diperlukan pada keadaan khas hiperglikemia dengan dekompensasi metabolik akut, seperti ketoasidosis, berat badan yang menurun cepat.

Ada perbedaan antara uji diagnostik DM dan pemeriksaan penyaring. Uji diagnostik dilakukan pada mereka yang menunjukkan gejala DM, sedangkan pemeriksaan penyaring bertujuan untuk mengidentifikasi mereka yang tidak bergejala, tetapi punya resiko DM (usia > 45 tahun, berat badan lebih, hipertensi, riwayat keluarga DM, riwayat abortus berulang, melahirkan bayi > 4000 gr, kolesterol HDL  $\leq$  35 mg/dl, atau trigliserida  $\geq$  250 mg/dl). Uji diagnostik dilakukan pada mereka yang positif uji penyaring.

Pemeriksaan penyaring dapat dilakukan melalui pemeriksaan kadar glukosa darah sewaktu atau kadar glukosa darah puasa, kemudian dapat diikuti dengan tes toleransi glukosa oral (TTGO) standar.(30)

**g. Penatalaksanaan diabetes melitus**

Prinsip penatalaksanaan diabetes melitus secara umum ada lima sesuai dengan Konsensus Pengelolaan DM di Indonesia tahun 2006 adalah untuk meningkatkan kualitas hidup pasien DM. Tujuan Penatalaksanaan DM ada 2 yaitu

- 1) Jangka pendek yaitu hilangnya keluhan dan tanda DM, mempertahankan rasa nyaman dan tercapainya target pengendalian glukosa darah.
- 2) Jangka panjang: tercegah dan terhambatnya progresivitas penyulit mikroangiopati, makroangiopati dan neuropati.

Tujuan akhir pengelolaan adalah turunya morbiditas dan mortalitas DM. Untuk mencapai tujuan tersebut perlu dilakukan pengendalian glukosa darah, tekanan darah, berat badan dan profil lipid, melalui pengelolaan pasien secara holistik dengan mengajarkan perawatan mandiri dan perubahan perilaku.

#### 1) Diet

Prinsip pengaturan makan pada penyandang diabetes hampir sama dengan anjuran makan untuk masyarakat umum yaitu makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu. Pada penyandang diabetes perlu ditekankan pentingnya keteraturan makan dalam hal jadwal makan, jenis dan jumlah makanan, terutama pada mereka yang menggunakan obat penurun glukosa darah atau insulin. Standar yang dianjurkan adalah makanan dengan komposisi yang seimbang dalam hal karbohidrat 60-70%, lemak 20-25% dan protein 10-15%. Untuk menentukan status gizi, dihitung dengan BMI (Body Mass Indeks). Indeks Massa Tubuh (IMT) atau Body Mass Index (BMI) merupakan alat atau cara yang sederhana untuk memantau status gizi orang dewasa, khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan. Untuk mengetahui nilai IMT ini, dapat dihitung dengan rumus berikut:

$$IMT = \frac{\text{Berat Badan (Kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)} \times \text{Tinggi Badan (m)}}$$

#### 2) Exercise (latihan fisik/olahraga)

Dianjurkan latihan secara teratur (3-4 kali seminggu) selama kurang lebih 30 menit, yang sifatnya sesuai dengan Continuous,

Rhythmical, Interval, Progressive, Endurance (CRIPE). Training sesuai dengan kemampuan pasien. Sebagai contoh adalah olah raga ringan jalan kaki biasa selama 30 menit. Hindarkan kebiasaan hidup yang kurang gerak atau bermalasmalasan.

3) Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan sangat penting dalam pengelolaan. Pendidikan kesehatan pencegahan primer harus diberikan kepada kelompok masyarakat resiko tinggi. Pendidikan kesehatan sekunder diberikan kepada kelompok pasien DM. Sedangkan pendidikan kesehatan untuk pencegahan tersier diberikan kepada pasien yang sudah mengidap DM dengan penyulit menahun.

4) Obat : oral hipoglikemik, insulin Jika pasien telah melakukan pengaturan makan dan latihan fisik tetapi tidak berhasil mengendalikan kadar gula darah maka dipertimbangkan pemakaian obat hipoglikemik

**h. Obat-Obat Diabetes Melitus**

1) Antidiabetik oral

Penatalaksanaan pasien DM dilakukan dengan menormalkan kadar gula darah dan mencegah komplikasi. Lebih khusus lagi dengan menghilangkan gejala, optimalisasi parameter metabolik, dan mengontrol berat badan. Bagi pasien DM tipe 1 penggunaan insulin adalah terapi utama. Indikasi antidiabetik oral terutama ditujukan untuk penanganan pasien DM tipe 2 ringan sampai sedang yang gagal dikendalikan dengan pengaturan asupan energi dan karbohidrat serta olah raga. Obat golongan ini ditambahkan bila setelah 4-8 minggu upaya diet dan olah raga dilakukan, kadar gula darah tetap di atas 200 mg% dan HbA1c di atas 8%. Jadi obat ini bukan menggantikan upaya diet, melainkan membantunya. Pemilihan obat antidiabetik oral yang tepat sangat menentukan keberhasilan terapi diabetes. Pemilihan terapi menggunakan antidiabetik oral dapat dilakukan dengan satu jenis

obat atau kombinasi. Pemilihan dan penentuan regimen antidiabetik oral yang digunakan harus mempertimbangkan tingkat keparahan penyakit DM serta kondisi kesehatan pasien secara umum termasuk penyakit-penyakit lain dan komplikasi yang ada. Dalam hal ini obat hipoglikemik oral adalah termasuk golongan sulfonilurea, biguanid, inhibitor alfa glukosidase dan insulin sensitizing

## 2) Insulin

Insulin merupakan protein kecil dengan berat molekul 5808 pada manusia. Insulin mengandung 51 asam amino yang tersusun dalam dua rantai yang dihubungkan dengan jembatan disulfide, terdapat perbedaan asam amino kedua rantai tersebut. Untuk pasien yang tidak terkontrol dengan diet atau pemberian hipoglikemik oral, kombinasi insulin dan obat-obat lain bisa sangat efektif. Insulin kadangkala dijadikan pilihan sementara, misalnya selama kehamilan. Namun pada pasien DM tipe 2 yang memburuk, penggantian insulin total menjadi kebutuhan. Insulin merupakan hormon yang mempengaruhi metabolisme karbohidrat maupun metabolisme protein dan lemak. Fungsi insulin antara lain menaikkan pengambilan glukosa ke dalam sel-sel sebagian besar jaringan, menaikkan penguraian glukosa secara oksidatif, menaikkan pembentukan glikogen dalam hati dan otot serta mencegah penguraian glikogen, menstimulasi pembentukan protein dan lemak dari glukosa.

### i. **Komplikasi diabetes melitus**

Diabetes yang tidak terkontrol dengan baik akan menimbulkan komplikasi akut dan kronis. Menurut PERKENI komplikasi DM dapat dibagi menjadi dua kategori, yaitu :

#### 1) Komplikasi akut

- a) Hipoglikemia, adalah kadar glukosa darah seseorang di bawah nilai normal (< 50 mg/dl). Hipoglikemia lebih sering

terjadi pada penderita DM tipe 1 yang dapat dialami 1-2 kali per minggu, Kadar gula darah yang terlalu rendah menyebabkan sel-sel otak tidak mendapat pasokan energi sehingga tidak berfungsi bahkan dapat mengalami kerusakan.

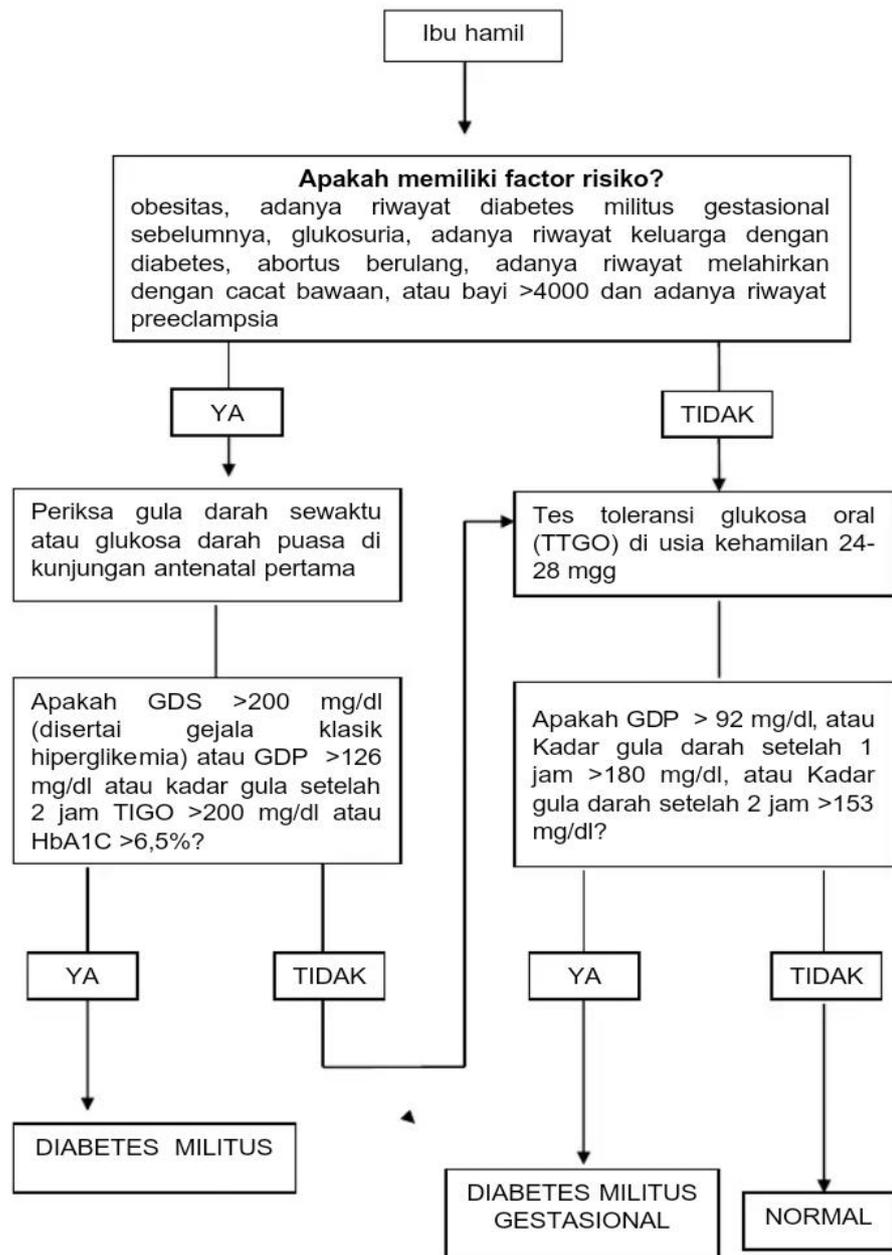
- b) Hiperglikemia, hiperglikemia adalah apabila kadar gula darah meningkat secara tiba-tiba, dapat berkembang menjadi keadaan metabolisme yang berbahaya, antara lain ketoasidosis diabetik, Koma Hiperosmoler Non Ketotik (KHNK) dan kemolakto asidosis.

## 2) Komplikasi Kronis

- a) Komplikasi makrovaskuler, komplikasi makrovaskuler yang umum berkembang pada penderita DM adalah trombotik otak (pembekuan darah pada sebagian otak), mengalami penyakit jantung koroner (PJK), gagal jantung kongestif, dan stroke.
- b) Komplikasi mikrovaskuler, komplikasi mikrovaskuler terutama terjadi pada penderita DM tipe 1 seperti nefropati, diabetik retinopati (kebutaan), neuropati, dan amputasi

## j. SOP Diabetes Melitus pada Kehamilan

Gambar 1. SOP Diabetes Melitus pada Kehamilan



Tabel 2. Tatalaksana Diabetes Melitus pada Kehamilan

Prosedur	TATALAKSANA
	<p>A. Tatalaksana Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penatalaksanaan diabetes melitus gestasional dilakukan secara terpadu oleh dokter spesialis penyakit dalam, dokter spesialis obstetric dan ginekologi, ahli gizi dan dokter spesialis anak</li> <li>2. Sedapat mungkin rujuk ibu kerumah sakit untuk mendapatkan penatalaksanaan yang adekuat</li> <li>3. Jelaskan kepada pasien bahwa penatalaksanaan diabetes mellitus gestasional dapat mengurangi risiko bayi besar, mengurangi kemungkinan terjadinya hipoglikemia neonatal dan mengurangi kemungkinan bayi mengidap diabetes di usia dewasa kelak</li> </ol> <p>B. Tatalaksana Khusus</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tujuan penatalaksanaan adalah mencapai dan mempertahankan kadar glukosadarah puasa &lt;95 mg/dl dan kadar glukosa 2 jam sesudah makan &lt;120 mg/dl</li> <li>2. Pengaturan diet periton dilakukan untuk semua pasien : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tentukan berat badan ideal : <math>BB\ ideal = 90\% \times (TB - 100)</math></li> <li>• Kebutuhan kalori = <math>(BB\ ideal \times 25) + 10-30\%</math> tergantung aktivitas fisik + 300 kall untuk kehamilan</li> <li>• Bila kegemukan, kalori dikurangi 20-30% tergantung tingkat kegemukan. Bila kurus, ditambah sekitar 20-30% sesuai kebutuhan untuk meningkatkan BB</li> <li>• Asupan protein yang dianjurkan adalah 1-1,5 g/kg BB</li> </ul> </li> <li>3. Pemberian insulin dilakukan dirumah sakit dan dipertimbangkan bila pengaturan diet selama 2 minggu tidak mencapai target kadar glukosa darah</li> <li>4. Pemberian insulin diberikan dengan dosis kecil yaitu 0,5-1,5 unit/kgBB/hari</li> <li>5. Pemantauan ibu dan janin dilakukan dengan pemeriksaan tinggi fundu uteri, USG, dan kardiokografi</li> <li>6. Penilaian fungsi dinamik janin plasenta (FDJP) dilakukan tiap minggu sejak usia kehamilan 36 minggu <ul style="list-style-type: none"> <li>• Skor &lt;5 merupakan tanda gawat janin dan indikasi untuk melakuna seksio sesarea. Lakukan amniosintesis dahulu sebelum terminnasi kehamilan bila usia kehamilan &lt;38 minggu untuk memeriksa kematangan janin</li> <li>• Skor &gt;6 menandakan janin sehat dan dapat dilahirkan pada umur kehamilan aterm dengan persalinan normal</li> </ul> </li> <li>7. Bila usia kehamilan sudah mencapai 38 minggu dan janin tumbuh normal, tawarkan persalinan elektif dengan induksi maupun seksio sesarea untuk mencegah distosia bahu</li> <li>8. Lakukan skrining diabetes kembali 6-12 minggu setelah bersalin. Ibu dengan riwayat diabetes melitus gestasional perlu dskrining diabetes setiap 3 tahun seumur hidup</li> </ol>

## 7. Persalinan

### a. Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses alamiah yang dialami perempuan, merupakan pengeluaran hasil konsepsi yang telah mampu hidup di luar kandungan melalui beberapa proses seperti adanya penipisan dan pembukaan serviks, serta adanya kontraksi yang berlangsung dalam waktu tertentu tanpa adanya penyulit.(31)

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 – 42 minggu) lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi pada ibu maupun pada janin.(31)

Sectio caesarea atau yang biasa disebut dengan bedah sesar merupakan proses persalinan melalui pembedahan dimana irisan dilakukan di perut ibu (laparatomi) dan rahim (histerotomi) untuk mengeluarkan bayi. Sectio caesarea terbagi menjadi dua yakni dilakukan secara elektif (terencana) maupun yang dilakukan secara cito (segera). Alasan yang menyebabkan dilakukan tindakan sectio caesarea elektif (terencana) antara lain: diameter pinggul tidak cukup untuk persalinan secara normal, bayi letak sungsang, placenta previa, bekas sectio caesarea sebelumnya dan juga atas permintaan pasien yang tanpa indikasi.(32)

### b. Jenis-jenis Persalinan

Jenis persalinan dibagi 2 kategori yaitu berdasarkan bentuk persalinan, dan menurut lama kehamilan dan berat janin :(33)

1) Jenis persalinan berdasarkan bentuk persalinan :

1) Persalinan spontan adalah persalinan lewat vagina yang berlangsung tanpa menggunakan alat maupun obat tertentu, baik itu induksi, vakum, atau metode lainnya. Persalinan ini seluruhnya mengandalkan tenaga dan usaha ibu sendiri baik itu presentasi belakang kepala (kepala janin lahir terlebih dahulu) maupun bokong (sungsang).

- 2) Persalinan normal (eutotia) adalah kelahiran janin pada kehamilan cukup bulan (aterm, 37-42 minggu), pada janin letak memanjang presentasi belakang yang disusul dengan pengeluaran plasenta dan seluruh proses kelahiran ini berakhir dalam waktu kurang dari 24 jam tanpa tindakan pertolongan buatan dan tanpa komplikasi.
  - 3) Persalinan anjuran (induksi) adalah persalinan yang berlangsung setelah permulaannya dianjurkan dengan suatu perbuatan atau tindakan, misalnya dengan menggunakan prostaglandin, oksitosin atau memecahkan ketuban.
  - 4) Persalinan tindakan adalah persalinan yang tidak dapat berjalan normal secara spontan atau tidak berjalan sendiri, oleh karena terdapat indikasi adanya penyulit persalinan sehingga persalinan dilakukan dengan memberikan tindakan menggunakan alat bantu.
- 2) Jenis persalinan menurut lama kehamilan dan berat janin :
- 1) Abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan, berat janin <500 gram dan umur kehamilan <20 minggu.
  - 2) Persalinan immaturus adalah pengeluaran buah kehamilan antara 22-28 minggu dengan berat badan antara 500-999 gram.
  - 3) Persalinan prematuritas adalah persalinan yang terjadi >28-36 minggu dengan berat janin kurang dari 1000-2499 gram
  - 4) Persalinan maturus atau aterm adalah persalinan antara umur hamil 37 sampai 42 minggu dengan berat janin di atas 2500 gram.
  - 5) Persalinan serotinus atau postmaturus atau post date adalah persalinan melampaui umur kehamilan 42 minggu dan pada janin terdapat tanda-tanda post maturities.

- 6) Persalinan presipitatus adalah persalinan berlangsung cepat kurang dari 3 jam.

**c. Sebab-sebab Mulainya Persalinan**

- 1) Penurunan hormon progesteron

Pada saat 1-2 minggu sebelum persalinan terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Hormon progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim dan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga menimbulkan his.(34)

- 2) Teori oksitosin

Pada ahir kehamilan hormon oksitosin bertambah sehingga dapat menimbulkan his atau kontraksi otot-otot rahim.(34)

- 3) Keregangan otot-otot

Majunya kehamilan maka otot rahim akan meregang karena isinya bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya atau mulai persalinan.(34)

- 4) Pengaruh janin

Hypofise dan kelenjar suprarenal janin memegang peranan karena itu pada anencepalus kehamilan sering lebih lama dari biasanya.(34)

- 5) Teori prostaglandin

Prostaglandin dihasilkan oleh desidua pada plasenta, meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu dapat memicu kontraksi otot rahim sehingga memicu terjadinya persalinan.(35)

- 6) Plasenta menjadi tua

Meningkatnya umur kehamilan plasenta menjadi tua, villi corialis mengalami perubahan sehingga kadar progesteron dengan estrogen menurun.(36)

- 7) Teori iritasi mekanik

Dibelakang serviks, terletak ganglion servikale (pleksus frankenhauser). Apabila ganglion tersebut digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus.(35)

8) Teori distensi rahim

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi uteroplasenta.(37)

**d. Tanda-Tanda Mulainya Persalinan(38)**

Tanda pasti persalinan adalah :

1) Timbulnya kontraksi uterus

Biasa juga disebut dengan his persalinan yaitu his pembukaan yang mempunyai sifat sebagai berikut :

- a) Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan.
- b) Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan
- c) Sifatnya teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar
- d) Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan cervix.
- e) Makin beraktifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada servix (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit). Kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan serviks

2) Penipisan dan pembukaan servix

Penipisan dan pembukaan servix ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula.

3) Bloody Show (lendir disertai darah dari jalan lahir)

Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari canalis cervicalis keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa capillair darah terputus.

4) Premature Rupture of Membrane

Adalah keluarnya cairan banyak dengan sekonyong-konyong dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin

robek. Ketuban biasanya pecah kalau pembukaan lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini keluarnya cairan merupakan tanda yang lambat sekali. Tetapi kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, malahan kadang-kadang selaput janin robek sebelum persalinan. Walaupun demikian persalinan diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar.(39)

#### e. Tahapan Persalinan

Persalinan dibagi dalam empat kala yaitu

##### 1) Kala I (Kala Pembukaan)

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi & kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap.

Tabel 3. Pembagian Fase pada Kala I Persalinan

Fase Laten	Fase Aktif
a) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap	a) frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap. Kontraksi dianggap adekuat jika terjadi $\geq 3x$ dalam waktu 10 menit dengan durasi $\geq 40$ detik
b) Berlangsung hingga serviks membuka <4cm	b) dari pembukaan 4 cm hingga 10 cm (lengkap), akan terjadi dengan kecepatan rata-rata :
c) Pada umumnya fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam	c) Primigravida : 1 cm per jam d) Multigravida : >1 hingga 2 cm per jam e) Terjadi penurunan bagian bawah janin

Fase-fase yang dikemukakan di atas dijumpai pada primigravida. Perbedaan pembukaan serviks pada primigravida dengan multigravida adalah sebagai berikut :(36) primigravida : Serviks mendatar (efficement) dulu, baru berdilatasi berlangsung 13-14 jam, sedangkan pada multigravida : Mendatar dan membuka dapat terjadi bersamaan. Berlangsung 6-7 jam.

##### 2) Kala II (pengeluaran janin)

*His* terkoordinir cepat dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali, kepala janin telah turun dan masuk ruang panggul, sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflek

menimbulkan rasa ngedan karena tekanan pada rektum sehingga merasa seperti BAB dengan tanda anus membuka. Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang. Dengan his mengejan yang terpimpin akan lahir dan diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primi 1.5-2 jam, pada multi 0.5 jam.

3) Kala III (Pengeluaran Plasenta)

Kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Pada kala III persalinan, miometrium berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus sehingga lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran perlekatan plasenta. Karena tempat pelekatan menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlibat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc.

4) Kala IV

Persalinan kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir 2 jam setelah itu. Selama 2 jam post partum pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih, dan darah yang keluar setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua. Masase uterus untuk membuat kontraksi menjadi baik. Pantau temperatur tubuh setiap jam dalam dua jam pertama pasca persalinan. Nilai perdarahan.

## 8. Sectio Caesarea

### a. Definisi Sectio Caesarea

Sectio caesarea adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus.(40) Sectio caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada

dinding uterus melalui depan perut atau vagina. Atau disebut juga hysterotomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim.(37)

#### **b. Etiologi Sectio Caesarea**

Menurut Manuaba Indikasi klasik dilakukan SC :(41)

- 1) Prolog labour sampai neglected labour
- 2) Ruptura uteri imminen
- 3) Fetal distress
- 4) Janin besar melebihi 4000 gram
- 5) Perdarahan antepartum

Sedangkan indikasi yang menambah tingginya angka persalinan dengan sectio adalah :

- 1) Malpersentasi janin
- 2) .Panggul sempit, primigravida, janin besar dan berharga.Plasenta previa sentralis dan lateralis
- 3) Presentasi lengkap bila reposisi tidak berhasil.Gemeli menurut Eastman, sectio cesarea dianjurkan bila janin pertama letak lintang atau presentasi bahu, bila terjadi interior (looking of the twins), distosia karena tumor, gawat janin dan sebagainya.
- 4) Partus lama
- 5) Partus tidak maju
- 6) Pre-eklamsia dan hipertensi
- 7) Distosia servik
- 8) Makrosomia

### **9. Bayi Baru Lahir**

#### **a. Definisi Bayi baru lahir**

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4100 gram.(42) Bayi baru lahir merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta

harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ektrauterin.(43)

**b. Asuhan Segera Bayi Baru Lahir(44)**

Adapun asuhannya sebagai berikut:

- 1) Pencegahan kehilangan panas seperti mengeringkan bayi baru lahir, melepaskan handuk yang basah, mendorong kontak kulit dari ibu ke bayi, membedong bayi dengan handuk yang kering.
- 2) Membersihkan jalan nafas.
- 3) Memotong tali pusat.
- 4) Identifikasi dengan cara bayi diberikan identitas baik berupa gelang nama maupun kartu identitas.
- 5) Pengkajian kondisi bayi seperti pada menit pertama dan kelima setelah lahir, pengkajian tentang kondisi umum bayi dilakukan dengan menggunakan nilai Apgar.

Setelah kontak kulit ibu-bayi dan IMD selesai :

- 1) Timbang dan ukur bayi
- 2) Beri bayi salep mata antibiotika profilaksis (*oxytetrasiklin* 1% atau antibiotik lain)
- 3) Suntikan vitamin K1 1mg (0,5mL utuk sediaan 2mg/mL) IM di paha kiri anterolateral bayi. Manfaat vitamin K1 ini adalah membantu proses pembekuan darah dan mencegah perdarahan yang bisa terjadi pada bayi
- 4) Pastikan suhu tubuh bayi normal (36,5-37,5<sup>0</sup>C)
- 5) Lakukan pemeriksaan untuk melihat adanya cacat bawaan (bibir sumbing/langit sumbing, atresia ni, defek dinding perut) dan tanda-tanda bahaya pada bayi.

Satu jam setelah pemberian vitamin K1, berikan suntikan imunisasi hepatitis B di paha kanan anterolateral bayi, Pemberian vaksin hepatitis B kepada bayi baru lahir untuk mencegah infeksi hati, akibat virus hepatitis B. Vaksin ini bekerja dengan merangsang

sistem kekebalan tubuh, agar menghasilkan antibodi yang dapat melawan virus.

**c. Tanda-Tanda Bahaya**

- 1) Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali permenit
- 2) Kehangatan terlalu panas ( $> 38^{\circ}\text{C}$  atau terlalu dingin  $< 36^{\circ}\text{C}$ )
- 3) Warna kuning, biru atau pucat, memar
- 4) Pemberian makan, hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah.
- 5) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, pernafasan sulit
- 6) Tidak berkemih dalam 24 jam, tinja lembek, ada lender atau darah pada tinja.
- 7) Aktivitas menggigil atau tangis tidak biasa, sangat mudah tersinggung, lemas, terlalu mengantuk, lunglai, kejang, menangis terus menerus.

**10. Makrosomia**

**a. Pengertian**

Istilah makrosomia digunakan untuk menggambarkan bayi yang lahir dengan ukuran yang lebih besar dari ukuran normal. Semua bayi dengan berat badan 4000 gram atau lebih tanpa melihat umur kehamilan disebut sebagai bayi makrosomia. Hingga saat ini definisi pasti tentang makrosomia belum tercapai. Namun, terdapat kesepakatan para ahli obstetrik bahwa neonatus yang beratnya kurang dari 4000 gram dianggap tidak terlalu besar. Bayi besar (makrosomia) adalah bayi yang ketika dilahirkan memiliki berat badan lebih dari 4000 gram, karena berat neonatus pada umumnya adalah kurang dari 4000 gram dan tidak lebih dari 5000 gram. (13),(45)

**b. Karakteristik Makrosomia**

Ciri-ciri ibu mengandung bayi makrosomia antara lain sebagai berikut:(46)

- 1) Uterus lebih besar dari biasanya atau tidak sesuai dengan usia kehamilan.
- 2) Tinggi fundus pada kehamilan aterm lebih dari 40 cm.
- 3) Taksiran Berat Badan Janin (TBBJ) lebih dari 4000 gram.

Ciri-ciri bayi makrosomia adalah sebagai berikut:(46)

- 1) Berat badan lebih dari 4000 gram.
- 2) Badan montok, bengkak dan kulit kemerahan.
- 3) Organ internal membesar (hepatomegali, splenomegali, kardiomegali).
- 4) Lemak tubuh banyak.
- 5) Plasenta dan tali pusat lebih besar dari rata-rata.

#### **c. Etiologi Makrosomia**

Makrosomia disebabkan oleh beberapa hal, yaitu terjadinya hiperglikemia dan hiperinsulinisme pada janin (akibat hiperglikemia Ibu), kehamilan dengan Indeks Masa Tubuh (IMT) Ibu di atas normal, Ibu obesitas, dan bayi lewat bulan. Terdapat tiga faktor utama penyebab makrosomia yaitu faktor genetik, kenaikan berat badan Ibu yang berlebihan karena pola makan yang berlebih, dan Ibu hamil yang menderita diabetes mellitus (Benson, 2009).

Faktor genetik berperan dalam menyebabkan kelahiran makrosomia. Orangtua yang tinggi dan gemuk tentunya lebih berpeluang melahirkan bayi berukuran besar pula. Ibu hamil dengan berat badan berlebih, baik sebelum hamil ataupun mengalami penambahan berat badan yang pesat selama kehamilan, juga perlu memantau dan mengendalikan berat badannya. Pasalnya, wanita obesitas berisiko lebih besar melahirkan bayi makrosomia. Data menyebutkan, sekitar 15- 30% wanita yang melahirkan bayi makrosomia memiliki berat badan 90 kg atau lebih (Kosim, 2008 ; Benson, 2009).

Selain itu, berikut ini sejumlah faktor telah dikaitkan dengan makrosomia meliputi :

- 1) Bayi yang dilahirkan oleh ibu dengan diabetes dalam kehamilan 40% akan terjadi makrosomia.(47)
- 2) Bayi lewat bulan, Resiko persalinan bayi dengan berat lebih dari 4000 gram pada kehamilan posterm meningkat 2-4 kali lebih besar dari kehamilan term.(13)
- 3) Ibu obesitas (10-20%) Wanita dengan obesitas memiliki resiko lebih besar untuk melahirkan bayi makrosomia dibandingkan dengan wanita dengan berat badan normal.(48)
- 4) Terdapat beberapa faktor lain yang juga memperbesar kemungkinan bayi besar yaitu: orang tua berperawakan besar, khususnya obesitas pada ibu, multiparitas, usia ibu, janin laki-laki, bayi sebelumnya berberat badan lebih dari 4000 gram, ras dan etnik.(46)

**d. Diagnosis Makrosomia**

- a. Keturunan atau bayi yang lahir terdahulu besar dan sulit melahirkannya dan adanya diabetes melitus
- b. Kenaikan berat badan yang berlebihan tidak oleh sebab lainnya (edema atau sebagainya)
- c. Pemeriksaan teliti tentang disproporsi sefalo atau fetopelvik dalam hal ini dianjurkan untuk mengukur kepala bayi dengan ultra-sonografi.(37)

**e. Komplikasi Makrosomia**

Kelahiran makrosomia dapat membahayakan janin itu sendiri. Bentuk komplikasi yang terjadi misalnya adalah distosia bahu, peningkatan cedera lahir, insiden kelainan kongenital, tingkat depresi nilai Apgar yang lebih tinggi, dimasukkannya bayi ke dalam perawatan intensif neonatus, serta peningkatan risiko kelebihan berat badan pada masa selanjutnya.(49) Bayi makrosomia berisiko mengalami hypoglikemia, hypocalcemia, hyperviskosity, dan hyperbilirubinemia. Selain itu, bayi makrosomia berisiko tinggi mengalami obesitas di kehidupan selanjutnya, hal tersebut merupakan

masalah yang sangat serius karena penyakit-penyakit yang terkait obesitas termasuk dalam penyebab utama morbiditas dan mortalitas di banyak populasi.

Ibu yang mengandung janin makrosomia berisiko untuk melahirkan secara caesarean section. Pada persalinan pervaginam atau persalinan normal, makrosomia dapat menjadi penyulit persalinan sehingga dapat mengakibatkan risiko cedera pada Ibu dan bayi selama proses kelahiran. Ibu yang melahirkan bayi makrosomia melalui persalinan normal dapat mengalami komplikasi persalinan seperti perdarahan postpartum, laserasi jalan lahir, dan endometritis pascapartum. Ibu yang melahirkan bayi makrosomia dan bayinya mempunyai risiko mengalami obesitas, hipertensi, diabetes melitus dan sindrom metabolisme.(50)

Komplikasi dari persalinan pervaginam pada bayi makrosomia bisa dihindari bila ukuran janin diketahui lebih dulu dengan pemeriksaan Ultra Sono Graphy (USG). Persalinan pervaginam harus dipertimbangkan baik-baik mengingat besarnya risiko terjadinya distosia bahu yang dapat mengakibatkan cedera pada janin. Pengetahuan pasti tentang berat badan janin dapat menghindarkan seorang wanita dari persalinan pervaginam janin yang kemungkinan besar akan mengalami hambatan akibat disproporsi fetopelvis atau penyulit distosia bahu.(46)

**f. Faktor Risiko Makrosomia**

- a. Usia ibu
- b. Berat badan ibu
- c. Riwayat Diabetes Melitus (DM)
- d. Paritas
- e. Lama kehamilan
- f. Bayi jenis kelamin laki-laki
- g. Riwayat melahirkan bayi makrosomia
- h. Polusi udara yang didapatkan saat kehamilan(51)

### **g. Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan pada bayi makrosomia :(13)

- 1) Menjaga kehangatan.
- 2) Membersihkan jalan nafas.
- 3) Memotong tali pusat dan perawatan tali pusat.
- 4) Melakukan inisiasi menyusui dini.
- 5) Membersihkan badan bayi dengan kapas baby oil/minyak.
- 6) Memberikan obat mata.
- 7) Memberikan injeksi vitamin K.
- 8) Membungkus bayi dengan kain hangat.
- 9) Mengkaji keadaan kesehatan pada bayi makrosomia dengan mengobservasi keadaan umum dan vital sign serta memeriksa kadar glukosa darah sewaktu pada umur 3 jam.
- 10) Memantau tanda gejala komplikasi yang mungkin terjadi.
- 11) Memberikan terapi sesuai komplikasi yang dialami oleh bayi.

## **11. Nifas**

### **a. Definisi Masa Nifas**

Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan. Proses ini dimulai setelah selesainya persalinan dan berakhir setelah alat-alat reproduksi kembali seperti keadaan sebelum hamil/tidak hamil sebagai akibat dari adanya perubahan fisiologi dan psikologi karena proses persalinan.(52) Masa ini merupakan masa yang cukup penting bagi tenaga kesehatan untuk selalu melakukan pemantauan karena pelaksanaan yang kurang maksimal dapat menyebabkan ibu mengalami berbagai masalah, bahkan dapat berlanjut pada komplikasi masa nifas, seperti *sepsis puerperalis*. Jika ditinjau dari penyebab kematian para ibu, infeksi merupakan penyebab kematian

terbanyak nomor dua setelah perdarahan sehingga sangat tepat jika para tenaga kesehatan memberikan perhatian yang tinggi pada masa ini.(53)

**b. Tahapan Masa Nifas(52)**

Tahapan yang terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut:

1) Periode *immediate postpartum*

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya perdarahan karena atonia uteri, oleh karena itu, bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran *lochea*, tekanan darah, dan suhu.

2) Periode *early postpartum* (24 jam-1 minggu)

Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, *lochea* tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik. Selain itu, pada fase ini ibu sudah memiliki keinginan untuk merawat dirinya dan diperbolehkan berdiri dan berjalan untuk melakukan perawatan diri karena hal tersebut akan bermanfaat pada semua sistem tubuh.

3) Periode *late postpartum* (1 minggu- 5 minggu)

Pada periode ini bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB. Periode *immediate postpartum* dan *early postpartum* merupakan periode yang sering terjadi komplikasi pada ibu.(54) Periode masa nifas yang beresiko terhadap kematian ibu terutama terjadi pada periode *immediate postpartum* (50%), pada masa *early postpartum* (20%) dan masa *late postpartum* (5%). Resiko sering terjadi ketika satu minggu pertama post partum (*Early postpartum*) karena hampir seluruh sistem tubuh mengalami perubahan secara drastis.

**c. Perubahan Fisiologis Masa Nifas**

Sistem tubuh ibu akan kembali beradaptasi untuk menyesuaikan dengan kondisi *postpartum*(52) Organ-organ tubuh ibu yang mengalami perubahan setelah melahirkan antara lain:

1) Perubahan sistem reproduksi

Proses involusi uterus adalah kembalinya uterus kedalam keadaan sebelum hamil setelah melahirkan. Proses ini di mulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Salah satu komponen involusi adalah penurunan fundus uteri, proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana TFU-nya (Tinggi Fundus Uteri).

Tabel 4. Tinggi Fundus Uterus Dan Berat Uterus Menurut Hari Kondisi(53)

	<b>Tinggi Fundus Uterus</b>	<b>Berat Uterus</b>
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gr
Uri lahir	Dua jari dibawah pusat	750 gr
1 minggu	Pertengahan pusat-symphisis	500 gr
2 minggu	Tak teraba di atas symphisis	350 gr
6 minggu	Bertambah kecil	50 gr
8 minggu	Sebesar normal	30 gr

2) Lochea

Lochia adalah ekskresi cairan Rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat orgasme berkembag lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochea mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran Lochia dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya

Tabel 5. Perubahan Lochea(53)

<b>Lochea</b>	<b>Waktu</b>	<b>Warna</b>	<b>Ciri-ciri</b>
Rubra	1 – 3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium, dan sisa darah

Sanguinolenta	3 – 7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lender
Serosa	7 – 14 hari	Kekuningan/ kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
Alba	> 14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks, dan serabut mati

*Lochea* yang menetap pada awal periode *post partum* menunjukkan adanya tanda-tanda perdarahan sekunder yang mungkin disebabkan oleh tertinggalnya sisa atau selaput plasenta. *Lochea* alba atau serosa yang berlanjut dapat menandakan adanya endometritis, terutama bila disertai dengan nyeri pada abdomen dan demam. Bila terjadi infeksi, akan keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan “*lochea purulenta*”. Pengeluaran *lochea* yang tidak lancar disebut “*lochea stasis*”.

### 3) Proses Laktasi(53)

Sejak masa hamil payudara sudah memproduksi air susu di bawah kontrol beberapa hormon, tetapi volume yang diproduksi masih sangat sedikit. Selama masa nifas payudara bagian alveolus mulai optimal memproduksi air susu (ASI). Dari alveolus ini ASI disalurkan ke dalam saluran kecil (duktulus), di mana beberapa saluran kecil bergabung membentuk saluran yang lebih besar (duktus). Di bawah areola, saluran yang besar ini mengalami pelebaran yang disebut sinus. Akhirnya semua saluran yang besar ini memusat ke dalam puting dan bermuara ke luar. Di dalam dinding alveolus maupun saluran, terdapat otot yang apabila berkontraksi dapat memompa ASI keluar bulan.

Jenis-Jenis ASI :

- a) Kolostrum: cairan pertama yang dikeluarkan oleh kelenjar payudara pada hari pertama sampai dengan hari ke-3, berwarna kuning keemasan, mengandung protein tinggi rendah laktosa

- b) ASI Transisi: keluar pada hari ke 3–8; jumlah ASI meningkat tetapi protein rendah dan lemak, hidrat arang tinggi.
- c) ASI Mature: ASI yang keluar hari ke 8–11 dan seterusnya, nutrisi terus berubah sampai bayi 6 bulan.

Beberapa Hormon yang Berperan dalam Proses Laktasi :

- a) Hormon Prolaktin Ketika bayi menyusu, payudara mengirimkan rangsangan ke otak. Otak kemudian bereaksi mengeluarkan hormon prolaktin yang masuk ke dalam aliran darah menuju kembali ke payudara. Hormon prolaktin merangsang sel-sel pembuat susu untuk bekerja, memproduksi susu. Semakin sering dihisap bayi, semakin banyak ASI yang diproduksi. Semakin jarang bayi menyusu, semakin sedikit ASI yang diproduksi. Jika bayi berhenti menyusu, payudara juga akan berhenti memproduksi ASI.
  - b) Hormon Oksitosin Setelah menerima rangsangan dari payudara, otak juga mengeluarkan hormon oksitosin. Hormon oksitosin diproduksi lebih cepat daripada prolaktin. Hormon ini juga masuk ke dalam aliran darah menuju payudara. Di payudara, hormon oksitosin ini merangsang sel-sel otot untuk berkontraksi. Kontraksi ini menyebabkan ASI yang diproduksi sel-sel pembuat susu terdorong mengalir melalui pembuluh menuju muara saluran ASI. Kadang Kadang, bahkan ASI mengalir hingga keluar payudara ketika bayi sedang tidak menyusu. Mengalirnya ASI ini disebut refleks pelepasan ASI.
- 3) Perubahan Psikis Masa Nifas(53)

Kelahiran anggota baru bagi suatu keluarga memerlukan penyesuaian bagi ibu. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi yang harus dijalani, perubahan tersebut berupa perubahan emosi dan sosial. Adaptasi psikologis ini menjadi periode kerentanan pada ibu *postpartum*, karena periode ini

membutuhkan peran professional kesehatan dan keluarga.(55) Tanggung jawab ibu *postpartum* bertambah dengan hadirnya bayi yang baru lahir. Proses penyesuaian ibu atas perubahan yang dialaminya terdiri atas tiga fase yaitu:

a) *Fase taking in*

*Fase taking in* yaitu periode ketergantungan. Periode ini berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir. Ibu perlu bicara tentang dirinya sendiri. Ketidaknyamanan fisik yang dialami ibu pada fase ini seperti rasa mules, nyeri pada jahitan, kurang tidur dan kelelahan merupakan sesuatu yang tidak dapat dihindari. Hal tersebut membuat ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gangguan psikologis yang mungkin dialami, seperti mudah tersinggung, menangis. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif. Pada fase ini petugas kesehatan harus menggunakan pendekatan yang empatik agar ibu dapat melewati fase ini dengan baik.

b) *Fase taking hold*

*Fase taking hold* yaitu periode yang berlangsung 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah. Kita perlu berhati-hati menjaga komunikasi dengan ibu. Dukungan moril sangat diperlukan untuk menumbuhkan kepercayaan diri ibu.

c) *Fase letting go*

*Fase letting go* yaitu periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung sepuluh hari

setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Ibu memahami bahwa bayi butuh disusui sehingga siap terjaga untuk memenuhi kebutuhan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya sudah meningkat pada fase ini. Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya. Pendidikan kesehatan yang kita berikan pada fase sebelumnya akan sangat berguna bagi ibu. Ibu lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya.

Dukungan suami dan keluarga masih terus diperlukan oleh ibu. Suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi, mengerjakan urusan rumah tangga sehingga ibu tidak telalu terbebani. Ibu memerlukan istirahat yang cukup, sehingga mendapatkan kondisi fisik yang bagus untuk dapat merawat bayinya.

**d. Jadwal kunjungan masa nifas(55)**

Pelayanan Pasca Salin (ibu nifas dan bayi baru lahir) dalam kondisi normal tidak terpapar COVID-19 : kunjungan minimal dilakukan minimal 4 kali keterangan Kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir juga untuk mencegah, mendeteksi serta menangani masalah-masalah yang terjadi Kegiatan yang dilakukan selama kunjungan meliputi pemeriksaan untuk deteksi dini, pencegahan, intervensi, dan penanganan masalah-masalah yang terjadi pada saat nifas seperti dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 6. Jadwal Kunjungan Nifas(55)

Kunjungan	Waktu	Tujuan
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan : rujuk bila perdarahan berlanjut, memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri</li> <li>- Pemberian ASI awal dan melakukan hubungan antara ibu dan</li> </ul>

1	6 jam- 2 hari setelah persalinan	bayi baru lahir, menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi, mendampingi ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai keadaan ibu dan bayi dalam keadaan stabil.
2	3-7 hari setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memastikan involusi uterus berjalan normal : uterus berkontraksi, fundus uteri pertengahan simfisis umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal</li> <li>- Memastikan ibu mendapatkan cukup makan, cairan dan istirahat, memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit</li> <li>- Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari</li> </ul>
3	8-28 hari setelah persalinan	Sama seperti di atas (6 hari setelah persalinan)
4	29-42 hari setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ibu atau bayi alami</li> <li>- Memberikan konseling untuk KB secara dini</li> </ul>

#### e. Kebutuhan Ibu dalam Masa Nifas

##### 1) Nutrisi dan cairan

Nutrisi atau gizi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan nutrisi pada masa postpartum dan menyusui meningkat 25%, karena berguna untuk proses penyembuhan setelah melahirkan dan untuk produksi ASI untuk pemenuhan kebutuhan bayi. Kebutuhan nutrisi akan meningkat tiga kali dari kebutuhan biasa (pada perempuan dewasa tidak hamil kebutuhan kalori 2.000-2.500 kal, perempuan hamil 2.500-3.000 kal, perempuan nifas dan menyusui 3.000-3.800 kal). Ibu nifas dan menyusui memerlukan makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, dan buah-buahan. Menu makanan seimbang yang harus dikonsumsi adalah porsi cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung alkohol, nikotin serta bahan pengawet atau pewarna.(56)

2) Pemberian Kapsul Vitamin A 200.000 IU

Kapsul vitamin A 200.000 IU pada masa diberikan sebanyak dua kali, pertama segera setelah melahirkan, kedua diberikan setelah 24 jam pemberian kapsul vitamin A pertama.

Manfaat kapsul vitamin A untuk ibu nifas sebagai berikut:

- a) Meningkatkan kandungan vitamin A dalam Air Susu Ibu (ASI).
- b) Bayi lebih kebal dan jarang kena penyakit infeksi.
- c) Kesehatan ibu lebih cepat pulih setelah melahirkan.
- d) Ibu nifas harus minum 2 kapsul vitamin A karena :
  - (1) Bayi lahir dengan cadangan vitamin A yang rendah, kebutuhan bayi akan vitamin A tinggi untuk pertumbuhan dan peningkatan daya tahan tubuh
  - (2) Pemberian 1 kapsul vitamin A 200.000 IU warna merah pada ibu nifas hanya cukup untuk meningkatkan kandungan vitamin A dalam ASI selama 60 hari, sedangkan dengan pemberian 2 kapsul dapat menambah kandungan vitamin A sampai bayi 6 bulan.(53)

3) Memelihara Kebersihan Perseorangan (*Personal Hygiene*)

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan kesejahteraan ibu. *Personal Hygiene* yang bisa dilakukan ibu nifas untuk memelihara kebersihan diri tidak hanya mandi, tetapi juga menggosok gigi dan menjaga kebersihan mulut, menjaga kebersihan rambut dengan keramas, menjaga kebersihan pakaian, dan menjaga kebersihan kaki, kuku, telinga, mata dan hidung.(57) Selain itu juga mencuci tangan sebelum memegang payudara, setelah mengganti popok bayi, setelah buang air besar dan kecil dan sebelum memegang atau menggendong bayi.(53)

4) Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) ialah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu postpartum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. Ibu postpartum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 23–38 jam postpartum. *Early ambulation* tidak diperbolehkan pada ibu postpartum dengan penyulit, misalnya anemia, penyakit jantung, paru-paru, demam dan sebagainya. (53)

#### 5) Perawatan perineum

Perawatan khusus perineum bagi wanita setelah melahirkan bayi bertujuan untuk pencegahan terjadinya infeksi, mengurangi rasa tidak nyaman dan meningkatkan penyembuhan. Walaupun prosedurnya bervariasi dari satu rumah sakit lainnya, prinsip-prinsip dasarnya bersifat universal yaitu mencegah kontaminasi dari rektum, menangani dengan lembut pada jaringan yang terkena trauma dan membersihkan semua keluaran yang menjadi sumber bakteri dan bau. (53)

Perawatan perineum yang dianjurkan untuk ibu postpartum adalah membasuh perineum dengan air bersih dan sabun setelah berkemih dan buang air besar. Perineum harus dalam keadaan kering dan dibersihkan dari depan ke belakang. Ibu dianjurkan untuk mengganti pembalut setiap kali mandi, setelah buang air besar atau kecil atau setiap tiga sampai empat jam sekali (58)

Munculnya infeksi perineum dapat merambat pada saluran kandung kemih ataupun pada jalan lahir, infeksi tidak hanya menghambat proses penyembuhan luka tetapi dapat juga menyebabkan kerusakan sel penunjang, sehingga akan menambah ukuran dari luka itu sendiri baik panjang maupun kedalaman dari luka. (58)

#### 6) Perawatan Payudara

Perawatan payudara adalah suatu tindakan untuk merawat payudara terutama pada masa nifas (masa menyusui) untuk melancarkan pengeluaran ASI. Perawatan payudara pasca persalinan merupakan kelanjutan perawatan payudara semasa hamil. Bagi ibu yang menyusui bayinya, perawatan puting susu merupakan suatu hal amat penting. Payudara harus dibersihkan dengan teliti setiap hari selama mandi dan sekali lagi ketika hendak menyusui. Hal ini akan mengangkat kolostrum yang kering atau sisa susu dan membantu mencegah akumulasi dan masuknya bakteri baik ke puting maupun ke mulut bayi.

Adapun langkah-langkah dalam melakukan perawatan payudara yang baik, yaitu : mengompres kedua puting dengan baby oil selama 23 menit, membersihkan puting susu, melakukan pegurutan dari pangkal ke puting susu sebanyak 20-30 kali pada tiap payudara, pengurutan dengan menggunakan sisi kelingking, pengurutan dengan posisi tangan mengepal sebanyak 20-30 kali pada tiap payudara dan kompres dengan air kemudian keringkan dengan handuk kering.(59)

#### 7) Mobilisasi Dini dan Senam Nifas

Mobilisasi dini pada ibu postpartum disebut juga early ambulation, yaitu upaya sesegera mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbing berjalan. Klien diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam post partum.

Keuntungan yang diperoleh dari Early ambulation adalah:

- a) Klien merasa lebih baik, lebih sehat, dan lebih kuat.
- b) Faal usus dan kandung kencing lebih baik.
- c) Sirkulasi dan peredaran darah menjadi lebih lancar.(56)

Senam nifas dilakukan sejak hari pertama setelah melahirkan hingga hari kesepuluh, terdiri atas beberapa gerakan tubuh yang dilakukan untuk mempercepat pemulihan keadaan ibu. Senam

nifas dilakukan pada saat kondisi ibu benar-benar pulih dan tidak ada hambatan atau komplikasi pada masa nifas.

#### 8) Istirahat

Setelah persalinan, ibu mengalami kelelahan dan butuh istirahat/tidur telentang selama 8 jam kemudian miring kiri dan kanan. Ibu harus bisa mengatur istirahatnya.

### f. **Deteksi Dini Penyulit pada Masa Nifas dan Penanganannya**

Perdarahan pasca persalinan dibagi menjadi perdarahan pasca persalinan primer dan sekunder.

#### 1) Perdarahan Pasca Persalinan

- a) Perdarahan pasca persalinan primer (early postpartum) Haemorrhage, atau perdarahan pasca persalinan segera. Perdarahan pasca persalinan primer terjadi dalam 23 jam pertama. Penyebab utama perdarahan pasca persalinan primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, dan robekan jalan lahir. Terbanyak dalam 2 jam pertama.
- b) Perdarahan pasca persalinan sekunder (late postpartum haemorrhage), atau perdarahan masa nifas, perdarahan pasca persalinan lambat.

Perdarahan pasca persalinan sekunder terjadi setelah 23 jam pertama. Penyebab utama perdarahan pasca persalinan sekunder adalah robekan jalan lahir dan sisa plasenta atau membran.

#### 2) Infeksi Masa Nifas

Merupakan infeksi peradangan pada semua alat genitalia pada masa nifas oleh sebab apapun dengan ketentuan meningkatnya suhu badan melebihi  $38^{\circ}\text{C}$ . tanpa menghitung hari pertama dan berturut-turut selama 2 hari.(60)

Gejala infeksi masa nifas sebagai berikut :(61)

- a) Tampak sakit dan lemah.
- b) Suhu meningkat  $> 38^{\circ}\text{C}$ .

- c) TD meningkat/menurun.
- d) Pernapasan dapat meningkat/menurun.
- e) Kesadaran gelisah/koma.
- f) Terjadi gangguan involusi uterus.
- g) Lochea bernanah berbau.

**g. Lama dan frekuensi menyusui**

Sebaiknya bayi disusui secara *on demand* karena bayi akan menentukan sendiri kebutuhannya. Ibu harus menyusui bayinya bila bayi menangis bukan karena sebab lain (kencing, kepanasan/keedinginan, atau sekedar ingin didekap) atau ibu sudah merasa perlu menyusui bayinya. Bayi yang sehat dapat mengosongkan satu payudara sekitar 5-7 menit dan ASI dalam lambung bayi akan kosong dalam waktu 2 jam. Pada awalnya bayi akan menyusui dengan jadwal yang tak teratur, dan akan mempunyai pola tertentu setelah 1-2 minggu kemudian.(59)

**h. Masalah - masalah dalam pemberian ASI**

Kegagalan dalam proses menyusui sering disebabkan karena timbulnya beberapa masalah, antara lain:(52)

1) Puting susu lecet

Penyebab : Kesalahan dalam teknik menyusui yang benar, Akibat dari pemakaian sabun, alcohol, krim,dll untuk mencuci puting susu, Mungkin saja terjadi pada bayi yang *frenulum linguae* (tali lidah yang pendek), sehingga menyebabkan bayi sulit menghisap sehingga hisapannya hanya pada puting susu, Rasa nyeri dapat timbul jika ibu menghentikan menyusui kurang hati-hati.

Menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia, masalah yang paling sering terjadi pada ibu yang menyusui adalah puting susu nyeri/lecet. Keadaan seperti ini biasanya terjadi karena posisi bayi sewaktu menyusu salah. Bayi hanya menghisap pada puting karena aerola sebagian besar tidak masuk ke dalam mulut bayi.

Hal ini juga dapat terjadi pada akhir menyusui bila melepaskan hisapan bayi tidak benar. Juga dapat terjadi bila sering membersihkan puting dengan alkohol atau sabun. Puting lecet ini dapat menggagalkan upaya menyusui oleh karena ibu akan segan menyusui karena terasa sakit dan tidak terjadi pengosongan payudara sehingga produksi ASI berkurang.(62)

Pencegahan puting susu lecet diantaranya :

- a) Ibu perlu mengetahui posisi menyusui yang benar.
- b) Ibu perlu tahu cara melepaskan bayi dari payudara.
- c) Jangan membersihkan puting dengan sabun atau alkohol

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk puting susu lecet yaitu:

- a) Perbaiki posisi menyusui.
- b) Mulai menyusui dari payudara yang tidak sakit.
- c) Tetap mengeluarkan ASI dari payudara yang putingnya lecet
- d) Keluarkan sedikit ASI dan oleskan ke puting yang lecet dan biarkan kering
- e) Pergunakan BH yang menyangga
- f) Bila terasa sangat sakit boleh minum obat pengurang rasa sakit.

## 2) Payudara bengkak

a) Penyebab : Pembengkakan ini terjadi karena ASI tidak disusui secara adekuat, sehingga sisa ASI terkumpul pada system duktus yang mengakibatkan terjadinya pembengkakan. Pembengkakan bisa terjadi pada hari ketiga dan keempat sesudah melahirkan.

b) Pencegahan : Apabila memungkinkan, susukan bayi segera setelah lahir, Susukan bayi tanpa dijadwal, Keluarkan ASI dengan tangan atau pompa bila produksi ASI melebihi kebutuhan bayi., Melakukan perawatan payudara

## 3) Saluran susu tersumbat (*obstrutive duct*)

Suatu keadaan dimana terdapat sumbatan pada *duktus laktiferus*. penyebabnya adalah : Tekanan jari ibu pada waktu menyusui, Pemakaian BH yang terlalu ketat, Komplikasi payudara bengkak, yaitu susu yang terkumpul tidak segera dikeluarkan sehingga menimbulkan sumbatan.

4) Mastitis

Hal ini merupakan radang pada payudara, yang disebabkan oleh:

- a) Payudara bengkak yang tidak disusui secara adekuat
- b) Puting lecet yang memudahkan masuknya kuman dan terjadi payudara bengkak
- c) BH yang terlalu ketat
- d) Ibu yang diit jelek, kurang istirahat, anemi akan mudah terinfeksi.

5) Abses payudara

Abses payudara merupakan kelanjutan dari mastitis, hal ini dikarenakan meluasnya peradangan payudara. Payudara tampak merah mengkilap dan terdapat nanah sehingga perlu insisi untuk mengeluarkannya.

6) Kelainan anatomis pada puting susu (puting tenggelam/datar)

Pada puting tenggelam kelainan dapat diatasi dengan perawatan payudara dan perasat *Hoffman* secara teratur. Jika puting masih tidak bisa diatasi maka untuk mengeluarkan ASI dapat dilakukan dengan tangan/pompa kemudian dapat diberikan dengan sendok/pipet.

## 12. Keluarga Berencana

### a. Pengertian Kontrasepsi

Menurut Rusmini dkk, kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma tersebut.(63)

### b. Tujuan Kontrasepsi

- 1) Fase menunda/ mencegah kehamilan, dimana pada fase menunda ini ditujukan pada pasangan usia subur dengan istri kurang dari 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilannya.
- 2) Fase menjarangkan kehamilan, dimana pada periode usia istri antara 20-35 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kehamilan 2-4 tahun, ini dikenal dengan catur warga.
- 3) Fase menghentikan/ mengakhiri kehamilan/ kesuburan, dimana periode ini umur istri diatas 30 tahun terutama 35 tahun sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah mempunyai 2 orang anak.(64)

**c. Efektifitas Kontrasepsi**

Efektifitas kontrasepsi yang digunakan bergantung pada kesesuaian pengguna dengan intruksi. Perbedaan keberhasilan juga tergantung pada tipikal penggunaan (yang terkadang tidak konsisten) dan penggunaan sempurna yang mengikuti semua intruksi dengan benar dan tepat.(65)

**d. Faktor-faktor yang Berperan dalam Pemilihan Kontrasepsi**

Menurut Proverawati (2010), faktor yang berperan dalam pemilihan kontrasepsi adalah:(66)

- 1) Faktor pasangan dan motivasi : umur, gaya hidup, frekuensi senggama, jumlah keluarga yang diinginkan, pengalaman dengan metode kontrasepsi yang lalu.
- 2) Faktor kesehatan : status kesehatan, riwayat haid, riwayat keluarga, pemeriksaan fisik dan panggul
- 3) Faktor metode kontrasepsi : efektifitas, efek samping, biaya.

**e. Jenis-jenis Kontrasepsi**

Jenis-jenis metode kontrasepsi antara lain:

- 1) Metode Alamiah
  - a) Senggama terputus (*Coitus Interuptus*)  
Senggama terputus adalah metode keluarga berencana traditional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminya dari

vagina sebelum pria mencapai ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina dan kehamilan dapat dicegah.(67)

b) Pantang berkala

Prinsip pantang berkala ialah tidak melakukan senggama pada masa subur istri, untuk menentukan masa subur istri dipakai 3 patokan yaitu ovulasi terjadi 14 kurang 2 hari sebelum haid yang akan datang, sperma dapat hidup dan membuahi dalam 48 jam setelah ejakulasi, ovum dapat hidup 24 jam setelah ovulasi. Jadi jika konsepsi ingin dicegah, koitus harus dihindari sekurang-kurangnya selama 3 hari (72 jam) yaitu 48 jam sebelum ovulasi dan 24 jam sesudah ovulasi terjadi.(67)

c) Metode suhu basal

Menjelang ovulasi suhu basal tubuh akan turun dan kurang lebih 24 jam setelah ovulasi suhu basal akan naik lagi sampai lebih tinggi dari pada suhu sebelum ovulasi. Suhu basal dapat meningkat sebesar  $0,2-0,5^{\circ}\text{C}$  ketika ovulasi.(68)

d) Metode lendir serviks/ *Metode Ovulasi Billings* (MOB)

Lendir kental, keruh, kekuningan dan lengket jika direntangkan di antara kedua jari akan putus menunjukkan masa tidak subur. Saat lendir serviks menjadi basah, jernih, licin dan elastis, apabila dipegang di antara dua jari, lendir dapat diregangkan dengan mudah tanpa terputus menunjukkan masa subur (pantang bersenggama). Namun, selama hari-hari kering (tidak ada lendir) setelah menstruasi, senggama tergolong aman pada dua hari setelah menstruasi.(69)

e) Metode *Amenorhea* Laktasi (MAL)

Metode kontrasepsi sementara yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya

diberikan ASI saja tanpa tambahan makanan dan minuman lainnya.(70)

## 2) Metode *Barrier*

### a) Kondom Pria

Menurut Purwoastuti, kondom adalah jenis alat kontrasepsi yang digunakan untuk mencegah kehamilan dan infeksi penyakit kelamin dengan cara menghentikan sperma untuk masuk kedalam vagina.(70)

### b) Kondom Wanita

Kondom wanita merupakan plastik *polyuterhane* yang lentur berbentuk tabung dengan panjang kira-kira 15 cm dan diameter 7 cm, salah satu ujungnya tertutup, ujung bawah yang terbuka dilingkari cincin lunak yang ditempatkan pada vagina.(64)

### c) Diafragma

Diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung terbuat dari karet yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum melakukan hubungan seksual dan menutup serviks.

### d) Spermisida

Spermisida adalah bahan kimia (biasanya *non oksinol-9*) digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma. Dikemas dalam bentuk aerosol (busa), tablet vagina, *suppositoria* atau *dissolvable film* dan krim.(71)

## 3) Metode Kontrasepsi Hormonal

Berdasarkan jenis dan cara pemakaiannya dikenal 3 macam kontrasepsi hormonal yaitu kontrasepsi Oral (Pil), suntikan, dan kontrasepsi implant.(71)

### a) Kontrasepsi Oral (Pil)

Pil kontrasepsi bekerja dengan cara mencegah terjadinya ovulasi dan mencegah terjadinya penebalan dinding rahim. Jenis-jenis kontrasepsi oral yang beredar terbagi dua:

- (1) Pil KB kombinasi berisi dua hormon yaitu estrogen dan progesteron. Jenis-jenis pil kombinasi antara lain monofasik, bifasik, trifasik.(71)
- (2) Pil KB progesteron mengandung progesteron. Pil ini dipersiapkan untuk ibu yang sedang menyusui.(71)

b) Kontrasepsi Suntikan

Jenis-jenis kontrasepsi suntik yang sering digunakan di Indonesia antara lain:

- (1) Suntikan 1 bulan yang berisi hormon estrogen dan progesteron. Jenis suntik kombinasi ini mengandung 25 mg *Depo Medroksi progesteron Asetat* dan 5 mg *Estradiol Sipionat* yang diberikan secara injeksi I.M (*intramuskular*) sebulan sekali, dan 50 mg noretindron Enantat dan 5 mg *Estradiol valerat* yang diberikan injeksi IM (*intramuskular*) sebulan sekali. Contohnya *cyclofem*.

- (2) Suntikan 2 Bulan

Berisi hormon estrogen dan progesteron. Jenis suntik kombinasi ini mengandung *Medroxyprogesterone Acetate* 65 mg/mL dan *Estradiol Cypionate* 7,5 mg/mL yang diberikan secara injeksi I.M (*intramuskular*) dua bulan sekali. Contohnya *Festin F2..*

- (3) Suntikan 3 bulan terdapat 2 jenis

- (a) Berisi hormon estrogen dan progesteron. Jenis suntik kombinasi ini mengandung *Medroxyprogesterone Acetate* 120 mg/mL dan *Estradiol Cypionate* 10 mg/mL yang diberikan secara injeksi I.M (*intramuskular*) tiga bulan sekali. Contohnya *Festin F3*.

- (b) Berisi hormon progesteron, contohnya *depo provera*, *depo progestin*.(72) Tersedia 2 jenis kontrasepsi

yang mengandung progestin yaitu *Depo Medroksiprogesteron Asetat* (DMPA), mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik IM (*intramuskular*) dan *Depo noretisteron Enanta* (*Depo noristeran*), yang mengandung 200 mg *noretindron Enantan*, diberikan setiap 2 bulan dengan cara suntik IM (*intramuskular*).<sup>(71)</sup>

c) Implant

- (1) Norplant terdiri dari 6 batang silastik lembut berrongga dengan panjang 3,4 cm, diameter 2,4 mm, berisi 36 mg *levonogestrel* dengan lama kerja lima tahun.
- (2) Jadena dan indoplant, terdiri dari dua batang silastik lembut berongga dengan panjang 4,3 cm berdiameter 2,5 mm, berisi 75 mg *levonogestrel* dengan lama kerja 3 tahun.
- (3) Implanon, terdiri dari satu batang silastik lembut dengan berongga dengan panjang kira-kira 4,0 cm diameter 2 mm, berisi 68 mg *ketodesogestrel* dengan lama kerja 3 tahun.<sup>(67)</sup>

4) Kontrasepsi Non-Hormonal

AKDR adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan didalam rahim untuk menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi.<sup>(71)</sup>

a) Metode Mantap

(1) Tubektomi

Tubektomi adalah prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilitas (kesuburan) seorang perempuan secara permanen dengan mengokulasi tuba fallopi mengikat dan memotong atau memasang cincin sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.

## (2) Vasektomi

Vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan okulasi *vas deference* sehingga alat transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi.(64)

### 13. Kewenangan Bidan

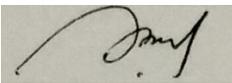
Berdasarkan Permenkes No. 28 tahun 2017 tentang Izin Penyelenggaraan Praktik Bidan pada pasal 19 ayat (3) bahwa dalam memberikan pelayanan kesehatan, bidan berwenang melakukan :(73)

- a. Episiotomi
- b. Pertolongan persalinan normal
- c. Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II
- d. Penanganan kegawat daruratan, dilanjutkan dengan rujukan
- e. Pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil
- f. Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas.
- g. Fasilitas/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif.
- h. Pemberian uretrotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum
- i. Penyuluhan dan konseling
- j. Pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.

Pada poin 4 tertulis pada ibu hamil dengan riwayat tertentu maka kita sebagai bidan harus melakukan rujukan, seperti pada kasus ini dilakukan rujukan agar DM nya teratasi dan terkontrol.

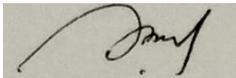
## 14. SOP di Puskesmas Mantrijeron

Tabel 7. Penatalaksanaan Diet Diabetes Melitus (DM)

	<b>PENATALAKSANAAN DIET DIABETES MELITUS (DM)</b>			
	<b>SOP</b>	No. Dokumen		: SOP/MJ/UKP/GIZU/8/2020
		No. Revisi		: 2
		Tanggal Terbit		: 20 April 2020
	Halaman	: 3 dari 5		
PUSKESMAS MANTRIJERON			Kepala Puskesmas drg. Ambarwati Triwinahyu NIP196612212006042001	
<p>Prosedur :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Petugas mempersiapkan alat dan bahan berikut ini:           <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kartu Status POZI</li> <li>b. Timbangan</li> <li>c. Microtoise</li> <li>d. Kalkulator</li> <li>e. Alat tulis</li> <li>f. Leaflet Diet DM</li> <li>g. Leaflet Daftar Bahan Makan Penukar</li> </ol> </li> <li>2. Petugas melakukan assessment awal, dengan menanyakan:           <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Nama</li> <li>b. Jenis kelamin</li> <li>c. Umur</li> <li>d. Perubahan berat badan 2 minggu- 6 bulan terakhir</li> <li>e. Perubahan nafsu makan</li> <li>f. Ada tidaknya disfagia (kesulitan menelan)</li> <li>g. Ada tidaknya mual, muntah dan diare</li> <li>h. Ada tidaknya alergi makanan atau makanan pantangan</li> <li>i. Kadar gula darah</li> <li>j. Riwayat penyakit pasien dan riwayat penyakit keluarga</li> <li>k. Frekuensi makan dan Recall makan 24 jam</li> </ol> </li> <li>3. Petugas mengukur berat badan dan tinggi badan pasien kemudian menentukan status gizi pasien</li> <li>4. Petugas memperhitungkan kebutuhan gizi pasien dengan menggunakan rumus "Harris Benedict"</li> <li>5. Petugas menjelaskan tentang Diet yang akan dijalani pasien sesuai leaflet</li> <li>6. Petugas merencanakan menu makan dalam satu hari</li> <li>7. Petugas mengevaluasi kejelasan pasien tentang diet yang akan dijalani</li> <li>8. Petugas mencatat dalam buku rekam medik, kartu status POZI, dan register konsultasi gizi</li> </ol>				

	<p>Perubahan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Petugas mempersiapkan alat dan bahan berikut ini:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Lembar asuhan gizi dan anamnesa Diit</li> <li>b. Timbangan</li> <li>c. Microtoise</li> <li>d. Kalkulator</li> <li>e. Alat tulis</li> <li>f. Leaflet Diet DM</li> <li>g. Leaflet Daftar Bahan Makan Penukar</li> </ol> </li> <li>2. Petugas melakukan assessment awal, dengan menanyakan:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Nama</li> <li>b. Jenis kelamin</li> <li>c. Umur</li> <li>d. Perubahan berat badan 2 minggu- 6 bulan terakhir</li> <li>e. Perubahan nafsu makan</li> <li>f. Ada tidaknya disfagia (kesulitan menelan)</li> <li>g. Ada tidaknya mual, muntah dan diare</li> <li>h. Ada tidaknya alergi makanan atau makanan pantangan</li> <li>i. Kadar gula darah</li> <li>j. Riwayat penyakit pasien dan riwayat penyakit keluarga</li> <li>k. Frekuensi makan dan Recall makan 24 jam</li> </ol> </li> <li>3. Petugas mengukur berat badan dan tinggi badan pasien kemudian menentukan status gizi pasien</li> <li>4. Petugas memperhitungkan kebutuhan gizi pasien dengan menggunakan rumus "Perkeni"</li> <li>5. Petugas menjelaskan tentang Diet yang akan dijalani pasien sesuai leaflet.</li> <li>6. Petugas merencanakan menu makan dalam satu hari</li> <li>7. Petugas mengevaluasi kejelasan pasien tentang diet yang akan dijalani</li> <li>8. Petugas mencatat dalam buku rekam medik, lembar asuhan gizi, dan register konsultasi gizi</li> </ol> <p>Unit terkait:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. BPU</li> <li>2. BPG</li> <li>3. KIA</li> <li>4. Gizi</li> </ol> <p>Perubahan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Unit Pelayanan Kesehatan Umum</li> <li>2. Unit Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut</li> <li>3. Unit Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak</li> <li>4. Unit Pelayanan Gizi</li> </ol>	
--	--	--

Tabel 8. Penatalaksanaan Diet Diabetes Melitus (DM)

		<b>PENATALAKSANAAN DIET DIABETES MELITUS (DM)</b>		
		<b>DAFTAR TILIK</b>	No. Dokumen : DTSOP/MJ/UKP/GIZU/8/2020 No. Revisi : 2 Tanggal Terbit : 20 April 2020 Halaman : 3 dari 5	
PUSKESMAS MANTRI JERON				Kepala Puskesmas drg. Ambarwati Triwinahyu NIP196612212006042001
1.	Apakah petugas mempersiapkan alat dan bahan berikut ini: a. Kartu Status POZI b. Timbangan c. Microtoise d. Kalkulator e. Alat tulis f. Leaflet Diet DM g. Leaflet Daftar Bahan Makan Penukar			
2.	Apakah petugas melakukan assessment awal, dengan menanyakan: a. Nama b. Jenis kelamin C. Umur d. Perubahan berat badan 2 minggu - 6 bulan terakhir e. Perubahan nafsu makan f. Ada tidaknya disfagia (kesulitan menelan) g. Ada tidaknya mual, muntah dan diare h. Ada tidaknya alergi makanan atau makanan pantangan i. Kadar gula darah j. Riwayat penyakit pasien dan riwayat penyakit keluarga k. Frekuensi makan dan Recall makan 24 jam			
3.	Apakah petugas mengukur berat badan dan tinggi badan pasien kemudian menentukan status gizi pasien?			
4.	Apakah petugas memperhitungkan kebutuhan gizi pasien dengan menggunakan rumus "Perkeni"?			
5.	Apakah petugas menjelaskan tentang Diet yang akan dijalani pasien sesuai leaflet?			
6.	Apakah petugas merencanakan menu makan dalam satu hari?			
7.	Apakah petugas mengevaluasi kejelasan pasien tentang diet yang akan dijalani?			
8.	Apakah petugas mencatat dalam buku rekam medik, kartu status POZI, dan register konsultasi gizi?			

$$CR = [Ya / (Ya + Tidak)] \times 100\%$$