

BAB II

KAJIAN KASUS

A. Kajian Kasus

1. Asuhan Kebidanan Kehamilan

Pada tanggal 04 Februari 2024 dilakukan kunjungan rumah pada ibu hamil Ny. A berusia 31 tahun, tanggal lahir 20 Desember 1992, beragama islam, pendidikan terakhir SMA, ibu tidak bekerja dan kegiatan sehari-hari ibu mengerjakan pekerjaan rumah. Ny. A tinggal bersama suami, anak, dan ibunya di Jln. Gandok Tambakan, Tambakan, Sinduharjo, Ngaglik, Sleman, Yogyakarta.

Dilakukan anamnesa awal yaitu Ny. A mengatakan tidak mengalami keluhan apapun saat ini. Berdasarkan riwayat menstruasi yaitu *menarch* pada usia 12 tahun, siklus 28 hari, teratur, lama menstruasi 5-6 hari, tidak mengalami *dismenorea*, ganti pembalut 4-5kali/hari serta tidak mengalami keputihan. Ny. A dan suami sudah menikah selama 6 tahun. HPHT 16 Mei 2023, HPL 23 Februari 2024, saat ini umur kehamilan 35 minggu 5 hari. Kehamilan ini merupakan kehamilan kedua bagi Ny. A, belum pernah mengalami abortus dan anak hidup 1 dengan jarak kehamilan yaitu 5 tahun. Status imunisasi TT adalah TT 5 yang sudah diberikan pada kehamilan pertama.

Ny. A mulai memeriksakan kehamilannya saat umur kehamilan 7 minggu. Selama hamil Ny. A mengeluh mual, muntah, dan pinggang sakit. Ny. A hanya mengkonsumsi obat yang diberikan oleh bidan dan dokter yaitu asam folat, B6, tablet tambah darah dan kalsium. Ny. A sebelumnya menggunakan alat kontrasepsi KB suntik 3 bulan selama 4 tahun. Berdasarkan riwayat kesehatan, Ny. A dan keluarga tidak pernah dan tidak sedang menderita penyakit hipertensi, diabetes melitus, asma, jantung, HIV dan hepatitis B, tidak ada riwayat keturunan kembar, dan tidak pernah dirawat di RS. Ny. A mengatakan tidak ada alergi terhadap obat, makanan dan udara. Aktivitas Ny. A sehari hari yaitu melakukan

pekerjaan rumah. Ny. A dalam sehari makan 3 kali sehari dengan nasi, sayur, lauk, dan buah. Minum air putih 2 liter perhari dan tidak minum teh, kopi ataupun jamu. Ny. A mengatakan tidak ada keluhan pada BAB setiap pagi dan BAK sehari bisa 7-8 kali. Pola istirahat Ny. A yaitu tidur malam pukul 22.00 – 04.30 WIB dan Ny. A jarang tidur siang

Berdasarkan pengkajian data objektif didapatkan hasil TD : 110/75mmHg, N : 80x/menit, S : 36,6 C. Berdasarkan pengkajian data melalui buku KIA didapatkan hasil BB : 55,9 kg, BB sebelum hamil : 46 kg, TB : 158 cm, IMT : 22,4 kg/m², LLA : 21,5 cm. Konjungtiva merah muda, sklera putih, tidak ada pembengkakan vena jugularis, mata simetris, hasil palpasi yaitu didapatkan TFU: 29 cm, pungung di sebelah kanan, presentase kepala, belum masuk panggul atau konvergen, telah dilakukan pemeriksaan penunjang pada 10 Januari 2024 di Puskesmas Ngaglik I dengan hasil Hb : 11 gr/dL

2. Asuhan Kebidanan pada Persalinan

Ny. A datang ke Klinik Sembada tanggal 17 Februari 2024 pukul 05.30 WIB diantar suami dengan keluhan perut kencang-kencang teratur sejak pukul 01.00 WIB, disertai pengeluaran lender darah dari jalan lahir. Dari hasil pemeriksaan Fisik didapatkan data keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, TD 109/79 mmHg, N: 72 x/mnt, T: 36,5 C, R: 20x/mnt, Palpasi abdomen: TFU 29 cm, puka, presentasi kepala, divergen 3/5 TBJ: 2590 gram, DJJ: 148x/ menit teratur His :3x10'x35'', kekuatan kuat VT jam 05.30 WIB: v/u tenang, d/v licin, portio tipis lunak, pembukaan 5 cm, selaput ketuban (+), presentasi kepala, H III, STLD (+), AK (-). Pukul 09.30 WIB dilakukan pemeriksaan ulang karena kontraksi semakin kuat, sering dan terasa ada dorongan meneran seperti mau BAB, kondisi ibu dan janin sehat, pembukaan 10 cm keluar lendir dan cairan ketuban, DJJ : 145x/menit teratur, His 5x10'x45'', kepala janin sudah turun. Ibu dipimpin meneran dan dilakukan pertolongan persalinan oleh bidan, bayi lahir pukul 09.55 WIB jenis kelamin laki-laki dengan Apgar skor 8/9/10 kemudian dilakukan IMD

selama kurang lebih 1 jam. Setelah bayi lahir Ny. A dilakukan penyuntikan oksitosin pada paha kanan bagian atas, setelah adanya tanda-tanda plasenta lepas yaitu adanya semburan darah dari jalan lahir dan tali pusat bertambah panjang maka dilakukan tindakan pengeluaran plasenta, pukul 10:10 WIB plasenta lahir secara spontan kondisi plasenta utuh dan dilakukan pemeriksaan pada perut ibu, uterus teraba keras, tinggi fundus uterus 2 jari dibawah pusat, perdarahan dalam batas normal. Hasil pemeriksaan pada daerah genitalia, ibu mengalami robekan derajat 2 dan sebelum dilakukan tindakan penjahitan ibu diberikan suntikan anestesi yaitu lidokain. Dari hasil pengkajian proses persalinan Ny. A menunjukkan persalinan berjalan dengan lancar, tidak ditemukan adanya masalah, komplikasi maupun kegawatdaruratan bagi ibu dan janin.

3. Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

Bayi Ny. A lahir tanggal 17 Februari Januari 2024 pukul 09.55 WIB dengan jenis kelamin laki-laki. BB lahir bayi : 2650 gram, PB 49 cm, LK 32 cm, LD 31 cm, LP 31 cm, Lila 11 cm. Bayi sudah mendapatkan injeksi Vitamin K 1 mg dan salep mata 1 jam setelah lahir (setelah IMD). Pemeriksaan fisik (*Head to Toe*) menunjukkan hasil normal dan tidak ditemukan kelainan atau cacat bawaan. Bayi BAK sekitar 3 jam setelah lahir dan mengeluarkan mekonium 5 jam setelah lahir. Ny. A sudah bisa menyusui dengan baik setiap 1-2 jam sekali. Pada hasil pemeriksaan neonatus 6 jam diperoleh hasil keadaan bayi Baik. Pemeriksaan fisik (*Head to Toe*) menunjukkan hasil normal, tidak ada kelainan, tidak ikterik, tidak ada massa/benjolan, tidak ada perubahan warna kulit, tidak ada tanda lahir, tali pusat masih basah, tidak ada perdarahan dan berbau. Dari hasil pemeriksaan pada bayi Ny. A menunjukkan hasil baik dan normal. Tidak ditemukan tanda bahaya pada neonatus, tidak ada tanda infeksi, tidak ada perdarahan tali pusat, tidak ikterik, tidak hipotermi, tidak kejang.

Pada tanggal 3 Maret 2024 dilakukan kunjungan rumah. Ny. A mengatakan telah melakukan KN 2 di Klinik Sadewa pada tanggal 24 Februari 2024 dengan hasil pemeriksaan BB 2700 gram, PB 49 cm, S 36,7 C, tali pusat sudah puput dan kering, tidak ditemukan tanda bahaya pada neonatus, tidak ada tanda infeksi, tidak ikterik, tidak hipotermi, tidak kejang. Pemeriksaan pada bayi Ny. A yang berusia 7 hari didapatkan, HR 117 kali/menit, RR: 40 kali/menit, S: 36,6 C, tali pusat sudah puput dan tidak ada keluhan ibu terhadap bayinya. Ny. A mengatakan berencana akan memberikan ASI Eksklusif. Mengajari Ny. A cara pemerah ASI.

4. Asuhan Kebidanan pada Nifas dan Menyusui

Pada tanggal 17 Februari 2024 pukul 13:00 WIB Ny. A dipindah ke kamar Nifas setelah dilakukan pemantauan 2 jam pasca persalinan. Ibu dan suami sangat senang dengan kelahiran anak keduanya ini. Demikian juga dengan orang tua dan mertuanya. Pemeriksaan tanda-tanda vital ibu pada tanggal 17 Februari 2024 pukul 13:00 WIB menunjukkan hasil, keadaan ibu baik, keluhan setelah melahirkan Ny. A merasa nyeri pada daerah genitalia karena luka jahitan dan mulas pada bagian perut. Pengeluaran ASI payudara kanan kiri (+), produksi ASI sudah banyak. Bagian perut teraba keras sudah BAK saat pindah ke ruang nifas tetapi belum BAB setelah melahirkan, keluhan nyeri dan perih pada luka jahitan. Ibu sudah bisa berjalan ke kamar mandi, duduk dan menyusui bayinya. Anus tidak ada *hemoroid*. Ny. A juga sudah bisa mandi dan berganti baju serta tidak ada keluhan pusing atau lemas. Hasil pemeriksaan dan pemantauan nifas dan neonatus hari ke-0 pada Ny. A dan bayinya menunjukkan hasil normal. Tidak ditemukan tanda-tanda infeksi, tidak pusing dan lemas, tidak ada nyeri perut hebat, tidak ada tanda depresi *post partum*, tidak ada perdarahan abnormal.

Pada tanggal 3 Mei 2024 dilakukan kunjungan rumah. Ny. A mengatakan telah melakukan KF 2 di Klinik Sembada pada 24 Februari 2024 dengan hasil pemeriksaan TD: 101/72mmHg, N: 80 kali/menit, R:

20 kali/menit, S: 36,5 C, BB: 54 kg, payudara tidak bengkak, terdapat pengeluaran ASI dari kedua payudara, TFU pertengahan pusat dengan symphysis, kontraksi uterus keras, luka jahit perineum sudah kering, pengeluaran pervaginam lochea sanguinolenta. Saat ini ibu mengatakan tidak ada keluhan pada dirinya maupun bayinya. Pada malam hari ibu tidur selama 5-6 jam dan siang hari 1 jam. Ibu sudah melakukan aktivitas normal, ibu makan 3 kali sehari dengan porsi cukup dan ibu tidak berpantang makanan dan minuman apapun. BAK dan BAB tidak ada keluhan. Berdasarkan hasil pemeriksaan kunjungan pada tanggal 3 Maret 2024 diketahui TD: 120/80 mmHg, N: 82x/menit, R 20 x/menit, S: 36,6 C, TFU pertengahan pusat dan symphysis, pengeluaran pervaginam putih (*lochea alba*).

5. Asuhan Kebidana pada Keluarga Berencana

Ibu mengatakan telah menggunakan KB IUD pasca salin, dan dipasang IUD jenis Copper T. Copper-T adalah alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) berbentuk T dengan lilitan tembaga pada bagian horizontal dan/atau vertikal dari lengan T ditempatkan di myometrium pada fundus uteri, masa berlakunya yaitu 10 tahun.

B. Kajian Teori

1. Kehamilan

a. Definisi Kehamilan⁵

Kehamilan adalah mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari: ovulasi (pelepasan ovum), migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT)⁶.

b. Tanda dan Gejala⁷

Pengetahuan tentang kondisi fisiologis pada awal kehamilan penting dimiliki untuk memahami tanda dugaan (*presumptive*) dan tanda kemungkinan (*probable*) kehamilan. Tanda dugaan kehamilan meliputi perubahan-perubahan fisiologis yang dialami oleh wanita dan pada sebagian besar kasus mengindikasikan bahwa seorang wanita sedang hamil seperti *amenore* (tidak haid), pembesaran payudara, perasaan mengidam (menginginkan makanan tertentu), mual muntah di pagi hari, tidak suka makanan tertentu, tidak tahan bau-bauan, *hipersalivasi*, pigmentasi kulit, sering kencing.

Tanda kemungkinan kehamilan meliputi perubahan-perubahan anatomi dan fisiologi, selain tanda-tanda dugaan kehamilan, yang terdeteksi saat pemeriksaan dan didokumentasi oleh pemeriksa, seperti pembesaran rahim dan perut, tanda *Hegar*, tanda *Chadwick*, tanda *Piskacek*, *ballotement*, adanya kontraksi uterus saat diraba dan reaksi pemeriksaan kehamilan positif.

Tanda-tanda pasti (positif) kehamilan adalah tanda-tanda yang secara langsung berhubungan dengan janin, sebagaimana dideteksi dan didokumentasi oleh pemeriksa yaitu tampak *fetal plate* pada pemeriksaan USG, adanya kantung gestasi, teraba bagian-bagian janin, terdapat denyut jantung janin.

c. Perubahan fisiologis dan Psikologis⁸

1) Perubahan Fisik

a) Rahim

Rahim perubahan yang amat jelas adalah pembesaran rahim untuk menyimpan bayi yang ditumbuh. Peningkatan ukuran ini disebabkan membesar dan meragang yang disebabkan oleh rangsangan estrogen serta progesteron dan terjadi akibat tekanan mekanik dari dalam yaitu janin,

plasenta serta cairan ketuban akan memerlukan lebih banyak ruangan.

b) Vagina

Vagina sampai minggu ke-8, meningkatnya vaskularisasi dan pengaruh hormone estrogen pada vagina menyebabkan tanda kehamilan yang khas disebut tanda *chadwick*, yang berwarna kebiru-biruan yang dapat terlihat oleh pemeriksa. Respon lain pengaruh hormonal adalah sekresi sel-sel vagina meningkat, sekresi tersebut berwarna putih yang bersifat sangat asam, dikenal dengan istilah “putih” atau *leucorrhea*.

c) Ovarium

Ovarium merupakan sumber hormone estrogen dan progesteron pada wanita tidak hamil. Pada kehamilan ovulasi berhenti, corpus luteum terus tumbuh sampai terbentuk plasenta yang mengambil alih pengeluaran hormone estrogen dan progesterone. Plasenta juga membentuk hormon yang lain: *human chorionic gonadotropin* (HCG), *human plasenta lactogen* (HPL), juga disebut *human chorionic somatomotropin* (hCS) dan *human chorionic thyrotropin* (hCT).

d) Dinding perut

Dinding perut dengan pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya serabut elastis di bawah kulit, maka timbullah striae gravidarum. Kulit perut pada linia alba (garis keputih) bertambah pigmentasinya disebut linia nigra.

e) Kulit

Kulit akibat membesarnya rahim dan pertumbuhan janin, perut menonjol keluar. Serabut-serabut elastis dari lapisan kulit terdalam terpisah dan terputus karena regangan.

Tanda regangan yang disebut striae gravidarum terlihat pada abdomen dan bokong terjadi pada 50% wanita hamil dan menghilang menjadi bayangan lebih terang setelah melahirkan. Perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh rangsangan hormone melanophore.

f) Payudara

Payudara terjadi perubahan secara bertahap mengalami pembesaran karena peningkatan pertumbuhan jaringan alveoli dan suplai darah. Puting susu menjadi menonjol dan keras, perubahan ini yang membawa fungsi laktasi, disebabkan oleh peningkatan kadar hormone estrogen, progesteron, laktogen dan prolaktin.

g) Sistem Sirkulasi darah

Sistem sirkulasi darah sebagaimana kehamilan berlanjut, volume darah meningkat bertahap sampai mencapai 30% sampai 50% diatas tingkat pada keadaan tidak hamil.

h) Sistem pernapasan

Wanita hamil kadang-kadang mengeluh sesak dan pendek nafas, dikarenakan pada wanita hamil terjadi perubahan system respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan oksigen. Disamping itu terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada umur kehamilan 32 minggu.

i) Sistem Gastrointestinal

Sistem gastrointestinal dapat terpengaruh oleh karena kehamilan, penyebabnya adalah faktor hormonal dan mekanis. Tingginya kadar progesteron mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah.

j) Sistem Urinari

Sistem urinari pada awal kehamilan suplai darah ke kandung kemih meningkat dan pembesaran uterus menekan kandung kemih, menyebabkan sering kemih. Terjadinya hemodilusi menyebabkan metabolisme air makin lancar sehingga pembentukan air senipun bertambah.

k) Berat Badan

Berat badan pada wanita hamil peningkatan berat badan normalnya sama dengan 25% dari berat badan sebelumnya, peningkatan yang utama adalah pada trimester kedua kehamilan.

l) Sistem Muskuloskeletal

Selama masa kehamilan wanita membutuhkan kira-kira lebih banyak kalsium dan fosfor, dengan makan makanan yang seimbang kebutuhan tersebut akan terpenuhi. Postur tubuh pada wanita mengalami perubahan secara bertahap karena janin membesar bertahap dalam rahim

2) Perubahan Psikologis⁹

Perubahan psikologis pada wanita hamil merupakan salah satu dari tiga perubahan dalam hidupnya, ialah puberta, kehamilan dan menopause perubahan yang terjadi merupakan suatu respon terhadap suatu respon terhadap kehamilannya, akibat peningkatan hormone dapat mempengaruhi suasana hati dan karena yang kadarnya yang naik turun maka demikian juga suasana hati wanita, biasanya wanita menjadi labil, lebih emosional, mudah tersinggung, mudah adanya depresi, marah, sedih, takut, khawatir, tingkah laku berubah lain tidak sama sebelum hamil perubahan ini harus di hadapi sekalipun agak membingungkan sementara waktu.

Perubahan selama kehamilan tidak dapat di hindari, sering dalam waktu yang singkat, ada beberapa sosial dan ahli klinis menyatakan bahwa kehamilan adalah salah satu tipe krisis, terdapat teori krisis yaitu pada awalnya mengalami syok dan menyangkal, kebingungan dengan masalah yang mengganggu. Pada periode ini, berbagai alternative seperti aborsi, atau adopsi yang menjadi pertimbangan, legal etik, moral dan ekonomi agar dapat menerima keadaan ini membutuhkan waktu satu sampai enam minggu untuk mengatasinya membutuhkan dukungan situasional yang mereka harapkan

d. Perubahan Trimester III¹⁰

Perubahan fisiologi pada masa kehamilan Trimester III adalah:

1) Minggu ke-28/bulan ke-7

Fundus berada dipertengahan antara pusat dan sifoudeus. Hemoroid mungkin terjadi. Pernapasan dada menggantikan pernapasan perut. Garis bentuk janin dapat dipalpasi. Rasa panas perut mungkin terasa.

2) Minggu ke-32/ bulan ke-8

Fundus mencapai prosesus sifoideus, payudara penuh, dan nyeri tekan. Sering BAK mungkin kembali terjadi. Selain itu, mungkin juga terjadi dispnea.

3) Minggu ke-38/ bulan ke-9

Penurunan bayi ke dalam pelvis/panggul ibu (*lightening*). Plasenta setebal hampir 4 kali waktu usia kehamilan 18 minggu dan beratnya 0,5-0,6 kg. Sakit punggung dan sering BAK meningkat. Braxton Hicks meningkat karena serviks dan segmen bawah rahim disiapkan untuk persalinan

e. Perubahan psikologis Trimester III

Menurut Sulistyawati (2013) Perubahan psikologis pada masa kehamilan Trimester III, yaitu:

- 1) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.
- 2) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu
- 3) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
- 4) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
- 5) Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya.
- 6) Merasa kehilangan perhatian
- 7) Perasaan mudah terluka (sensitif) dan Libido menurun

f. Ketidaknyamanan Trimester III¹⁰

1) Sering berkemih

Keluhan sering berkemih karena tertekannya kandung kemih oleh uterus yang semakin membesar dan menyebabkan kapasitas kandung kemih berkurang serta frekuensi berkemih meningkat. Dalam menangani keluhan ini, bidan dapat menjelaskan pada ibu bahwa selama kehamilan merupakan hal yang normal akibat dari perubahan yang terjadi selama kehamilan, menganjurkan ibu untuk mengurangi asupan cairan 2 jam sebelum tidur agar istirahat ibu tidak akan terganggu.

2) Pusing

Rasa pusing menjadikan keluhan ibu hamil trimester II dan trimester III. Hal ini menimbulkan rasa ketidaknyamanan pada ibu hamil, kalau tidak ditangani penyebabnya maka dapat menyebabkan tekanan darah rendah dan sampai

meninggal. Rasa pusing pada hamil kemungkinan disebabkan karena hypoglycemia. Agar ibu terhindar dari rasa pusing, saat bangun tidur secara perlahan-lahan, menghindari berdiri terlalu lama dalam lingkungan yang panas dan sesak. Dan juga diupayakan untuk tidak berbaring dalam posisi terlentang.

3) Sesak nafas

Keluhan sesak nafas juga dapat terjadi karena adanya perubahan pada volume paru yang terjadi akibat perubahan anatomi toraks selama kehamilan. Dengan semakin bertambahnya usia kehamilan, pembesaran uterus akan semakin mempengaruhi keadaan diafragma ibu hamil, dimana diafragma terdorong ke atas sekitar 4 cm disertai pergeseran ke atas tulang iga. Perubahan pernapasan akibat progesterone dan peningkatan laju metabolik maternal dan konsumsi oksigen janin menimbulkan ibu merasa seperti tidak dapat mengambil nafas.

4) Bengkak dan kram pada kaki

Bengkak atau oedem adalah penumpukan atau retensi cairan pada daerah luar sel akibat dari berpindahnya cairan intraseluler ke ekstraseluler. Oedem pada kaki bias dikeluhkan pada usia kehamilan diatas 34 minggu. Hal ini dikarenakan tekanan uterus yang semakin meningkat dan mempengaruhi sirkulasi cairan. Dengan bertambahnya tekanan uterus dan tarikan gravitasi menyebabkan retensi cairan semakin besar.

5) Gangguan tidur dan mudah lelah

Pada trimester III, hampir semua wanita mengalami gangguan tidur. Cepat lelah pada kehamilan disebabkan karena nokturia (sering berkemih dimalam hari), terbangun di malam hari dan mengganggu tidur yang nyenyak. Wanita

hamil yang mengalami insomnia disebabkan ketidaknyamanan akibat uterus yang membesar, ketidaknyamanan lain selama kehamiandan pergerakan janin, terutama janin aktif.

6) Nyeri perut bagian bawah

Nyeri perut bagian bawah ini dapat bersifat fisiologis dan beberapa lainnya merupakan tanda bahaya pada kehamilan, secara normal nyeri perut bagian bawah disebabkan oleh mual muntah yang berlebihan dan konstipasi yang dialami oleh sebagian besar ibu. Nyeri ligamentum, torsi uterus yang parah dan adanya kontraksi *Braxton Hicks* juga mempengaruhi keluhan ibu terkait dengan nyeri perut bagian bawah

g. Tanda Bahaya Kehamilan¹¹

Menurut Prawirohardjo, deteksi dini gejala dan tanda bahaya selama kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah terjadinya gangguan yang serius terhadap kehamilan ataupun keselamatan ibu hamil

1) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan dibawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Sekitar 10-12% kehamilan akan berakhir dengan keguguran yang pada umumnya (60-80%) disebabkan oleh kelainan kromosom yang ditemui pada spermatozoa ataupun ovum. Perdarahan pada kehamilan lanjut atau diatas 20 minggu pada umumnya disebabkan oleh plasenta previa. Perdarahan yang terjadi sangat terkait dengan luas plasenta dan kondisi segmen bawah rahim yang menjadi tempat implantasi plasenta tersebut. Pada plasenta yang tipis dan menutupi sebagian jalan lahir, maka umumnya terjadi perdarahan bercak berulang dan apabila segmen bawah rahim mulai

terbentuk disertai dengan sedikit penurunan bagian terbawah janin, maka perdarahan mulai meningkat hingga tingkatan yang dapat membahayakan keselamatan ibu.

2) Pre-Eklamsia

Pada umumnya ibu hamil dengan usia kehamilan diatas 20 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darah diatas normal sering diasosiasikan dengan pre-eklamsia. Data atau informasi awal terkait dengan tekanan darah sebelum hamil akan sangat membantu petugas kesehatan untuk membedakan hipertensi kronis (yang sudah ada sebelumnya) dengan pre-eklamsia.

3) Nyeri Nyeri Hebat di Daerah Abdominopelvikum

Bila hal tersebut di atas terjadi pada kehamilan trimester kedua atau ketiga dan disertai dengan riwayat dan tanda dibawah ini, maka diagnosis nya mengarah pada solusio plasenta, baik dari jenis yang disertai perdarahan (*revealed*) maupun tersembunyi (*concealed*).

5. Persalinan¹²

a. Definisi Persalinan¹²

Persalinan adalah serangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu, yang dimulai dengan kontraksi persalinan sejati ditandai oleh perubahan progresif pada serviks dan diakhiri dengan kelahiran plasenta. Menjelang persalinan, otot polos uterus mulai menunjukkan aktivitas kontraksi secara terkoordinasi, diselingi dengan suatu periode relaksasi dan mencapai puncaknya menjelang persalinan, serta secara berangsur menghilang pada periode postpartum.

b. Etiologi Persalinan

Selama kehamilan, didalam tubuh perempuan terdapat dua hormon yang dominan yaitu esterogen dan progesteron. Hormon esterogen berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim serta

memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan mekanis. Sedangkan, hormon progesteron berfungsi untuk menurunkan sensitivitas otot rahim, menghambat rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin dan mekanis serta menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.¹³ Sampai saat ini hal yang menyebabkan mulainya proses persalinan belum diketahui sehingga hanya ada teori-teori antara lain disebabkan oleh hormon, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh tekanan pada saraf, dan nutrisi. Dengan demikian dapat disebutkan beberapa teori yang dapat menyebabkan persalinan yaitu sebagai berikut:

1) Teori Penurunan Progesteron¹⁴

Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his. Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.¹⁴

2) Teori Oksitosin

Menjelang persalinan, terjadi peningkatan reseptor oksitosin dalam otot rahim, sehingga mudah terangsang saat disuntikkan oksitosin dan menimbulkan kontraksi.¹⁵

3) Teori Keregangan Otot Rahim

Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini merupakan

faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenter sehingga plasenta mengalami degenerasi. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang sampai batas tertentu. Apabila batas tersebut sudah terlewati, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

4) Teori Prostaglandin¹⁶

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F₂ atau E₂ yang diberikan secara intravena, intra dan extra amnial menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap umur kehamilan. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat keluar. Prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. Hal ini juga didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun daerah perifer pada ibu hamil, sebelum melahirkan atau selama persalinan.

5) Teori Janin¹⁴

Terdapat hubungan hipofisis dan kelenjar suprarenal yang menghasilkan sinyal kemudian diarahkan kepada maternal sebagai tanda bahwa janin telah siap lahir. Namun mekanisme ini belum diketahui secara pasti

6) Teori Plasenta Menjadi Tua

Plasenta yang semakin tua seiring dengan bertambahnya usia kehamilan akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron sehingga timbul kontraksi rahim

c. Tanda- tanda Persalinan⁷

1) Tanda-tanda Persalinan Sudah Dekat

a) *Lightening*

Pada minggu ke-36 pada primigravida terjadi penurunan fundus karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh:

- (1) Kontraksi *Braxton Hicks*
- (2) Ketegangan otot perut
- (3) Ketegangan ligamentum rotundum
- (4) Gaya berat janin kepala ke arah bawah¹⁴

b) Terjadinya His Permulaan⁷

Makin tua usia kehamilan, pengeluaran progesteron dan estrogen semakin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi, yang lebih sering disebut his palsu.

Sifat his palsu:

- (1) Rasa nyeri ringan dibagian bawah
- (2) Datangnya tidak teratur
- (3) Tidak ada perubahan serviks
- (4) Durasinya pendek
- (5) Tidak bertambah jika beraktivitas¹⁴

2) Tanda Masuk dalam Persalinan¹⁷

a) Terjadinya His Persalinan

- (1) Pinggang terasa sakit, yang menjalar ke depan
- (2) Sifatnya teratur, intervalnya makin pendek dan kekuatannya makin besar
- (3) Terjadi perubahan pada serviks.

b) *Bloody Show*

Pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina. Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lendir yang terdapat di kanalis servikalis lepas, kapiler pembuluh darah pecah yang menjadikan perdarahan sedikit.

c) Pengeluaran Cairan

Terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tetapi kadang pecah pada pembukaan kecil

d. Tahapan Persalinan¹⁸

1) Kala I (Kala Pembukaan)

Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran-pergeseran, ketika serviks mendatar dan membuka. Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu:

a) Fase Laten: dimana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam.⁶

b) Fase Aktif: pembukaan 4-10 cm, berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase, yaitu:

(1) Periode Akselerasi berlangsung selama 2 jam (pembukaan menjadi 4 cm)

(2) Periode Dilatasi Maksimal berlangsung selama 2 jam (pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm)

(3) Periode Deselerasi berlangsung lambat, dalam 2 jam (pembukaan jadi 10 cm atau lengkap).

Pada fase persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian terbawah janin. Berdasarkan kurve Friedman, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam.¹²

2) Kala II (Kala Pengeluaran)

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II pada primigravida berlangsung selama 2 jam dan multigravida 1 jam.

Tanda gejala kala II yaitu:

- a) Pembukaan Lengkap (10cm)
- b) Ibu ingin meneran
- c) Perineum menonjol
- d) Vulva dan anus membuka

3) Kala III

Kala III (Kala Uri) adalah periode persalinan yang dimulai dari lahirnya bayi sampai dengan lahirnya plasenta. Kala III persalinan terdiri atas dua fase, yaitu pelepasan plasenta dan ekspulsi (pengeluaran) plasenta. Segera setelah bayi dan air ketuban sudah tidak lagi berada di dalam uterus, kontraksi akan terus berlangsung dan ukuran rongga uterus akan mengecil. Pengurangan dalam ukuran uterus ini akan menyebabkan pengurangan dalam ukuran tempat melekatnya plasenta³. Oleh karena tempat melekatnya plasenta tersebut menjadi lebih kecil, maka plasenta akan menjadi tebal atau mengkerut dan memisahkan diri dari dinding uterus. Sebagian dari pembuluh-pembuluh darah yang kecil akan robek saat plasenta lepas. Tempat melekatnya plasenta akan berdarah terus hingga uterus seluruhnya berkontraksi. Setelah plasenta lahir, dinding uterus akan berkontraksi dan menekan semua pembuluh-pembuluh darah ini yang akan menghentikan perdarahan dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Sebelum uterus berkontraksi, wanita tersebut bisa kehilangan darah 350-360 cc/menit dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Uterus tidak bisa sepenuhnya berkontraksi hingga plasenta lahir dahulu seluruhnya. Oleh sebab itu, kelahiran yang cepat dari plasenta

segera setelah ia melepaskan dari dinding uterus merupakan tujuan dari manajemen kebidanan dari kala III.

4) Kala IV

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah proses tersebut. Setelah plasenta lahir tinggi fundus uteri kurang lebih 2 jari dibawah pusat. Otot-otot uterus berkontraksi, pembuluh darah yang ada diantara anyaman-anyaman otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan. Pada fase ini perlu pemantauan intensif yaitu pemantauan 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta, 30 menit pada jam kedua setelah persalinan, jika kondisi ibu tidak stabil, perlu dipantau lebih sering. Pemantauan atau observasi yang harus dilakukan pada kala IV yaitu: tingkat kesadaran, pemeriksaan tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi dan pernapasan), kontraksi uterus, Tinggi fundus uteri, kandung kemih terjadinya perdarahan (perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc.

6. Bayi Baru Lahir¹⁴

Definisi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang berusia 0-28 hari. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram, bayi segera menangis, bergerak aktif kulit kemerahan, mengisap ASI dengan baik, tidak ada cacat bawaan.

a. Adaptasi Fisiologi Bayi Baru Lahir⁶

1) Sistem Pernafasan

Bayi normal mempunyai frekuensi pernafasan 30-60 kali per menit, pernafasan diafragma dada dan perut naik dan turun secara bersamaan.

2) Penurunan Berat Badan Awal

Karena mungkin kurang mendapat nutrisi selama 3 atau 4 hari pertama kehidupan dan pada saat yang sama mengeluarkan urin, feses, dan keringat dalam jumlah yang bermakna, neonatus secara progresif mengalami penurunan berat tubuh sampai diberikan air susu ibu. Dalam minggu pertama berat bayi mungkin turun dahulu tidak lebih dari 10% dalam waktu 3-7 hari kemudian naik kembali dan hal ini normal.

3) Sistem Kardiovaskuler dan darah

Frekuensi denyut jantung bayi rata-rata 120-160 kali/ menit.

4) Sistem Pencernaan

Mekonium yang telah ada di usus besar sejak usia 16 minggu kehamilan, dikeluarkan dalam 24 jam pertama kehidupan dan dikeluarkan seluruhnya dalam 48-72 jam. Bayi dapat berdefekasi 8-10 kali perhari atau berdefekasi tidak teratur sekitar 2 atau 3 hari.

b. Penanganan Bayi Baru Lahir

1) Pencegahan Kehilangan Panas

Pada waktu bayi baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat.

2) Pembersihan Jalan Napas

Saat kepala bayi dilahirkan, sekresi lender yang berlebih dari mulut dapat dibersihkan dengan lembut.

3) Memotong dan Merawat Tali Pusat

Dalam memotong tali pusat, dipastikan bahwa tali pusat telah diklem dengan baik untuk mencegah terjadinya perdarahan. Pemotongan tali pusat dilakukan secara aseptis untuk mencegah infeksi tali pusat dan tetanus neonatorum.

Yang terpenting dalam perawatan tali pusat adalah menjaga, agar tali pusat tetap kering dan bersih.

4) Inisiasi Menyusui Dini dan Pemberian Nutrisi

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

5) Injeksi Vitamin K

Pemberian vitamin K dapat menurunkan insiden kejadian perdarahan akibat defisiensi vitamin K1 yang dapat menyebabkan kematian neonatus. Untuk mencegah perdarahan tersebut, semua bayi baru lahir diberikan suntikan vitamin K1 (phthomenadione) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intra muskuler pada anterolateral paha kiri.

6) Pemberian Salep Mata

Pemberian antibiotik profilaksis pada mata dapat mencegah terjadinya konjungtivitis. Profilaksis mata yang sering digunakan yaitu tetes mata silver nitrat 1%, salep mata, eritromisin, dan salep, mata tetrasiklin.

7) Pemberian Imunisasi Hb 0

Imunisasi hepatitis pertama (Hb0) dalam kemasan unicek diberikan 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1 secara intra muskuler. Pemberian imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk menjaga infeksi hepatitis B, terutama jalur penularan Ibu/Bayi.^{14,19}

e. Kunjungan Neonatal¹⁵

Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya tiga kali yaitu:

Kunjungan neonatal I (KN 1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir:

- a) Mempertahankan suhu tubuh bayi
- b) Pemeriksaan fisik bayi
- c) Dilakukan pemeriksaan fisik: telinga, mata, hidung, leher, dada.
- d) Konseling: jaga kehangatan, pemberian Asi sulit, kesulitan bernafas, warna kulit abnormal.

Kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari

- a) Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering
- b) Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, dan diare
- c) Memberikan Asi bayi disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam.
- d) Menjaga suhu tubuh bayi
- e) Menjaga kehangatan bayi
- f) Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan Asi eksklusif, pencegahan hipotermi, dan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan buku KIA.
- g) Diberitahukan teknik menyusui yang benar

Kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8-28 hari

Pelayanan kesehatan diberikan oleh dokter/bidan/perawat, dapat dilaksanakan di Puskesmas atau melalui kunjungan rumah:

- a) Pemeriksaan fisik
- b) Menjaga kebersihan bayi
- c) Memberitahukan ibu tentang tanda-tanda bahaya bayi baru lahir
- d) Memberikan Asi minimal 10-15 kali dalam 24 jam
- e) Menjaga kehangatan bayi
- f) Menjaga suhu tubuh bayi
- g) Memberitahu ibu tentang imunisasi BCG.

7. Nifas²⁰

a. Definisi

Masa nifas berasal dari bahasa latin, yaitu *puer* artinya bayi dan *parous* artinya melahirkan atau masa sesudah melahirkan. Asuhan kebidanan masa nifas adalah penatalaksanaan asuhan yang diberikan pada pasien mulai dari saat setelah lahirnya bayi sampai dengan kembalinya tubuh dalam keadaan seperti sebelum hamil atau mendekati keadaan sebelum hamil. Masa Nifas dimulai setelah 2 jam postpartum dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, biasanya berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan baik secara fisiologi maupun psikologis akan pulih dalam waktu 3 bulan.

b. Perubahan fisiologis²¹

1) Involusi Uterus

Involusi uterus merupakan proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan.

2) Lochea²²

Lochea adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas.

- a) Lochea Rubra (cruenta) yaitu lochea yang berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel decidua, vemicus kaseosa, lanugo, mekonium selama 2 hari pasca persalinan.
- b) Lochea Sanguilenta yaitu lochea yang berwarna merah kuning, berisi darah dan lendir hari ke 3-7 pasca persalinan.
- c) Lochea Serosa yaitu lochea yang berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pasca persalinan
- d) Lochea Alba yaitu lochea yang cair putih, setelah 2 minggu.
- e) Lochia purulenta yakni terjadi infeksi yaitu keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
- f) Lochiotosis adalah lochia tidak lancar keluarnya.

4) Vagina dan perineum

Segera setelah kelahiran, vagina tetap terbuka lebar, mungkin mengalami beberapa derajat edema memar, dan celah pada introitus. Setelah satu hingga dua hari pertama pascapartum, tonus otot vagina kembali, celah vagina tidak lebar dan vagina tidak lagi edema. Sekarang vagina menjadi berdinding lunak, lebih besar dari biasanya, dan umumnya longgar.

5) Payudara

Laktasi dimulai pada semua wanita dengan perubahan hormon saat melahirkan. Apakah wanita memilih menyusui atau tidak, ia dapat mengalami kongesti payudara selama beberapa hari pertama pascapartum karena tubuhnya mempersiapkan untuk memberikan nutrisi kepada bayi. Wanita yang menyusui berespons terhadap menstimulus bayi yang disusui akan terus melepaskan hormon dan stimulasi alveoli yang memproduksi susu

c. Kebutuhan Ibu Nifas⁶

1) Nutrisi

Konsumsi makanan dengan menu seimbang, bergizi dan cukup kalori, membantu memulihkan tubuh dan mempertahankan tubuh dari infeksi, mempercepat pengeluaran ASI serta konstipasi, selain itu ibu memerlukan tambahan kalori 500 kalori tiap hari.

2) Pola Istirahat

Ibu nifas dianjurkan tidur siang dan beristirahat selagi bayi tidur merupakan cara untuk mencegah kelelahan pada ibu nifas. Istirahat cukup dibutuhkan karena apabila kurang istirahat akan mempengaruhi produksi air susu ibu, memperlambat proses involusi, dan menyebabkan depresi.

3) Personal Hygiene

Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air pada daerah di sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang,

kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Membersihkan diri setiap kali selesai buang air kecil atau besar dan mengganti pembalut minimal dua kali sehari.

4) Pola eliminasi

Kesulitan buang air besar (konstipasi) dapat terjadi karena ketakutan akan rasa sakit, takut jahitan terbuka, atau hemoroid, kesulitan ini dapat dibantu dengan mobilisasi dini, mengkonsumsi makanan tinggi serat dan cukup minum sehingga bisa buang air besar dengan lancar.

5) Dukungan Psikologis

Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi yang harus dijalani:

a) Fase Taking In

Periode ketergantungan, periode ini berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan.

b) Fase Taking Hold

Pada fase ini akan timbul rasa khawatir akan ketidaknyaman dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi.

c) Fase Leting Go

Menerima tanggung jawab akan peran barunya, fase ini akan berlangsung sepuluh hari.

8. Keluarga berencana²³

a. Definisi Keluarga Berencana

Keluarga berencana (KB) merupakan usaha untuk mengukur jumlah anak dan jarak kelahiran anak yang diinginkan. Maka dari itu, pemerintah mencanangkan program atau cara untuk mencegah dan menunda kehamilan.

b. Tujuan KB¹⁵

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan

cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya

c. Kontrasepsi²⁴

1) Definisi Kontrasepsi

Kontrasepsi merupakan usaha-usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan. Usaha-usaha itu dapat bersifat sementara dan permanen. Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim.

2) Macam-macam Kontrasepsi

Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana terdiri dari 2 yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat dan metode kontrasepsi dengan alat. Metode kontrasepsi tanpa alat antara lain: Metode Amenorrhoe Laktasi (MAL), *Couitus Interruptus*, Metode Kalender, Metode Lendir Serviks, Metode Suhu Basal Badan, dan *Simptothermal* yaitu perpaduan antara suhu basal dan lendir servik. Sedangkan metode kontrasepsi sederhana dengan alat yaitu kondom, diafragma, cup serviks dan spermisida.

Metode Kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi 2 yaitu kombinasi (mengandung hormon progesteron dan estrogen sintetik) dan yang hanya berisi progesteron saja. Kontrasepsi hormonal kombinasi terdapat pada pil dan suntikan/injeksi. Sedangkan kontrasepsi hormone yang berisi progesteron terdapat pada pil, suntik dan *implant*.

Metode Kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Metode kontrasepsi ini secara garis besar dibagi menjadi 2 yaitu AKDR yang mengandung hormon sintetik (*sintetik progesteron*)

dan yang tidak mengandung hormon. AKDR yang mengandung hormon *Progesterone* atau *Levonorgestrel* yaitu *Progestasert* (Alza-T dengan daya kerja 1 tahun, LNG-20 mengandung *Levonorgestrel*).

Metode Kontrasepsi Mantap

Metode kontrasepsi mantap terdiri dari 2 macam yaitu Metode Operatif Wanita (MOW) dan Metode Operatif Pria (MOP). MOW sering dikenal dengan *tubektomi* karena prinsip metode ini adalah memotong atau mengikat saluran *tuba/tuba falopii* sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma. Sedangkan MOP sering dikenal dengan nama *vasektomi*, *vasektomi* yaitu memotong atau mengikat saluran *vas deferens* sehingga cairan sperma tidak dapat keluar atau ejakulasi.

9. AKDR

a. Pengertian

Alat kontrasepsi yang dipasang dalam rahim dengan menjepit kedua saluran yang menghasilkan indung telur sehingga tidak terjadi pembuahan, terdiri dari bahan plastik polietilena, ada yang dililit oleh tembaga dan ada yang tidak.

b. Jenis AKDR

1) AKDR Non-hormonal

Pada saat ini AKDR telah memasuki generasi keempat. Oleh karena itu, berpuluh-puluh AKDR telah dikembangkan. Mulai dari generasi pertama yang terbuat dari benang sutra dan logam sampai generasi plastik (polietilen) baik yang ditambah obat atau tidak. Menurut bentuknya AKDR dibagi menjadi 2, yaitu sebagai berikut:

- 1) Bentuk terbuka (*open device*). Misalnya: Lippes Loop, Cu-T, Cu-7, Marguiles, Spring, Coil, Multiload, Nova-T.

2) Bentuk tertutup (*closed device*). Misalnya: Ota-Ring, Atigon, dan Graten Berg Ring (Kumalasari, 2015).

c. Mekanisme Kerja AKDR²⁵

Mekanisme kerja AKDR menimbulkan reaksi radang di endometrium, disertai peningkatan produksi prostaglandin dan infiltrasi leukosit. Reaksi ini ditingkatkan oleh tembaga, yang mempengaruhi enzim-enzim di endometrium, metabolisme glikogen, dan penyerapan estrogen serta menghambat transportasi sperma. Pada pemakaian AKDR yang mengandung tembaga, jumlah spermatozoa yang mencapai saluran genitalia atas berkurang. Perubahan cairan uterus dan tuba mengganggu viabilitas gamet, baik sperma atau ovum yang diambil dari pemakai AKDR yang mengandung tembaga memperlihatkan degenerasi mencolok.

Pengawasan hormone secara dini memperlihatkan bahwa tidak terjadi kehamilan pada pemakai AKDR modern yang mengandung tembaga. Dengan demikian, pencegahan implantasi bukan merupakan mekanisme kerja terpenting kecuali apabila AKDR yang mengandung tembaga digunakan untuk kontrasepsi pascakoitus. LNG-IUS menginduksi atrofi dan produksi mucus serviks antagonis, yang akan meningkatkan efektivitasnya.

d. Efektivitas AKDR²⁶

Efektivitas AKDR dinyatakan dalam angka kontinuitas (*continuation rate*) yaitu berapa lama AKDR tetap tinggal in-utero tanpa eksplusi spontan, terjadinya kehamilan, dan pengangkatan/pengeluaran karena alasan-alasan medis atau pribadi. Efektifitas dari bermacam-macam AKDR bergantung pada beberapa hal berikut:

- 1) AKDR-nya: bentuk, ukuran, dan mengandung CU atau progesterone
- 2) Akseptor:

- (1) Umur: makin tua usia, makin rendah angka kehamilan, makin rendah angka ekspulsi dan pengangkatan/pengeluaran AKDR
 - (2) Paritas: makin muda usia, terutama pada nuligravida, makin tinggi angka ekspulsi dan pengangkatan/pengeluaran AKDR;
 - (3) Frekuensi sangama.
- 3) Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi. Sangat efektif 0,6-0,8 kehamilan per 100 perempuan dalam satu tahun pertama (satu kegagalan dalam 125-170 kehamilan).

e. Keuntungan dan Kerugian¹⁵

Keuntungan menggunakan KB AKDR adalah sebagai berikut:

- 1) Mencegah kehamilan dengan sangat efektif. Kurang dari 1 kehamilan per 100 perempuan yang menggunakan AKDR selama tahun pertama
- 2) Efektif segera setelah pemasangan
- 3) Berjangka panjang studi menunjukkan bahwa AKDR CuT-380A efektif hingga 12 tahun, namun ijin edar berlaku untuk 10 tahun penggunaan.
- 4) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- 5) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
- 6) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)
- 7) Kesuburan segera kembali setelah AKDR dilepas

Kerugian menggunakan KB AKDR adalah sebagai berikut:

- a) Pemasangannya dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih secara khusus memasangnya pada rahim perempuan melalui vagina dan serviks. Seringkali klien takut selama pemasangan

- b) Perubahan siklus haid seperti haid lebih lama dan banyak, perdarahan (*spotting*) antar haid, dan haid lebih sakit (*dismenorea*)
- c) Nyeri abdomen
- d) Cairan abnormal dari vagina
- e) Tidak ada perlindungan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS)
- f) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan
- g) Klien tidak dapat melepas AKDR sendiri
- h) AKDR mungkin keluar dari uterus tanpa diketahui
- i) Klien harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu

f. Kontraindikasi

Kontraindikasi mutlak pada pengguna KB IUD sebagai berikut:

- 1) Diketahui atau dicurigai hamil
- 2) Alergi terhadap tembaga
- 3) Memiliki IMS yang aktif atau baru terjadi dalam kurun tiga bulan terakhir
- 4) Perdarahan vaginal abnormal yang belum didiagnosis
- 5) Rongga uterus mengalami distrosi hebat sehingga pemasangan atau penempatan sulit dilakukan, fibroid besar
- 6) Penyakit trofoblas gestasional
- 7) TBC pelvis
- 8) Menderita kanker ovarium
- 9) Mengidap penyakit klinis HIV berat atau lanjut
- 10) Menderita *systemic lupus erythematosus* dengan trombositopenia berat.

10. Kekurangan Energi Kronik (KEK)

Pengertian Kekurangan Energi Kronik (KEK)

Kekurangan Energi Kronik (KEK) merupakan masalah gizi yang sering terjadi pada Ibu hamil. KEK adalah keadaan seseorang yang menderita kekurangan makanan yang berlangsung menahun (kronis) yang ditandai dengan lingkaran lengan atas (LILA) < 23,5 cm sehingga mengakibatkan timbulnya gangguan kesehatan. Kurang Energi Kronis (KEK) dapat terjadi pada wanita usia subur (WUS) dan ibu hamil.¹⁴Penyebab KEK Pada Ibu Hamil

Ada beberapa hal yang dapat menyebabkan tubuh kekurangan zat gizi antara lain:

- a. jumlah zat gizi yang dikonsumsi kurang,
- b. mutu zat yang dikonsumsi rendah atau
- c. zat yang dikonsumsi gagal untuk diserap dan digunakan didalam tubuh.¹⁵

1) Jumlah asupan makanan

Kebutuhan makanan bagi ibu hamil lebih banyak dari pada kebutuhan wanita yang tidak hamil. Hal ini disebabkan karena adanya penyesuaian dari perbedaan fisiologi selama kehamilan, hal inilah yang menyebabkan jumlah asupan makanan yang biasanya dikonsumsi ibu selama hamil tidak sesuai dengan kebutuhan yang seharusnya. Akhirnya menyebabkan ibu hamil kekurangan nutrisi yang adekuat yang menyebabkan faktor resiko terjadinya KEK pada ibu hamil.

2) Mutu zat yang dikonsumsi rendah

Mutu zat yang dikonsumsi rendah berhubungan dengan daya beli keluarga untuk memenuhi kebutuhannya. Hal ini sesuai dengan pernyataan bahwa kemiskinan dan rendahnya Pendidikan dapat mempengaruhi status gizi ibu hamil sehingga tingkat konsumsi pangan dan gizi menjadi rendah.

Selain itu buruknya sanitasi dan higiene pada makanan dapat mempengaruhi mutu zat yang dikonsumsi.

- 3) Zat yang dikonsumsi gagal untuk diserap dan digunakan didalam tubuh. Zat gizi adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi.

Faktor lain yang mempengaruhi status gizi pada ibu hamil yaitu keadaan sosial dan ekonomi, jarak kelahiran terlalu dekat dimana jarak antara dua kelahiran yang terlalu dekat, paritas, usia kehamilan pertama, dan tingkat pekerjaan fisik. Selain itu faktor yang mempengaruhi gizi ibu hamil adalah umur, berat badan, suhu lingkungan, makanan, kebiasaan dan pandangan wanita terhadap makanan, status ekonomi.¹⁴

Tanda dan Gejala KEK Pada Ibu Hamil

- a. Berat badan < 40 kg atau tampak kurus dan LILA kurang dari 23,5 cm
- b. Tinggi badan < 145 cm
- c. Ibu menderita anemia dengan Hb < 11 gr%
- d. Lelah, letih, lesu, lemah, lunglai
- e. Bibir tampak pucat
- f. Nafas pendek
- g. Denyut jantung meningkat
- h. Susah buang air besar
- i. Nafsu makan berkurang
- j. Kadang-kadang pusing
- k. Mudah mengantuk

Dampak KEK Pada Ibu Hamil dan Janinnya

Akibat Kekurangan Energi Kronik (KEK) saat kehamilan dapat berakibat pada ibu maupun janin yang dikandungnya, yaitu:¹⁶

- a. Dampak Kekurangan Energi Kronik (KEK) pada ibu hamil;
 - 1) Terus menerus merasa letih
 - 2) Kesemutan

- 3) Muka tampak pucat
 - 4) Kesulitan sewaktu melahirkan
 - 5) Air susu yang keluar tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan bayi
- b. Dampak KEK saat kehamilan terhadap janin yang dikandung antara lain;
- (1) Keguguran
 - (2) Pertumbuhan janin terganggu hingga bayi lahir dengan berat
 - (3) lahir rendah (BBLR)
 - (4) Perkembangan otak janin terlambat, hingga kemungkinan
 - (5) nantinya kecerdasan anak kurang
 - (6) bayi lahir sebelum waktunya (Prematur)
 - (7) Kematian bayi

Apabila ibu mengalami kekurangan gizi selama hamil akan menimbulkan masalah, baik pada ibu maupun janin. Gizi kurang pada trimester I akan berpengaruh terhadap janin, antara lain dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin dan dapat menimbulkan keguguran (abortus), kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, asfiksia intrapartum (mati dalam kandungan), bayi lahir dengan BBLR.

Cara Pencegahan KEK sebelum hamil

Meningkatkan konsumsi makanan bergizi yaitu:¹⁷

Makan-makanan yang bervariasi dan cukup mengandung kalori dan protein termasuk makan makanan pokok seperti nasi, ubi, dan kentang setiap hari dan makanan yang mengandung protein seperti daging, ikan, telur, kacang-kacangan atau susu sekurang-kurangnya sehari sekali. Makan makanan yang banyak mengandung zat besi dari bahan makanan hewani (daging, ikan, ayam, telur) dan bahan makanan nabati (sayuran berwarna hijau

tua, kacang-kacangan, tempe). Makan sayur-sayuran dan buah-buahan yang banyak mengandung vitamin C (daun katuk, daun singkong, bayam, jambu, tomat, jeruk, dan nanas) sangat bermanfaat untuk meningkatkan penyerapan zat besi dalam usus. Menambah pemasukan zat besi kedalam tubuh dengan minum tablet penambah darah.

Cara Penanganan KEK Pada Ibu Hamil

Penanganan Kekurangan Energi Kronik (KEK) pada ibu hamil dengan menurut para ahli, yaitu:

a) Memberikan penyuluhan dan melaksanakan nasehat atau anjuran.

(1) Tambahan makanan, makanan pada ibu hamil sangat penting karena makanan merupakan sumber gizi yang dibutuhkan ibu hamil untuk perkembangan janin dan tubuhnya sendiri.

(2) Istirahat lebih banyak, ibu hamil sebaiknya menghemat tenaga dengan cara mengurangi kegiatan yang melelahkan siang 4 jam/hari, malam 8 jam/hari.

b) Pemberian Makanan Tambahan (PMT)

Menurut Depkes RI penanganan KEK, yaitu dengan cara penyelenggaraan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dimana PMT yang dimaksudkan adalah berupa makanan tambahan bukan sebagai pengganti makanan utama sehari-hari. Pemberian PMT untuk memenuhi kalori dan protein, serta variasi menu dalam bentuk makanan. Pemenuhan kalori yang harus diberikan dalam program PMT untuk ibu hamil dengan Kekurangan Energi Kronis sebesar 600 – 700 kalori dan protein 15 – 20 mg. Contoh makanan yang disarankan, antara lain;¹⁸

(1) Susu ibu hamil

(2) Makanan tinggi protein, contoh susu, roti dan biji-bijian.

- (3) Buah dan sayur yang kaya vitamin C
 - (4) Sayuran berwarna hijau tua, buah dan sayuran lainnya
- c) Periksa kehamilan secara teratur

Setiap wanita hamil menghadapi komplikasi yang bisa mengancam jiwanya. Ibu hamil sebaiknya memeriksakan 25 kehamilannya secara teratur kepada tenaga kesehatan agar resiko pada waktu melahirkan dapat dikurangi. Pelayanan prenatal yang dilakukan adalah minimal Antenatal Care 4 kali dengan ditambah kunjungan rumah bila ada komplikasi oleh bidan.