

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

1. Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil

a. Asuhan pada ibu hamil pertama 8 Januari 2024

Asuhan pada ibu hamil pertama pada Ny. E, umur 32 tahun datang bersama suaminya untuk memeriksakan kehamilannya. Ibu mengatakan tidak ada keluhan. Ny. E mengatakan ini merupakan pernikahan pertama dengan Tn. F, dan suami mengatakan ini juga pernikahan pertama. Menikah dan hamil saat berusia 21 tahun, dengan suami 8 tahun. Menarche: 12 tahun, siklus: 28 hari teratur, lama 6-7 hari, Banyaknya : ganti pembalut 3-4 kali/hari, HPHT: 16 Juni 2023 dengan HPL: 23 Maret 2024, umur kehamilan 33 minggu 2 hari. Riwayat KB, Ny. E mengatakan belum pernah KB. Kehamilan ini merupakan kehamilan yang kedua.

Riwayat kesehatan Ny. E dan keluarga dahulu dan sekarang tidak mempunyai sakit menurun, menahun, dan menular. Ny. E tidak mempunyai alergi obat ataupun makanan. Untuk pemenuhan sehari-hari dan personal hygiene baik, tidak ada keluhan. Riwayat psikososial Ny. E mengatakan sudah mengetahui tentang kehamilan. Bahwa masa kehamilan membutuhkan gizi dan istirahat yang cukup untuk perkembangan janin di dalam kandungan. Pengetahuan ibu tentang kondisi/keadaan yang dialami sekarang ibu mengetahui bahwa keadaannya normal tidak ada permasalahan. Ibu mengatakan menerima kehamilan saat ini dan keluarga serta suami mendukung dan senang.

Ibu memiliki rencana untuk melahirkan di PMB Supriyati dengan bidan dan ibu sudah mempersiapkan pakaian dll untuk persalinan, ibu

lupa dengan tanda-tanda persalinan. Hasil pemeriksaan didapatkan keadaan umum: baik, composmentis. Pemeriksaan vital sign TD: 114/71 mmHg, N: 82x/menit, S: 36,2°C, BB sebelum hamil: 40 kg, BB sekarang: 48 kg terdapat kenaikan 9 kg, TB: 160 cm sehingga IMT 18,75 kg/m², hasil ini menunjukkan ibu kategori IMT normal . Lila sebelum hamil yakni 22 cm dan Lila ibu saat ini 23 cm.

Pemeriksaan fisik wajah: tidak ada oedem, simetris, mata: konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, abdomen tidak ada bekas luka operasi, palpasi fundus teraba bokong bayi, punggung di bagian kiri, ekstremitas dibagian kanan, presentasi kepala, sudah masuk panggul. TFU 27 cm. TBJ : $(27-12) \times 155 = 2,325$ gram. DJJ 142 x/ menit dalam batas normal. Ekstremitas atas dan bawah normal tidak terdapat odema pada kaki. Riwayat pemeriksaan penunjang trimester I tanggal 28-07-2023 Hb 11,1 g/dL, GDS 88 mg/dl golongan darah: A+, HIV, Sifilis dan HbsAg Non Reaktif. Trimester II Tanggal 30-10-2023 Hb 11,2 g/dL, protein urine negatif. Trimester III Tanggal 8-1-2024 Hb 12,8 g/dL, protein urine negatif. Berdasarkan riwayat pemeriksaan penunjang Ny. E hasil Kekurangan Energi Kronik

b. Asuhan kedua yang dilakukan pada tanggal 21 Februari 2024

Asuhan kedua saat usia kehamilan 35 minggu + 2 hari dengan tidak ada keluhan. Pemeriksaan vital sign TD: 126/84 mmHg, N: 81x/menit, R: 22x/menit, S: 36,6°C, BB: 48,5 kg. Pemeriksaan fisik wajah tidak ada oedem, simetris, mata konjungtiva merah muda, sclera tidak ikterik, abdomen tidak ada bekas operasi. Palpasi fundus teraba bokong bayi, punggung di bagian kiri, ekstremitas dibagian kanan, presentasi kepala, sudah masuk panggul. Pemeriksaan MC. Donald : TFU : 28 cm, TBJ : $(28-12) \times 155 = 2480$ gram. DJJ : 141 x / menit. Ibu disarankan jalan jalan

pada pagi hari. Ibu disarankan untuk mengikuti senam yoga pada hari Sabtu jam 10 pagi di PMB supriyati.

c. Asuhan ketiga tanggal 21 Maret 2024

Asuhan ketiga saat usia kehamilan 39 minggu 5 hari dengan keluhan perut sudah mulai kenceng kenceng tapi belum teratur. . Pemeriksaan vital sign TD: 120/82 mmHg, N: 81x/menit, R: 22x/menit, S: 36,6°C, BB: 49 kg. Pemeriksaan fisik wajah tidak ada oedem, simetris, mata konjungtiva merah muda, sclera tidak ikterik, abdomen tidak ada bekas operasi. Palpasi fundus teraba bokong bayi, punggung di bagian kiri, ekstremitas dibagian kanan, presentasi kepala, sudah masuk panggul. Pemeriksaan MC. Donald : TFU : 29 cm, TBJ : $(28-12) \times 155 = 2635$ gram. DJJ : 148 x / menit.

Penatalaksanaan adalah Memberikan KIE mengenai hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu dan janin saat ini baik. Diskusi bersama ibu memantapkan rencana persalinan berupa penolong persalinan, tempat, pendamping persalinan, transportasi, biaya, dan pendonor darah. Ibu sudah yakin ingin bersalin di PMB Supriyati ditolong bidan, didampingi suami, transportasi dengan motor, biaya BPJS dan tabungan. Memantapkan kembali rencana penggunaan KB setelah persalinan, menganjurkan ibu untuk menggunakan KB nonhormonal. Menganjurkan ibu untuk segera periksa ketika sudah terjadi tanda-tanda persalinan.

2. Asuhan Kebidanan Persalinan

Pada tanggal 23 Maret 2024 jam 10.00 WIB Ny. E datang ke PMB Supriyati mengatakan keluar cairan dari vagina sedikit-sedikit. Dilakukan pemeriksaan dengan hasil keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis. Pemeriksaan vital sign TD: 124/88 mmHg, N: 90x/menit, R: 22x/menit, S: 36,6°C, BB: 69,5 kg, Hb: 12,5 g/dl, Protein Urine negative.

Setibanya di PMB Supriyati pukul 10.00 WIB dilakukan pemeriksaan dalam dan ibu didapatkan hasil vulva uretra tenang, dinding vagina licin, pembukaan 2 cm, portio tebal lunak, preskep, kepala HI, STLD (+), AK(-), SELKET(+), HIS 2x10'x30', DJJ 142x/menit. Ibu diberikan edukasi untuk miring ke kiri dan diajarkan teknik relaksasi. Selanjutnya ibu dan suami dimintai persetujuan untuk segera dilakukan persalinan secara normal. Pada pukul 14.00 WIB dilakukan lagi pemeriksaan dalam hasil yang di dapatkan hasil pemeriksaan vulva uretra tenang, dinding vagina licin, pembukaan 2 cm, portio tipis lunak, preskep, kepala HII, STLD (+), AK(-), SELKET(+), HIS 3x10'x30", DJJ 144x/menit. Pada pukul 17.10 WIB (23-3-2024) dilakukan pemeriksaan dalam dan didapatkan hasil ibu vulva uretra tenang, dinding vagina licin, pembukaan 10 cm, portio tidak teraba, preskep, kepala HIII, STLD (+), AK(-), SELKET(+), HIS 3x10'x30", DJJ 142x/menit dan ibu mengeluh ingin mengejan dan merasa seperti BAB, lalu ibu dipimpin untuk mengejan. Bayi ibu lahir spontan pada pukul 17.25 WIB, jenis kelamin perempuan dengan berat badan 2750 gram dan panjang 48 cm, LK 33cm, LD 32cm. Ibu tidak dilakukan penjahitan karena tidak ada robekan perinium. Persalinan ibu berjalan dengan lancar, dilakukan IMD. ASI juga sudah keluar. Ibu senang dengan kelahiran putrinya yang kedua.

Selanjutnya, memberikan selamat kepada ibu atas kelahiran putrinya dan turut bahagia atas kelahiran anak ibu. Pengkaji mengobservasi kondisi ibu dan bayi saat ini. Ibu sudah diperbolehkan pulang ke rumah pada tanggal 24 Maret 2024 pukul 10.00 WIB, ibu mengatakan kondisinya baik, sudah bisa menyusui, dan sudah bisa jalan sendiri. Selanjutnya, menganjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif pada bayi selama 6 bulan dan menyusui secara *on demand* atau maksimal setiap 2 jam sekali. Memberikan KIE mengenai faktor yang mempengaruhi kelancaran ASI yaitu sering disusukan pada bayi dan keadaan psikis ibu yang tenang, nyaman, percaya diri bahwa ASInya banyak

maka ASI pun juga akan keluar banyak. Memberitahu ibu perawatan pada luka jalan lahir, perawatan tali pusat, dan perawatan bayi sehari-hari.

3. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas

a. Asuhan Nifas 1 (KF I 6-48 jam)

Berdasarkan pengkajian nifas pada 24 Maret 2024, hasil pemeriksaan yang dilakukan di PMB Supriyati menunjukkan bahwa Ny.E dalam keadaan umum baik, tanda vital dalam batas normal. Hasil pemeriksaan fisik diperoleh hasil ASI keluar, kontraksi uterus keras, TFU 2 jari dibawah pusat, perdarahan dalam batas normal, lochea rubra, jahitan basah, tidak ada tanda infeksi. Hb Postpartum 11 g/dl. Di PMB Supriyati, Ny.E mendapatkan terapi obat amoxicillin 500 mg 3x1, vitamin A 1x1, tablet tambah darah 1x1, Lancar ASI 1x1, dan asam mefenamat 500 mg 3x1.

Hasil pengkajian Ny.E mengatakan belum BAB. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberikan KIE nutrisi dan cairan selama masa nifas, *personal hygiene* dan *vulva hygiene*, kebutuhan istirahat, tanda bahaya masa nifas, meningkatkan produksi ASI. KIE menyusui on demand dan ASI eksklusif agar tercipta bonding, KIE kelola stress dan pemberian support, KIE tanda bahaya masa nifas, KIE minum obat secara rutin. Konseling KB IUD post Plasenta.

b. Asuhan Nifas 2 (KF II 3-7 hari)

Pada tanggal 27 Maret 2024 dilakukan kontrol nifas untuk memantau kondisi Ny.E. Ny.E mengatakan pengeluaran ASI lancar, bayi menyusu kuat, pengeluaran darah berwarna merah bercampur lendir. Ibu memberikan ASI setiap 2 jam sekali atau on demand. Pemenuhan Nutrisi, ibu makan 3-4x/hari dengan nasi, sayur, lauk, buah dan cemilan ; minum 2-3 liter/hari dengan air putih, teh, dan susu. Ibu sudah melakukan

aktivitas sehari-hari dan tidak ada keluhan. Pada malam hari ibu tidur 5-6 jam dan siang 0,5-1 jam.

Hasil pemeriksaan, keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, tanda vital dalam batas normal. Hasil pemeriksaan fisik diperoleh hasil mata tidak anemis, pengeluaran ASI banyak, puting tidak lecet, payudara tidak bengkak, kontraksi keras, TFU pertengahan symphysis-pusat, lochea sanguilenta, tidak ada robekan pada jalan lahir.

Diagnosa yang diperoleh yaitu Ny.E umur 32 tahun P2Ab0Ah2 postpartum hari ke-4 dalam keadaan sehat. Penatalaksanaan yang diberikan yaitu memastikan teknik menyusui benar, personal hygiene dan vulva hygiene, pemberian ASI eksklusif, istirahat yang cukup, KIE tanda bahaya masa nifas, mengingatkan ibu untuk kontrol sesuai jadwal atau bila ada keluhan.

c. Asuhan Nifas 3 (KF III 8-28 hari)

Pada tanggal 3 April 2024 dilakukan kunjungan nifas ke PMB Supriyati untuk memantau kondisi Ny.E. Ny.E mengatakan pengeluaran ASI lancar, bayi menyusu kuat, pengeluaran darah berwarna kecoklatan. Ibu memberikan ASI setiap 2 jam sekali atau on demand.

Hasil pemeriksaan, keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, tanda vital dalam batas normal. Hasil pemeriksaan fisik diperoleh hasil mata tidak anemis, pengeluaran ASI banyak, puting tidak lecet, payudara tidak bengkak, TFU tidak teraba, lochea serosa, tidak ada luka jahitan pada jalan lahir.

Diagnosa yang diperoleh yaitu Ny.E umur 32 tahun P2Ab0Ah2 postpartum hari ke-10 dalam keadaan sehat. Penatalaksanaan yang diberikan yaitu pemenuhan nutrisi dan cairan, personal hygiene dan vulva hygiene, pemberian ASI eksklusif, istirahat yang cukup.

4. Asuhan Kebidanan pada Akseptor KB IUD

Asuhan pada KB dan alat kontrasepsi pasca salin dilakukan pada tanggal tanggal 23 Maret 2024 jam 17.25 WIB di PMB Supriyati dilakukan pengkajian berdasarkan hasil anamnesis dan catatan pada kartu KB pasien Ny.E telah dilakukan pemasangan KB IUD dengan jangka waktu hingga 23 maret 2029. KU ibu baik, kesadaran compos mentis, TD: 125/84 mmHg, BB: 45 kg, RR: 20kali/menit, N: 84 kali/menit, S: 36,5⁰C Mata: Konjungtiva merah muda, sclera putih, ASI sudah lancar, Abdomen: TFU 2 jari di bawah pusat.

Penatalaksanaan memberitahu efek samping alat kontrasepsi IUD, memberitahu jika terjadi keluhan seperti keluar benang dari jalan lahir, IUD keluar dari vagin segera melakukan kontrol ke PMB Supriyati atau jika tidak ada keluhan NY.E bisa melakukan Kontrol IUD pada 23 April 2024

5. Asuhan Bayi Baru Lahir dan Neonatus

a. Asuhan Bayi Baru Lahir

Bayi Ny.E lahir pada tanggal 23 Maret 2024 pada pukul 17.25 WIB pada usia kehamilan ibu 40 minggu, persalinan spontan, jenis kelamin perempuan, penolong bidan, bayi tidak ada kelainan maupun kecacatan. Antropometri bayi Ny.E antara lain berat lahir 2750 gram, panjang badan panjang 48 cm, LK 33cm, LD 32cm, Lila 10 cm. Asuhan bayi baru lahir yang telah diberikan pada bayi Ny.E yaitu dilakukan IMD dalam 1 jam pertama kelahiran bayi, injeksi vitamin K1, pemberian salep mata antibiotika profilaksis, dan perawatan tali pusat.

b. Asuhan Neonatus 1 (KN I 6-48 jam)

Kunjungan neonatus I pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir. Bayi Ny.E telah diberikan imunisasi Hb 0 pada paha kanan bayi. Hasil pemeriksaan diperoleh bayi mau menyusu, bayi sudah BAK dan BAB, tidak ikterus. Hasil pemeriksaan fisik bayi menunjukkan bayi dalam keadaan sehat.

Berdasarkan pengkajian 24 Maret 2024, ibu mengatakan bayi nya sudah BAB dan BAK, bayi tidak rewel, bayi mau menyusu, tali pusat dalam keadaan bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi. Diperoleh diagnosa By.Ny.E umur 12 jam cukup bulan sesuai masa kehamilan dalam keadaan sehat. Penatalaksanaan yang diberikan yaitu memberi konseling kepada ibu untuk tetap menjaga kehangatan pada bayi, menganjurkan ibu menyusui bayi lebih sering, memberi konseling kepada ibu tentang perawatan tali pusat, memberitahu ibu tanda bahaya bayi baru lahir

c. Kunjungan Neonatus 2 (KN II 3-7 hari)

Kunjungan neonatus II pada hari ke-3 sampai dengan hari ke-7 setelah kelahiran. Pada tanggal 27 Maret 2024 dilakukan kontrol ke PMB Supriyati untuk pemantauan kondisi bayi dan dilakukan skrining hipotiroid konginetal (SHK). Ibu mengatakan bayi tidak ada keluhan, bayi menyusu kuat. Hasil pemeriksaan didapatkan hasil keadaan umum baik. BB 2850 gram, Tanda vital suhu 36,7 °C, HR 124 x/menit, respirasi 44 x/menit. Hasil pemeriksaan fisik normal. Diagnosa yang diperoleh yaitu By.Ny.E umur 4 hari dengan dalam keadaan sehat. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu konseling perawatan tali pusat, konseling ASI eksklusif.

d. Asuhan Neonatus 3 (KN III 8-28 hari)

Kunjungan neonatus III pada hari ke 8-28 setelah kelahiran. Pada tanggal 3 April 2024 dilakukan kontrol ibu dan bayi, ibu mengatakan saat ini bayinya dalam keadaan sehat, tidak ada keluhan, tali pusat sudah lepas. Ny.E mengatakan bayinya menyusu kuat. Hasil pemeriksaan, keadaan umum bayi baik, tanda vital respirasi 44 x/menit, HR 126 x/menit, suhu 36,7 °C. Hasil pemeriksaan fisik diperoleh hasil normal. Diperoleh diagnosa By.Ny.E umur 10 hari dalam keadaan sehat. Penatalaksanaan yang diberikan yaitu memberitahu rencana imunisasi BCG, konseling ASI eksklusif

B. Kajian Teori

1. Kehamilan

a. Pengertian

Pengertian Kehamilan Beberapa pengertian dari kehamilan adalah sebagai berikut:¹

- 1) Kehamilan merupakan waktu transisi, yakni suatu masa antara kehidupan sebelum memiliki anak yang sekarang berada dalam kandungan dan kehidupan nanti setelah anak tersebut lahir.
- 2) Kehamilan merupakan masa yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari). Kehamilan ini dibagi atas 3 semester yaitu; kehamilan trimester pertama mulai 0-14 minggu, kehamilan trimester kedua mulai mulai 14-28 minggu, dan kehamilan trimester ketiga mulai 28-42 minggu.
- 3) Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai janin lahir. Lama kehamilan normal dihitung dari hari pertama menstruasi terakhir (HPMT) yaitu 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari). Selama kehamilan seorang wanita akan mengalami perubahan dalam yang meliputi perubahan fisiologis dan psikologis.²

b. Perubahan Fisiologi Trimester III

Perubahan fisiologi pada masa kehamilan Trimester III adalah¹² :

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 *proesus 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.

c. Ketidaknyamanan Trimester III

Berikut adalah ketidaknyamanan ibu hamil trimester III¹³:

1) Sering buang air kecil

Sering buang air kecil disebabkan oleh adanya pembesaran rahim dan saat kepala bayi turun kerongga panggul yang menekan kandung kemih sehingga membuat ibu sering buang air kecil.

Cara menanggapi dan mencegah bisa dengan cara latihan kegel, menganjurkan ibu untuk buang air kecil secara teratur dan tidak menahan BAK, serta menghindari penggunaan pakaian yang ketat.

2) Nyeri pinggang

Nyeri pada pinggang, hal ini karena ada peningkatnya beban berat yang dibawa oleh ibu yaitu bayi dalam kandungan. Cara menanganinya ataupun mencegahnya dengan cara hindari sikap membungkuk saat mengangkat beban sebaiknya tekuk lutuk terlebih dahulu sebelum mengangkat beban.

3) Sulit bernafas

Ibu hamil yang sudah memasuki trimester tiga yaitu usia kehamilan 28 minggu. Janin semakin membesar dan akan terus menekan rahim. Sehingga tekanan ini membuat otot-otot yang berada dibawah paru-paru hanya menaik sekitar 4 cm dari posisi sebelumnya. Hal ini menyebabkan ruang udara didalam paru-paru menyempit. Tetapi ketika kepala bayi sudah masuk kedalam rongga panggul biasanya ibu dapat merasakan lega dan mudah untuk bernafas kembali.

Cara menanganinya ataupun cara mencegah yaitu dengan melakukan teknik relaksasi yaitu Tarik nafas panjang lalu hembuskan secara perlahan.

4) Kontraksi

Kontraksi yang dirasakan ibu merupakan kontraksi palsu atau Braxton hicks. Hal ini dapat ibu rasakan ketika menjelang hari H-persalinan. berupa rasa sakit yang ringan, tidak teratur, dan hilang bila ibu duduk atau istirahat.

5) Varises pada kaki atau vulva

Peningkatan volume darah dan alirannya selama kehamilan akan menekan daerah panggul dan vena di kaki atau vulva, yang menyebabkan vena menonjol. Pada akhir kehamilan kepala bayi juga akan menekan vena daerah panggul sehingga menimbulkan varises. Cara menanggapi ataupun mencegah yaitu lakukan olahraga ataupun senam secara teratur, hindari duduk ataupun berdiri dalam jangka waktu yang lama. Hindari memakai sepatu ataupun sandal yang ber hak tinggi, dan ketika tertidur kaki posisikan lebih tinggi daripada kepala.

6) Konstipasi

Pada trimester ke 3 ini konstipasi juga dirasakan karena adanya tekanan rahim yang membesar ke daerah usus selain peningkatan hormon progesterone. Atasi dengan makanan berserat, buah-buahan, sayur-sayuran, minum air yang banyak, dan olahraga. Cara menangani dan mencegahnya yaitu lebih banyak mengonsumsi makanan yang berserat, melakukan olahraga ringan ataupun senam hamil secara rutin, tidak menahan BAB.

7) Kram dan nyeri kaki

Kram pada kaki biasanya timbul pada usia kehamilan 24 minggu. Hal ini dirasakan oleh ibu hamil sanget sakit, kadang-kadang masih terjadi pada saat persalinan sehingga sangat mengganggu ibu dalam proses persalinan. Serta penyebabnya pun belum pasti, tetapi ada beberapa kemungkinan terjadi karena adanya kadar kalsium yang rendah, uterus membesar sehingga menekan pembuluh darah pelvik, kelelahan dan sirkulasi darah ke tingkai bagian bawah berkurang.

Cara untuk mengurangi kram dan nyeri kaki yaitu: olahraga atau senam secara teratur, meningkatkan asupan kalsium (susu, sayuran yang berwarna hijau gelap) dan air putih yang cukup, pada saat bangun tidur, sebaiknya jari-jari kaki ditegakkan sejajar dengan tumit untuk mencegah kram yang mendadak. Dan hindari sepatu atau sandal yang hak tinggi.

8) Peningkatan cairan vagina

Peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal. Cairan biasanya jernih, pada awal kehamilan biasanya agak kental mendekati persalinan lebih cair, yang terpenting adalah tetap menjaga kebersihan. Cara menanganinya dengan mengganti celana dalam jika

sudah terasa lembab dan basah, memelihara kebersihan alat reproduksi. Tidak menggunakan bahan celana dalam yang ketat lebih baiknya untuk menggunakan bahan celana dalam yang berbahan katun.

9) Oedema

Ini sering terjadi pada kehamilan trimester ke 2 dan 3, biasanya berhubungan dengan karena adanya pembesaran uterus pada ibu hamil yang mengakibatkan vena pelvik tertekan sehingga menimbulkan gangguan sirkulasi, tekanan pada saraf dikaki atau karena rendanya kadar kalsium. Cara menanganinya yaitu dengan meningkatkan periode istirahat dan berbaring dengan posisi miring kiri, tidak menggantung kaki saat duduk, perbanyak konsumsi cairan (minimal 6-8 gelas/ hari) untuk membantu diuresis natural, hindari pakaian dan kaos kaki yang ketat.

d. Faktor Risiko pada Kehamilan

1) Pengertian Faktor Risiko

Kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan yang akan menyebabkan terjadinya bahaya dan komplikasi yang lebih besar baik pada ibu maupun pada janin dalam kandungan dan dapat menyebabkan kematian, kesakitan, kecacatan, ketidak nyamanan dan ketidak puasannya. Dengan demikian untuk menghadapi kehamilan atau janin risiko tinggi harus diambil sikap proaktif, berencana dengan upaya promotif dan preventif. Sampai pada waktunya, harus diambil sikap tepat dan cepat untuk menyelamatkan ibu dan bayinya atau dipilih ibunya saja.

Keadaan yang dapat meningkatkan risiko kematian ibu secara tidak langsung disebut sebagai faktor risiko, semakin banyak faktor risiko yang ditemukan pada kehamilan maka semakin tinggi pula risikonya. Komplikasi pada saat kehamilan dapat dikategorikan dalam

risiko kehamilan, sebanyak 90% penyebab kematian terjadi karena komplikasi obstetric yang tidak terduga saat kehamilan, saat persalinan atau pasca persalinan dan 15% kehamilan diperkirakan berisiko tinggi dan dapat membahayakan ibu dan janin.⁴

2) Kriteria Kehamilan Berisiko

Kehamilan berisiko terbagi menjadi tiga kriteria yang dituangkan dalam bentuk angka atau skor. Angka bulat yang digunakan dalam penilaian yaitu 2, 4 dan 8 pada setiap variabel dan kemudian dijumlahkan menjadi total skor akhir.

- a) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) Kehamilan risiko rendah dimana ibu seluruh ibu hamil berisiko terhadap kehamilannya untuk ibu hamil dengan kehamilan risiko rendah jumlah skor 2 yaitu tanpa adanya masalah atau faktor risiko. Persalinan dengan kehamilan risiko rendah dalam dilakukan secara normal dengan keadaan ibu dan bayi sehat, tidak dirujuk dan ditolong bidan.
- b) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) Kehamilan risiko tinggi dengan jumlah skor 6 - 10, adanya satu atau lebih penyebab masalah pada kehamilan, baik dari pihak ibu maupun bayi dalam kandungan yang memberi dampak kurang menguntungkan bagi ibu bayi. Kategori KRT memiliki risiko kegawatan tetapi tidak darurat.
- c) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) Kehamilan risiko sangat tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12 . Ibu hamil dengan dua atau lebih faktor risiko meningkat dan memerlukan ketepatan waktu dalam melakukan tindakan rujukan serta pertolongan persalinan yang memadai di Rumah Sakit ditangani oleh Dokter spesialis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa KRST merupakan kelompok risiko penyebab kematian maternal.

- 3) Pengelompokan faktor risiko tinggi kehamilan
 - a) Faktor risiko tinggi menjelang kehamilan. Faktor genetika yaitu faktor keturunan dan faktor lingkungan yang dipengaruhi oleh pendidikan dan sosial.⁵
 - b) Faktor risiko tinggi yang bekerja selama hamil atau keadaan yang dapat merangsang kehamilan. Kebiasaan ibu seperti merokok, minum minuman alkohol, kecanduan obat dll. Penyakit yang mempengaruhi kehamilan misalnya hipertensi gestasional, toksemia gravidarum.
 - c) Faktor risiko saat persalinan
 - d) Faktor risiko pada neonatus.

4) Batasan Faktor Risiko

Faktor risiko pada ibu hamil dikelompokkan dalam 3 kelompok, sebagai berikut: ⁴

a) Kelompok I

Ada Potensi Gawat Obstetrik (APOG), meliputi 10 faktor risiko: 7 Terlalu dan 3 Pernah. Kelompok ini pada kehamilan yang mempunyai masalah yang perlu diwaspadai. Selama kehamilan, ibu hamil sehat tanpa ada keluhan yang membahayakan tetap waspada karena kemungkinan terjadi penyulit dalam persalinan.⁶

Tabel 1. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok 1

No	Faktor Risiko (FR I)	Batasan Kondisi Ibu
1	Primi Muda	Terlalu muda, hamil pertama ≤ 16 tahun
2	Primi Tua	a. Terlalu tua, hamil pertama umur ≥ 35 tahun b. Terlalu lambat hamil, setelah kawin ≥ 4 tahun
3	Primi Tua Sekunder	Terlalu lama punya anak lagi, terkecil ≥ 10 tahun
4	Anak Terkecil <2tahun	Terlalu cepat punya anak lagi, terkecil ≤ 2 tahun
5	Grande Multi	Terlalu banyak punya anak, 4 atau lebih
6	Umur >35 tahun	Terlalu tua, hamil umur 35 tahun atau lebih

7	Tinggi Badan <145 cm	Terlalu pendek dengan ibu hamil pertama; hamil kedua atau lebih, tetapi belum pernah melahirkan normal/spontan dengan bayi cukup bulan dan hidup
8	Pernah gagal kehamilan	a. Hamil kedua, pertama gagal b. Hamil ketiga/lebih mengalami gagal (abortus, lahir mati) 2 kali
9	Pernah melahirkan dengan:	a. Pernah melahirkan dengan tarikan tang/vakum b. Pernah uri dikeluarkan oleh penolong dari dalam rahim c. Pernah diinfus/transfusi pada perdarahan pasca persalinan
10	Pernah Operasi Sesar	Pernah melahirkan bayi dengan operasi sesar sebelum kehamilan ini

Sumber: Rochjati (2021)

b) Kelompok II

Ada Gawat Obstetrik/AGO, ada 8 faktor risiko Gawat Obstetri tanda bahaya pada saat kehamilan, persalinan, dan nifas. Beberapa penyakit ibu hamil yang dikategorikan sebagai gawat obstetri yaitu: anemia, malaria pada ibu hamil, penyakit TBC, payah jantung, diabetes militus, HIV/AIDS, toksoplasmosis

Tabel 2. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok II

No	Faktor Risiko (FR II)	Batasan Kondisi Ibu
1	Penyakit ibu hamil	
	Anemia	Pucat, lemas badan, lekas, berkunang-kunang, lelah, lesu, mata
	Malaria	Panas tinggi, mengigil keluar keringat, sakit kepala
	Tuberkulosa paru	Batuk lama tidak sembuh-sembuh, batuk darah, badan lemah, lesu dan kurus
	Payah jantung	Sesak nafas, jantung berdebar-debar, kaki bengkak
	Kencing manis	Diketahui diagnosa dokter dengan pemeriksaan laboratorium
	PMS, dll	Diketahui diagnosa dokter dengan pemeriksaan laboratorium

2	Preeklamsia ringan	Bengkak tungkai dan tekanan darah tinggi
3	Hamil kembar/gemeli	Perut ibu sangat besar, gerak anak terasa dibanyak tempat
4	Hamil kembar air/Hidramnion	Perut ibu sangat membesar, gerak anak kurang terasa karena air ketuban terlalu banyak
5	Hamil lebih bulan/hamil serotinus	Ibu hamil 9 bulan dan lebih 2 minggu belum melahirkan
6	Janin mati di dalam rahim	Ibu hamil tidak merasakan gerakan anak lagi, perut mengecil
7	Letak sungsang	Rasa berat menunjukkan letak dari kepala janin di atas perut; kepala bayi ada di atas dalam rahim
8	Latak lintang	Rasa berat menunjukkan letak kepala janin di samping perut; kepala bayi dalam rahim terletak di sebelahh kanan atau kiri.

Sumber: Rochjati (2021)

c) Kelompok III

Ada Gawat Darurat Obstetrik AGDO, ada 2 faktor risiko,ada ancaman nyawa ibu dan bayi.

Tabel 3. Faktor risiko yang terdapat dalam kelompok III

No	Faktor Risiko (FR II)	Batasan Kondisi Ibu
1	Perdarahan sebelum bayi lahir	Mengelurkan darah pada waktu hamil, sebelum melahirkan bayi
2	Pereklampsia berat	Pada hamil 6 bulan lebih; sakit kepala/pusing, bengkak tungkai/wajah, tekanan darah tinggi, pemeriksaan urine ada albumin
3	Eklampsia	Ditambah dengan terjadi kejang-kejang

Sumber: Rochjati (2021)

5) Faktor penyebab terjadinya risiko tinggi

- a) Faktor non medis Faktor non medis penyebab terjadinya kehamilan risiko tinggi yaitu kemiskinan, ketidaktahuan, pendidikan rendah, adat istiadat, tradisi, kepercayaan, status gizi, sosial ekonomi yang rendah, kebersihan lingkungan, kesadaran untuk memeriksakan

kehamilan secara teratur, fasilitas dan sarana kesehatan yang serba kekurangan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan, pendapatan ibu dan pemeriksaan Antenatal Care (ANC) dengan kejadian Kekurangan Energi Kronis (KEK). Terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan pengetahuan tentang tanda bahaya kehamilan.⁷

b) Faktor medis Penyakit ibu dan janin, kelainan obstetrik, gangguan plasenta, gangguan tali pusat, komplikasi janin, penyakit neonatus dan kelainan genetik.

e. Ibu Hamil dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK)

1) Pengertian Kekurangan Energi Kronik (KEK)

Kekurangan Energi Kronik (KEK) adalah keadaan dimana ibu mengalami malnutrisi yang disebabkan kekurangan satu atau lebih zat gizi makanan yang berlangsung menahun (kronik) yang mengakibatkan timbulnya gangguan kesehatan pada ibu secara relatif atau absolut. Kekurangan Energi Kronik sering terjadi pada pada wanita usia subur (WUS) dan pada ibu hamil. Faktor-faktor yang memengaruhi KEK pada ibu hamil terbagi menjadi dua, yaitu faktor internal dan eksternal. Faktor internal (individu/keluarga) yaitu genetik, obstetrik, dan seks. Sedangkan faktor eksternal adalah gizi, obat-obatan, lingkungan, dan penyakit.⁸

2) Penilaian Status Gizi pada Ibu Hamil dengan Kekurangan Energi Kronik (KEK)

Metode untuk Penilaian Status Gizi dibagi ke dalam tiga kelompok. Pertama, metode secara langsung yang terdiri dari penilaian tanda klinis, tes laboratorium, metode biofisik, dan antropometri. Kedua, penilaian dengan statistik kesehatan (tidak langsung). Kelompok terakhir adalah penilaian dengan melihat variabel ekologi.

Dari sekian banyak metode PSG, metode langsung yang paling sering digunakan adalah antropometri.⁹ Beberapa indeks antropometri yang sering digunakan yaitu Berat Badan menurut Umur (BB/U), Tinggi Badan menurut Umur (TB/U), Lingkar Lengan Atas (LILA), Lingkar Kepala, Indeks Massa Tubuh (IMT) dan Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U).

Antropometri merupakan cara penentuan status gizi yang paling mudah. TB/U, BB/U, dan BB/TB direkomendasikan sebagai indikator yang baik untuk menentukan status gizi balita.¹⁰ Sedangkan untuk indeks antropometri yang umum digunakan pada orang dewasa (usia 18 tahun ke atas) adalah indeks massa tubuh (IMT). IMT tidak dapat digunakan pada bayi, anak, remaja, ibu hamil, olahragawan, dan orang dengan keadaan khusus seperti edema, asites, dan hepatomegali. Menurut Kristiyanasari yang dikutip dalam buku Gizi Ibu Hamil, ada beberapa cara yang dapat digunakan untuk mengetahui status gizi ibu hamil, antara lain (1) memantau penambahan berat badan selama hamil, (2) mengukur LILA untuk mengetahui apakah seseorang menderita KEK dan (3) mengukur kadar Hb untuk mengetahui kondisi ibu apakah menderita anemia yang merupakan faktor resiko kurang gizi.¹³

3) Memantau Penambahan Berat Badan selama hamil.

Seorang ibu yang sedang hamil selama trimester I kenaikan berat badan seorang ibu bisa mencapai 1-2 kg, lalu setelah mencapai trimester II pertambahan berat badan semakin banyak yaitu sekitar 3 kg dan pada trimester III sekitar 6 kg.¹⁴ Kenaikan tersebut disebabkan karena adanya pertumbuhan janin dan plasenta dan air ketuban. Kenaikan berat badan yang ideal untuk seorang ibu yang gemuk yaitu 7 kg dan 12,5 kg untuk ibu yang tidak gemuk. Jika berat badan ibu

tidak normal maka akan memungkinkan terjadinya keguguran, lahir *premature*, BBLR, gangguan kekuatan rahim saat kelahiran (kontraksi), dan perdarahan setelah persalinan.¹⁵

Berat badan dilihat dari *quatelet* atau *body massa index* (Index Masa Tubuh = IMT). Indeks massa tubuh merupakan alat sederhana untuk memantau status gizi orang dewasa khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan. Wanita dengan status gizi rendah atau biasa dikatakan IMT rendah, memiliki efek negatif pada hasil kehamilan, biasanya berat bayi baru lahir rendah dan kelahiran preterm.¹⁶

IMT dapat dihitung dengan rumus sebagai berikut:

$$IMT = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{(\text{Tinggi Badan (m)})^2}$$

Tabel 4. Kenaikan BB wanita hamil berdasarkan BMI

Kategori BMI	tambahan BB (kg)	nambahan BB		
		1 M	2	3
		(g)))
Rendah (BMI <19,8)	2,5 -18 kg	2,3/bln	0,49/minggu	0,40/minggu
Normal (BMI 19,8 -26)	1,5 -16 kg	1,6/bln	0,44/minggu	0,50/minggu
Tinggi (BMI >26-29)	7 – 11,5 kg	0,9/bln	0,3/minggu	0,35/minggu
Obesitas (BMI >29)	≥ 6 kg			

Sumber: Helen Varney

4) Mengukur Kadar Hemoglobin (Hb)

Ibu hamil umumnya mengalami defisiensi besi sehingga hanya memberi sedikit besi kepada janin yang dibutuhkan untuk metabolisme besi yang normal. Selanjutnya mereka akan IMT: Berat Badan (kg) Tinggi Badan (m)² menjadi anemia pada saat kadar hemoglobin ibu turun sampai di bawah 11 gr/dl selama trimester III. Beberapa akibat anemia gizi pada wanita hamil akan menyebabkan gangguan nutrisi dan oksigenasi utero plasenta. Hal ini jelas menimbulkan gangguan pertumbuhan hasil konsepsi, sering terjadi immaturitas, prematuritas, cacat bawaan, atau BBLR.¹⁷

5) Mengukur Lingkar Lengan Atas (LILA)

Pengukuran LILA dimaksudkan untuk mengetahui prevalensi wanita usia subur usia 15–45 tahun dan ibu hamil yang menderita kurang energi kronis (KEK). Berat badan prahamil di Indonesia, umumnya tidak diketahui sehingga LILA dijadikan indikator gizi kurang pada ibu hamil. Menurut *WHO Collaborative Study menunjukkan bahwa nilai cut off Mid Upper Arm Circumference (MUAC) atau Lingkar Lengan Atas (LILA) < 21 cm - < 23 cm* memiliki risiko signifikan untuk Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) sebesar 95%.

LILA digunakan untuk mengidentifikasi ibu hamil dengan resiko KEK karena LILA memiliki beberapa keuntungan diantaranya mudah untuk digunakan dan hanya membutuhkan satu pengukuran serta dapat digunakan sebagai alat pengukuran status gizi dalam keadaan darurat. *Sphere Guideline 10* merekomendaasikan LILA sebagai alat skrining untuk wanita hamil sebagai kriteria untuk menentukan ibu hamil dengan KEK sehingga dapat ditentukan program makan yang sesuai. *Sphere Guideline 10* menyatakan bahwa

cut off point untuk pengukuran LILA berkisar dari 21 cm - 23 cm bervariasi sesuai negara.¹⁷

Di Indonesia menurut Departemen Kesehatan alat ukur yang digunakan untuk mengetahui KEK pada ibu hamil menggunakan metode LILA. Sasarannya adalah wanita pada usia 15 sampai 45 tahun yang terdiri dari remaja, ibu hamil, dan ibu menyusui. Ambang batas LILA WUS dan Ibu Hamil dengan resiko KEK adalah 23,5 cm. Dimana seseorang dikatakan KEK ketika LILA < 23,5 cm artinya wanita tersebut mempunyai resiko KEK dan diperkirakan akan melahirkan BBLR. BBLR mempunyai resiko kematian, gizi kurang, gangguan pertumbuhan dan gangguan perkembangan anak.¹⁸

LILA digunakan untuk mengukur lingkaran lengan atas pada wanita hamil. Ketebalan lipatan kulit dan lingkaran lengan atas tengah adalah pengukuran secara tidak langsung untuk menilai dua komponen penting dalam tubuh yaitu, masa lemak bebas dan lemak bebas (*fat and fat free mass*). Alasan mengapa mengukur kedua komponen ini penting adalah karena lemak merupakan bentuk penyimpanan energi utama serta masa lemak bebas (*fat free mass*). Sedangkan otot merupakan indikator yang baik untuk mengukur cadangan protein didalam tubuh. LILA maternal ditemukan relatif stabil selama kehamilan. Sehingga LILA tidak berhubungan dengan usia kehamilan.¹⁹ Ukuran LILA selama kehamilan hanya berubah sebanyak 0,4 cm.

Perubahan ini selama kehamilan tidak terlalu besar sehingga pengukuran LILA pada masa kehamilan masih dapat dilakukan untuk melihat status gizi ibu hamil. Pengukuran lingkaran lengan atas (LILA) merupakan pengukuran sederhana untuk menilai malnutrisi energi

protein karena massa otot merupakan indeks cadangan protein, serta sensitif terhadap perubahan kecil pada otot yang terjadi, misalnya bila jatuh sakit. Pengukuran LILA juga memberi gambaran tentang keadaan jaringan otot dan lapisan lemak di bawah kulit. Adapun ambang batas LILA WUS dengan resiko KEK di Indonesia dapat dilihat pada tabel 5 dibawah ini:¹⁹

Tabel 5. Klasifikasi Resiko KEK menurut LILA Ibu Hamil

lai ambang LILA (cm)	Resiko
<23,5	Tinggi Resiko
23,5 - 26,5	Tinggi Resiko
26,5 - 29,5	Tinggi Resiko
29,5 - 32,5	Tinggi Resiko
32,5 - 35,5	Tinggi Resiko
35,5 - 38,5	Tinggi Resiko
38,5 - 41,5	Tinggi Resiko
41,5 - 44,5	Tinggi Resiko
44,5 - 47,5	Tinggi Resiko
47,5 - 50,5	Tinggi Resiko
50,5 - 53,5	Tinggi Resiko
53,5 - 56,5	Tinggi Resiko
56,5 - 59,5	Tinggi Resiko
59,5 - 62,5	Tinggi Resiko
62,5 - 65,5	Tinggi Resiko
65,5 - 68,5	Tinggi Resiko
68,5 - 71,5	Tinggi Resiko
71,5 - 74,5	Tinggi Resiko
74,5 - 77,5	Tinggi Resiko
77,5 - 80,5	Tinggi Resiko
80,5 - 83,5	Tinggi Resiko
83,5 - 86,5	Tinggi Resiko
86,5 - 89,5	Tinggi Resiko
89,5 - 92,5	Tinggi Resiko
92,5 - 95,5	Tinggi Resiko
95,5 - 98,5	Tinggi Resiko
98,5 - 101,5	Tinggi Resiko
101,5 - 104,5	Tinggi Resiko
104,5 - 107,5	Tinggi Resiko
107,5 - 110,5	Tinggi Resiko
110,5 - 113,5	Tinggi Resiko
113,5 - 116,5	Tinggi Resiko
116,5 - 119,5	Tinggi Resiko
119,5 - 122,5	Tinggi Resiko
122,5 - 125,5	Tinggi Resiko
125,5 - 128,5	Tinggi Resiko
128,5 - 131,5	Tinggi Resiko
131,5 - 134,5	Tinggi Resiko
134,5 - 137,5	Tinggi Resiko
137,5 - 140,5	Tinggi Resiko
140,5 - 143,5	Tinggi Resiko
143,5 - 146,5	Tinggi Resiko
146,5 - 149,5	Tinggi Resiko
149,5 - 152,5	Tinggi Resiko
152,5 - 155,5	Tinggi Resiko
155,5 - 158,5	Tinggi Resiko
158,5 - 161,5	Tinggi Resiko
161,5 - 164,5	Tinggi Resiko
164,5 - 167,5	Tinggi Resiko
167,5 - 170,5	Tinggi Resiko
170,5 - 173,5	Tinggi Resiko
173,5 - 176,5	Tinggi Resiko
176,5 - 179,5	Tinggi Resiko
179,5 - 182,5	Tinggi Resiko
182,5 - 185,5	Tinggi Resiko
185,5 - 188,5	Tinggi Resiko
188,5 - 191,5	Tinggi Resiko
191,5 - 194,5	Tinggi Resiko
194,5 - 197,5	Tinggi Resiko
197,5 - 200,5	Tinggi Resiko
200,5 - 203,5	Tinggi Resiko
203,5 - 206,5	Tinggi Resiko
206,5 - 209,5	Tinggi Resiko
209,5 - 212,5	Tinggi Resiko
212,5 - 215,5	Tinggi Resiko
215,5 - 218,5	Tinggi Resiko
218,5 - 221,5	Tinggi Resiko
221,5 - 224,5	Tinggi Resiko
224,5 - 227,5	Tinggi Resiko
227,5 - 230,5	Tinggi Resiko
230,5 - 233,5	Tinggi Resiko
233,5 - 236,5	Tinggi Resiko
236,5 - 239,5	Tinggi Resiko
239,5 - 242,5	Tinggi Resiko
242,5 - 245,5	Tinggi Resiko
245,5 - 248,5	Tinggi Resiko
248,5 - 251,5	Tinggi Resiko
251,5 - 254,5	Tinggi Resiko
254,5 - 257,5	Tinggi Resiko
257,5 - 260,5	Tinggi Resiko
260,5 - 263,5	Tinggi Resiko
263,5 - 266,5	Tinggi Resiko
266,5 - 269,5	Tinggi Resiko
269,5 - 272,5	Tinggi Resiko
272,5 - 275,5	Tinggi Resiko
275,5 - 278,5	Tinggi Resiko
278,5 - 281,5	Tinggi Resiko
281,5 - 284,5	Tinggi Resiko
284,5 - 287,5	Tinggi Resiko
287,5 - 290,5	Tinggi Resiko
290,5 - 293,5	Tinggi Resiko
293,5 - 296,5	Tinggi Resiko
296,5 - 299,5	Tinggi Resiko
299,5 - 302,5	Tinggi Resiko
302,5 - 305,5	Tinggi Resiko
305,5 - 308,5	Tinggi Resiko
308,5 - 311,5	Tinggi Resiko
311,5 - 314,5	Tinggi Resiko
314,5 - 317,5	Tinggi Resiko
317,5 - 320,5	Tinggi Resiko
320,5 - 323,5	Tinggi Resiko
323,5 - 326,5	Tinggi Resiko
326,5 - 329,5	Tinggi Resiko
329,5 - 332,5	Tinggi Resiko
332,5 - 335,5	Tinggi Resiko
335,5 - 338,5	Tinggi Resiko
338,5 - 341,5	Tinggi Resiko
341,5 - 344,5	Tinggi Resiko
344,5 - 347,5	Tinggi Resiko
347,5 - 350,5	Tinggi Resiko
350,5 - 353,5	Tinggi Resiko
353,5 - 356,5	Tinggi Resiko
356,5 - 359,5	Tinggi Resiko
359,5 - 362,5	Tinggi Resiko
362,5 - 365,5	Tinggi Resiko
365,5 - 368,5	Tinggi Resiko
368,5 - 371,5	Tinggi Resiko
371,5 - 374,5	Tinggi Resiko
374,5 - 377,5	Tinggi Resiko
377,5 - 380,5	Tinggi Resiko
380,5 - 383,5	Tinggi Resiko
383,5 - 386,5	Tinggi Resiko
386,5 - 389,5	Tinggi Resiko
389,5 - 392,5	Tinggi Resiko
392,5 - 395,5	Tinggi Resiko
395,5 - 398,5	Tinggi Resiko
398,5 - 401,5	Tinggi Resiko
401,5 - 404,5	Tinggi Resiko
404,5 - 407,5	Tinggi Resiko
407,5 - 410,5	Tinggi Resiko
410,5 - 413,5	Tinggi Resiko
413,5 - 416,5	Tinggi Resiko
416,5 - 419,5	Tinggi Resiko
419,5 - 422,5	Tinggi Resiko
422,5 - 425,5	Tinggi Resiko
425,5 - 428,5	Tinggi Resiko
428,5 - 431,5	Tinggi Resiko
431,5 - 434,5	Tinggi Resiko
434,5 - 437,5	Tinggi Resiko
437,5 - 440,5	Tinggi Resiko
440,5 - 443,5	Tinggi Resiko
443,5 - 446,5	Tinggi Resiko
446,5 - 449,5	Tinggi Resiko
449,5 - 452,5	Tinggi Resiko
452,5 - 455,5	Tinggi Resiko
455,5 - 458,5	Tinggi Resiko
458,5 - 461,5	Tinggi Resiko
461,5 - 464,5	Tinggi Resiko
464,5 - 467,5	Tinggi Resiko
467,5 - 470,5	Tinggi Resiko
470,5 - 473,5	Tinggi Resiko
473,5 - 476,5	Tinggi Resiko
476,5 - 479,5	Tinggi Resiko
479,5 - 482,5	Tinggi Resiko
482,5 - 485,5	Tinggi Resiko
485,5 - 488,5	Tinggi Resiko
488,5 - 491,5	Tinggi Resiko
491,5 - 494,5	Tinggi Resiko
494,5 - 497,5	Tinggi Resiko
497,5 - 500,5	Tinggi Resiko

Sumber: Supariasa, Bakri dan Fajar, 2018

LILA yang rendah dapat menggambarkan IMT yang rendah pula. Ibu yang menderita KEK sebelum hamil biasanya berada pada status gizi yang kurang, sehingga penambahan berat badan selama hamil harus lebih besar. Makin rendah IMT pra hamil maka makin rendah berat lahir bayi yang dikandung dan makin tinggi risiko BBLR. Pengukuran LILA tidak dapat digunakan untuk memantau perubahan status gizi dalam jangka pendek.¹⁹

6) Dampak KEK

Akibat KEK saat kehamilan dapat berakibat pada ibu maupun janin yang dikandungnya yaitu meliputi:

- a) Terus menerus merasa letih
- b) Kesemutan
- c) Muka tampak pucat
- d) Kesulitan sewaktu melahirkan
- e) Air susu yang keluar tidak cukup untuk kebutuhan bayi

Akibat KEK saat kehamilan terhadap janin antara lain:

- a) Keguguran
- b) Pertumbuhan janin terganggu hingga bayi lahir dengan berat lahir rendah (BBLR)
- c) Perkembangan otak janin terlambat, hingga kemungkinan nantinya kecerdasan anak kurang
- d) Bayi lahir sebelum waktunya (Prematur)
- e) Kematian bayi

Buku Gizi Ibu Hamil, bila 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.²⁰

Menurut Sari Ibu hamil yang menderita KEK dan anemia mempunyai resiko kesakitan yang lebih besar terutama pada trimester III kehamilan dibandingkan dengan ibu hamil normal. Akibatnya mempunyai resiko yang lebih besar untuk melahirkan bayi dengan BBLR, dan pengaruh gizi kurang terhadap proses persalinan dapat mengakibatkan persalinan sulit dan lama, persalinan sebelum waktunya (*premature*), persalinan dengan operasi cenderung meningkat, kematian saat persalinan, serta perdarahan pasca persalinan yang sulit dan mudah mengalami gangguan kesehatan.²¹

7) Faktor yang Mempengaruhi KEK pada Ibu Hamil

Ada beberapa hal yang dapat menyebabkan tubuh kekurangan zat gizi antara lain: (1) jumlah zat gizi yang dikonsumsi kurang, (2) mutu zat yang di konsumsi rendah atau (3) zat yang dikonsumsi gagal untuk diserap dan digunakan didalam tubuh.

- a) 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 di konsumsi 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.²²
 - b) Mutu zat yang di konsumsi 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 higienitas pada makanan dapat mempengaruhi mutu zat yang dikonsumsi.²³
 - c) 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. 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, umur, berat badan, suhu lingkungan, makanan, kebiasaan dan pandangan wanita terhadap makanan, status ekonomi. Di Indonesia sendiri kasus Kekurangan Energi Kronis (KEK) disebabkan oleh beberapa faktor yakni faktor umur, pendidikan, pekerjaan, riwayat penyakit, anemia, paritas.²⁴
- 8) Pelayanan pada Ibu Hamil dengan Kekurangan Energi Kronis
- Pelayanan gizi pada ibu hamil mengikuti standar pelayanan

antenatal terpadu yang meliputi timbang berat badan dan ukur tinggi badan, nilai status gizi (ukur LILA), memberikan tablet tambah darah (TTD), tatalaksana kasus, dan temu wicara/konseling.

a) Penapisan Penapisan dilakukan pengukuran LILA, hasil laboratorium dan ada tidaknya penyakit.

i. Penentuan Status Gizi

(1) Normal jika $LILA \geq 23,5$ cm

(2) KEK jika $LILA < 23,5$ cm Selain status gizi perlu diperhatikan kondisi ibu hamil yang berisiko. Disebut Ibu Hamil Risiko Tinggi bila:

(a) TB < 145 cm dan atau

(b) BB < 45 kg pada seluruh usia kehamilan

(c) Anemia bila Hb < 11 g/dl 3)

ii. Pelayanan Antenatal Terpadu Ibu Hamil dengan KEK

Setiap ibu hamil mempunyai risiko mengalami masalah gizi terutama KEK, oleh karena itu semua ibu hamil harus menerima pelayanan antenatal yang komprehensif dan terpadu. Tujuan pelayanan antenatal terpadu meliputi: deteksi dini, pengobatan dan penanganan gizi yang tepat terhadap gangguan kesehatan ibu hamil termasuk masalah gizi terutama KEK; Persiapan persalinan dan kesiapan menghadapi komplikasi akibat masalah kesehatan terutama masalah gizi pada ibu hamil KEK; pencegahan terhadap penyakit dan komplikasinya akibat KEK melalui penyuluhan kesehatan dan konseling.²³ Ibu hamil KEK adalah ibu hamil dengan hasil pemeriksaan antropometri, $LILA < 23,5$ cm dan harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan

tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan. Secara umum pelayanan gizi pada ibu hamil KEK di fasilitas pelayanan kesehatan dilakukan sesuai dengan karakteristik wilayah (epidemiologis dan/atau sosial budaya dan kemampuan local). Pelayanan gizi dapat dilakukan oleh tenaga gizi dan bidan.²⁴ Pengkajian Gizi Pengkajian gizi dilakukan dengan interpretasi data antropometri, biokimia, klinis, asupan makan/riwayat gizi dan riwayat personal.

(1) Interpretasi data antropometri menggunakan:

LILA (KEK jika LILA < 18,5 kg/m²)

(2) Interpretasi data biokimia

Hb (anemia jika Hb < 11 gr/dl)

(3) Interpretasi data Klinis

Kurus, pucat

(4) Interpretasi data asupan makan/riwayat gizi

Riwayat personal yaitu sosial ekonomi dan budaya

(keyakinan terkait pola makan)

(5) Membandingkan dengan standar yang ada

iii. Tatalaksanaan Ibu Hamil dengan KEK

Bidan dapat melakukan pelayanan gizi untuk ibu hamil KEK jika tidak ada tenaga gizi.

Kegiatan tatalaksana gizi yang dilakukan bidan yaitu:

- (1) Edukasi pola makan.
- (2) Pemberian makanan tambahan ± 500 kkal, 15 gr protein per hari dan pantau perkembangan janin oleh bidan.
- (3) Apabila tidak terjadi kenaikan BB 1 kg/bulan (Trimester I) dan 2 kg/bulan (Trimester II dan III) segera merujuk ke dokter dan tenaga gizi.

f. Penatalaksanaan sesuai Kewenangan Bidan

Kewenangan bidan yang berkaitan dengan perencanaan kehamilan yang sehat tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 tahun 2017.⁹

1) Pasal 18

Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:

- a) pelayanan kesehatan ibu;
- b) pelayanan kesehatan anak; dan
- c) pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

2) Pasal 19

a) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan:

- (1) konseling pada masa sebelum hamil;
- (2) antenatal pada kehamilan normal;
- (3) persalinan normal;
- (4) ibu nifas normal;
- (5) ibu menyusui; dan
- (6) konseling pada masa antara dua kehamilan.

Selain itu kewenangan bidan terdapat pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 yang berisi tentang Pelayanan Kesehatan Masa Hamil terdapat pada pasal :¹⁰

3) Pasal 12

- a) Pelayanan Kesehatan Masa Hamil bertujuan untuk memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas sehingga mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat, dan melahirkan bayi yang sehat dan berkualitas.
- b) Pelayanan Kesehatan Masa Hamil sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sejak terjadinya masa konsepsi hingga sebelum mulainya proses persalinan.
- c) Pelayanan Kesehatan Masa Hamil sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib dilakukan melalui pelayanan antenatal terpadu.
- d) Pelayanan antenatal terpadu sebagaimana dimaksud pada ayat (3) merupakan pelayanan kesehatan komprehensif dan berkualitas yang dilakukan melalui:
 - (1) Pemberian pelayanan dan konseling kesehatan termasuk stimulasi dan gizi agar kehamilan berlangsung sehat dan janinnya lahir sehat dan cerdas;
 - (2) Deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan;
 - (3) Penyiapan persalinan yang bersih dan aman;
 - (4) Perencanaan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit/ komplikasi;
 - (5) Penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan; dan
 - (6) Melibatkan ibu hamil, suami, dan keluarganya dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit/ komplikasi.

2. Persalinan

a. Pengertian

Persalinan adalah suatu proses dimana seorang wanita melahirkan bayi yang diawali dengan kontraksi uterus yang teratur dan memuncak pada saat pengeluaran bayi sampai dengan pengeluaran plasenta dan selaputnya dimana proses persalinan ini akan berlangsung selama 12 sampai 14 jam.²⁴ Menurut Mochtar.R persalinan atau disebut dengan partus adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar.²⁵

b. Penyebab Terjadinya Persalinan

Menurut Mochtar, sebab – sebab yang menimbulkan persalinan adalah ²⁶:

1) Teori penurunan hormon

Pada saat 1- 2 minggu sebelum partus, mulai terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot – otot polos rahim. Karena itu, akan terjadi kekejangan pembuluh darah yang menimbulkan his jika progesteron turun.

2) Teori plasenta menjadi tua

Penuaan plasenta akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron sehingga terjadinya kekejangan pembuluh darah. Hal tersebut akan menimbulkan kontraksi rahim.

3) Teori iritasi mekanik

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

4) Teori distensi rahim

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot – otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi uteroplasenta

5) Induksi partus (*induction of labour*).

Partus dapat pula ditimbulkan dengan : gagang laminaria yang dimasukkan kanalis serviks dengan tujuan merangsang pleksus frankenhauser, amniotomi/ pemecahan ketuban, dan pemberian oksitosin.²⁶

c. Tanda – Tanda Persalinan ²⁷

1) Timbulnya his persalinan ialah his pembukaan dengan sifat-sifatnya sebagai berikut : Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan, teratur, makin lama makin pendek intervalnya dan makin kuat intensitasnya, jika dibawa berjalan bertambah kuat, dan mempunyai pengaruh pada pendataran atau pembukaan *serviks*

2) *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 darah sedikit.

3) Dengan pendataran dan pembukaan

Lendir dari canalis servikalis keluar di sertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa kapiler terputus.

4) Pengeluaran cairan

Terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tetapi kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, hal ini di sebut dengan ketuban pecah dini.

d. Faktor – faktor yang mempengaruhi persalinan

Keberhasilan proses persalinan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor ibu (power, passage, psikologis), faktor janin, plasenta dan air ketuban (passenger), dan faktor penolong persalinan. Hal ini sangat penting, mengingat beberapa kasus kematian ibu dan bayi yang disebabkan oleh tidak terdeteksinya secara dini adanya salah satu dari faktor-faktor tersebut.

1) Power (tenaga / kekuatan)

a) His (kontraksi uterus)

Merupakan kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, *fundus dominial*, terkordinasi dan relaksasi. Kontraksi ini bersifat *involunter* karena berada dibawah saraf *intrinsic*.

b) Tenaga mendedan

Setelah pembukaan lengkap dan ketuban pecah atau dipecahkan, serta sebagian presentasi sudah berada di dasar panggul, sifat kontraksinya berubah, yakni bersifat mendorong keluar dibantu dengan keinginan ibu untuk mendedan atau usaha *volunteer*. Keinginan mendedan ini di sebabkan karena, kontraksi otot-otot dinding perut yang mengakibatkan peninggian tekanan intra *abdominial* dan tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan untuk mendorong keluar, tenaga ini serupa dengan tenaga mendedan sewaktu buang air besar (BAB) tapi jauh lebih kuat, saat kepala sampai kedasar panggul timbul *reflex* yang mengakibatkan ibu menutup *glotisnya*, mengkontraksikan otot-otot perut dan menekan diafragmanya kebawah, tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil bila pembukaan sudah lengkap dan paling

efektif sewaktu ada his dan tanpa tenaga mengedan bayi tidak akan lahir.²⁷

2) Passage (jalan lahir)

Merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, *serviks*, dan vagina. Syarat agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal.²⁸

3) Passenger (janin, plasenta, dan air ketuban)

a) Janin

Passenger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin.²⁷

b) Plasenta

Plasenta juga harus melewati jalan lahir maka dia di anggap sebagai bagian dari *passenger* yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan normal.²⁸

c) Air ketuban

Amnion pada kehamilan aterm merupakan suatu membran yang kuat dan ulet tetapi lentur. Amnion adalah jaringan yang menentukan hampir semua kekuatan regangan membran janin, dengan demikian pembentukan komponen *amnion* yang mencegah *ruptur* atau robekan. Penurunan ini terjadi atas 3 kekuatan yaitu salah satunya adalah tekanan dari cairan *amnion* dan juga saat terjadinya dilatasi *serviks* atau pelebaran muara dan saluran *serviks* yang terjadi di awal persalinan, dapat juga karena tekanan yang ditimbulkan oleh cairan *amnion* selama ketuban masih utuh.²⁸

- 4) Faktor Psikis (psikologis) Perasaan *positif* berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas, “kewanitaan sejati” yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan atau memproduksi anak.
 - a) Psikologis meliputi : Kondisi psikologis ibu sendiri, emosi dan persiapan intelektual, pengalaman melahirkan bayi sebelumnya, kebiasaan adat, dan dukungan dari orang terdekat pada ibu.
 - b) Sikap negative terhadap persalinan di pengaruhi oleh : Persalinan semacam ancaman terhadap keamanan, persalinan semacam ancaman pada self-image, medikasi persalinan, dan nyeri persalinan dan kelahiran.²⁸

5) *Pysician* (Penolong)

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini adalah bidan, yang mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. ²⁸ Tidak hanya aspek tindakan yang di berikan, tetapi aspek konseling dan meberikan informasi yang jelas dibutuhkan oleh ibu bersalin utuk mengurangi tingkat kecemasan ibu dan keluarga.²⁷

e. Jenis-Jenis Persalinan

Persalinan pada umumnya merupakan proses yang fisiologis yang terjadi pada akhir kehamilan. Proses persalinan biasanya diawali dengan kontraksi uterus yang adekuat yang diikuti dengan adanya pembukaan serviks, kemudian dilanjutkan dengan pengeluaran hasil konsepsi, dandiakhiri dengan 2 jam post partum.²⁴ Berikut adalah jenis persalinan:

1) Persalinan Pervaginam

Persalinan pervaginam disebut juga persalinan spontan. Persalinan spontan adalah proses pengeluaran janin secara spontan melalui pervaginam dengan presentasi belakang kepala tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin. Persalinan normal dimulai dengan kala satu

persalinan yang didefinisikan sebagai pemulaan kontraksi secara adekuat yang ditandai dengan perubahan serviks yang progresif dan diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 centimeter).²⁹

2) Persalinan Bedah Sesar

Persalinan bedah sesar termasuk dalam persalinan buatan. Persalinan bedah sesar dikenal dengan istilah *Sectio Caesarea* (SC) yaitu pengeluaran janin melalui insisi yang dibuat pada dinding abdomen dan uterus. Tindakan ini dipertimbangkan sebagai pembedahan abdomen mayor.³⁰

f. Indikasi Persalinan *Sectio Caesarea* (SC)

Menurut penelitian Safitri tahun 2020³¹ Indikasi persalinan section caesarea yang di sebabkan oleh faktor ibu meliputi umur berisiko, riwayat SC, partus tak maju, postdate (usia kehamilan lebih dari hari perkiraan lahir), induksi gagal, Kelainan ketuban (ketuban pecah dini/KPD, Air Ketuban keruh Oligohidramnion, Polihidramnion), penyakit ibu (PER, PEB/eklamsi, Asma, Anemia), gawat janin.

1) Umur berisiko

Usia ibu merupakan indikasi relatif *Sectio Caesarea*. Ibu yang melahirkan dengan usia yang tua berisiko tidak bisa melahirkan dengan cara normal. Hasil dari analisis distribusi frekuensi, diperoleh data penyebab persalinan *Sectio Caesarea* berdasarkan faktor ibu menurut Juliarti & Ariani yaitu umur berisiko.³²

2) Riwayat SC

Riwayat SC merupakan indikasi relatif *Sectio Caesarea*. Ibu yang melahirkan dengan mempunyai riwayat SC tidak bisa melahirkan dengan cara normal. Pada dasarnya seorang ibu yang bersalin pertamanya melalui tindakan bedah caesar maka pada kelahiran

berikutnya akan dilakukan tindakan bedah cesar kembali, namun hal tersebut bergantung pada indikasi sebelumnya, apakah indikasi tersebut bersifat sementara dan dapat dikendalikan pada persalinan berikutnya ataukah bersifat absolut yakni hal yang menetap dan tidak dapat dikendalikan seperti halnya panggul sempit.

3) Partus Tak Maju

Partus tak maju merupakan indikasi relatif *Sectio Caesarea*. Ibu yang melahirkan dengan mengalami Partus tak maju tidak bisa melahirkan dengan cara normal. Hasil dari analisis distribusi frekuensi, diperoleh data penyebab persalinan *Sectio Caesarea* berdasarkan partus tak maju menurut Ehtisham & Akhtar, yaitu Partus tidak progresif.³³

4) Posdate (usia kehamilan lebih dari hari perkiraan lahir)

Posdate merupakan indikasi relatif *Sectio Caesarea*. Ibu yang melahirkan dengan posdate tidak bisa melahirkan dengan cara normal. Hasil dari analisis distribusi frekuensi, diperoleh data penyebab persalinan *Sectio Caesarea* berdasarkan posdate menurut Ismaulidia et.,al yaitu posdate.³⁴

5) Induksi Gagal

Induksi gagal merupakan indikasi relatif *Sectio Caesarea*. Ibu yang melahirkan dengan induksi gagal tidak bisa melahirkan dengan cara normal. Hasil dari analisis distribusi frekuensi, diperoleh data penyebab persalinan *Sectio Caesarea* berdasarkan induksi gagal menurut Ismaulidia et.,al yaitu induksi gagal.³⁴

6) Kelainan ketuban (ketuban pecah dini/KPD, Air Ketuban keruh, Oligohidramnion, Polihidramnion)

Kelainan ketuban (ketuban pecah dini/KPD, Air Ketuban keruh, Oligohidramnion, Polihidramnion) merupakan indikasi relatif *Sectio*

Caesarea. Ibu yang melahirkan dengan mengalami Kelainan ketuban (ketuban pecah dini/KPD, Air Ketuban keruh, Oligohidramnion, Polihidramnion) tidak bisa melahirkan dengan cara normal. Hasil dari analisis distribusi frekuensi, diperoleh data penyebab persalinan *Sectio Caesarea* berdasarkan kelainan ketuban menurut Ismaulidia et.,al ³⁴ yaitu Oligohidramnion.³⁵

7) Penyakit ibu (PER, PEB/eklamsi, Asma, Anemia)

Seorang wanita yang mempunyai penyakit atau riwayat penyakit seperti hipertensi, preeklamsi/eklamsi, penyakit jantung, diabetes melitus (DM) tipe II, HIV/AIDS, malaria. Termasuk dalam kategori ibu risiko tinggi, salah satu dari beberapa riwayat penyakit tersebut yang paling banyak menjadi rujukan yaitu pre eklamsi/eklamsi

8) Gawat Janin

Hasil dari analisis distribusi frekuensi, diperoleh data penyebab persalinan *Sectio Caesarea* yaitu Gawat janin, yaitu letak lintang, tali pusat menumbung,), yaitu janin besar dan BB janin rendah.³⁵

3. Bayi Baru Lahir

a. Definisi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir disebut juga dengan *neonatus* yaitu bayi yang baru saja mengalami proses kelahiran, berusia 0 – 28 hari. Bayi baru lahir normal mempunyai ciri-ciri berat badan lahir 2500-4000 gram, umur kehamilan 37-40 minggu, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, menghisap ASI dengan baik, dan tidak ada cacat bawaan. BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ektrauterin) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik. ³⁶

b. Klasifikasi bayi baru lahir

Bayi baru lahir atau neonatus di bagi dalam beberapa kasifikasi, yaitu:

- 1) Neonatus menurut masa gestasinya :
 - a) Kurang bulan (preterm infant) : < 259 hari (37 minggu)
 - b) Cukup bulan (term infant) : 259-294 hari (37-42 minggu)
 - c) Lebih bulan (postterm infant) : > 294 hari (42 minggu atau lebih)
- 2) Neonatus menurut berat badan lahir :
 - a) Berat lahir rendah : < 2500 gram
 - b) Berat lahir cukup : 2500-4000 gram
 - c) Berat lahir lebih : > 4000 gram
- 3) Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan) :
 - a) Nenonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
 - b) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/ BMK)

c. Penatalaksanaan Bayi baru lahir

Semua bayi diperiksa segera setelah lahir untuk mengetahui apakah transisi dari kehidupan intrauterine ke ekstrauterine berjalan dengan lancar dan tidak ada kelainan. Pemeriksaan medis komprehensif dilakukan dalam 24 jam pertama kehidupan. Pemeriksaan rutin pada bayi baru lahir harus dilakukan, tujuannya untuk mendeteksi kelainan atau anomali kongenital yang muncul pada setiap kelahiran dalam 10-20 per 1000 kelahiran, pengelolaan lebih lanjut dari setiap kelainan yang terdeteksi pada saat antenatal, mempertimbangkan masalah potensial terkait riwayat kehamilan ibu dan kelainan yang diturunkan, dan memberikan promosi kesehatan, terutama pencegahan terhadap *sudden infant death syndrome (SIDS)*.

Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir adalah untuk membersihkan jalan napas, memotong dan merawat tali pusat, mempertahankan suhu tubuh bayi, identifikasi, dan pencegahan infeksi.

Asuhan bayi baru lahir meliputi :

1) Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi

Untuk menilai apakah bayi mengalami asfiksia atau tidak dilakukan penilaian sepintas seluruh tubuh bayi lahir dengan tiga pertanyaan:

- a) Apakah kehamilan cukup bulan?
- b) Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?
- c) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

Jika ada jawaban “tidak” kemungkinan bayi mengalami asfiksia sehingga harus segera dilakukan resusitasi. Penghisapan lendir pada jalan napas bayi tidak dilakukan secara rutin.

2) Pemotongan dan pengikatan Tali Pusat

Setelah penilaian sepintas dan tidak ada tanda asfiksia pada bayi, dilakukan manajemen bayi baru lahir normal dengan mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, kemudian bayi diletakkan di atas dada atau perut ibu. Setelah pemberian oksitosin pada ibu, lakukan pemotongan tali pusat dengan satu tangan melindungi perut bayi.

Perawatan tali pusat adalah dengan tidak membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apa pun pada tali pusat. Perawatan rutin untuk tali pusat adalah selalu cuci tangan sebelum memegangnya, menjaga tali pusat tetap kering dan terpapar udara, membersihkan dengan air, menghindari dengan alkohol karena

menghambat pelepasan tali pusat, dan melipat popok di bawah umbilicus.³⁷

3) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu 10 untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusu. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusu pertama biasanya berlangsung pada menit ke- 45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusu dari satu payudara.²³ Jika bayi belum menemukan puting ibu dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selama 30-60 menit berikutnya. Jika bayi masih belum melakukan IMD dalam waktu 2 jam, lanjutkan asuhan perawatan neonatal esensial lainnya (menimbang, pemberian vitamin K, salep mata, serta pemberian gelang pengenal) kemudian dikembalikan lagi kepada ibu untuk belajar menyusu.³⁸

4) Mempertahankan suhu tubuh bayi

Mekanisme pengaturan temperatur bayi belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak dilakukan pencegahan kehilangan panas maka bayi akan mengalami hipotermia. Hipotermia dapat terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dandiselimuti walaupun berada dalam ruangan yang hangat. Pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi.

- 5) Pemberian salep mata/tetes mata
Pemberian salep atau tetes mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis (tetrasiklin 1%, oxytetrasiklin 1% atau 11 antibiotika lain). Pemberian salep atau tetes mata harus tepat 1 jam setelah kelahiran. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari 1 jam setelah kelahiran.
- 6) Pencegahan perdarahan melalui penyuntikan vitamin K1 dosis tunggal di paha kiri
Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (Phytomenadione) 1 mg intramuskuler di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir.
- 7) Pemberian imunisasi Hepatitis B (HB 0) dosis tunggal di paha kanan
Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam di paha kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati.
- 8) Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (BBL)
Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi. Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan dianjurkan tetap berada di fasilitas tersebut selama 24 jam karena risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan. saat kunjungan tindak lanjut (KN) yaitu 1 kali pada umur 1-3 hari, 1 kali pada umur 4-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari.

d. Keadaan bayi baru lahir normal

Menurut Kemenkes tahun 2010, bayi baru lahir dikatakan normal apabila:³⁹

- 1) Frekuensi napas 40-60 kali per menit
- 2) Frekuensi denyut jantung 120-160 kali per menit
- 3) Suhu badan bayi 36,5 – 37,5°C
- 4) Berat badan bayi 2500-4000 gram
- 5) Gerakan aktif dan warna kulit kemerahan

e. Tanda-tanda bahaya

- 1) Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali permenit
- 2) Kehangatan terlalu panas (> 38°C atau terlalu dingin < 36°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.

4. Masa Nifas

a. Pengertian

Masa nifas atau *puerperium* dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Pelayanan pascapersalinan harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, yang meliputi upaya pencegahan, deteksi dini dan pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan, imunisasi, dan nutrisi bagi ibu.¹² Nifas atau *Puerperium* dari kata *Puer*

yang artinya bayi dan *parous* melahirkan. Jadi, *Puerperium* berarti masa setelah melahirkan bayi. Masa Nifas adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil.⁴⁰ Pelayanan kesehatan ibu nifas oleh bidan dan dokter dilakukan minimal 3 kali yaitu 6 jam – 3 hari setelah melahirkan, hari ke 4 – 28 hari setelah melahirkan, hari ke 29 – 42 hari setelah melahirkan.⁴¹

b. Tujuan Asuhan Pada Masa Nifas

Adapun tujuan asuhan kebidanan pada masa nifas adalah sebagai berikut⁴:

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun psikologis
- 2) Mendeteksi masalah, mengobati dan merujuk apabila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi.
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan diri, nutrisi, cara dan manfaat menyusui, imunisasi, serta perawatan bayi sehari-hari
- 4) Memberikan pelayanan KB
- 5) Memberikan pendidikan mengenai laktasi dan perawatan payudara

c. Tahapan Masa Nifas

Tahapan masa nifas merupakan suatu rangkaian setelah proses persalinan dilalui oleh seorang wanita, beberapa tahapan masa nifas yang harus dipahami oleh seorang bidan antara lain:

- 1) Periode pasca salin segera / *immediate postpartum* (0 – 24 jam)

Masa segera setelah plasenta lahir sampai 24 jam. Sering terdapat banyak masalah, misal perdarahan karena *atonia uteri*. Oleh sebab itu tenaga kesehatan harus teratur melakukan pengecekan lochea, tekanan darah dan suhu.

2) Periode pasca salin awal / *early postpartum* (24 jam – 1 minggu)

Pada periode ini tenaga kesehatan memastikan *invulusi uteri* dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak ada demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui bayinya dengan baik

3) Periode pasca salin lanjut / *late postpartum* (1 minggu – 6 minggu)

Pada periode ini tenaga kesehatan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari – hari serta konseling KB.

d. Periode Masa Nifas

Nifas dibagi menjadi 3 periode⁴²:

1) *Puerperium Dini* yakni kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.

2) *Puerperium Intermedial* yakni kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia, lamanya 6-8 minggu.

3) *Remote Puerperium* yakni Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau bersalin mempunyai komplikasi.

e. Perubahan Fisik Masa Nifas

Selama menjalani masa nifas, ibu mengalami perubahan yang bersifat fisiologis yang meliputi perubahan fisik yaitu:

1) *Invulusi*

Invulusi adalah perubahan yang merupakan proses kembalinya alat kandungan atau uterus dan jalan lahir setelah bayi dilahirkan hingga mencapai keadaan seperti sebelum hamil. *Invulusi* meliputi:

a) Uterus

Setelah plasenta lahir uterus merupakan alat yang keras, karena kontraksi dan retraksi otot-ototnya. Perubahan uterus setelah melahirkan dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 6. Perubahan Uterus Setelah Melahirkan

Involusi	Uterus	Berat Uterus
Bayi lahir	Sepusat	1000 gram
Plasenta lahir	2 jari dibawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat syimpisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba	350 gram
6 minggu	Berukuran normal seperti semula	50 gram

b) Involusi tempat plasenta

Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh *trombus*. Luka bekas implantasi plasenta tidak meninggalkan parut karena dilepaskan dari dasarnya dengan pertumbuhan *endometrium* baru dibawah permukaan luka. *Endometrium* ini tumbuh dari pinggir luka dan juga sisa-sisa kelenjar pada dasar luka.

c) Perubahan pembuluh darah rahim

Dalam kehamilan, uterus mempunyai banyak pembuluh darah yang besar, tetapi karena setelah persalinan tidak diperlukan lagi peredaran darah yang banyak maka arteri harus mengecil lagi dalam masa nifas.

d) Perubahan pada *cervix* dan vagina

Beberapa hari setelah persalinan *ostium eksternum* dapat dilalui oleh 2 jari, pada akhir minggu pertama dapat dilalui oleh 1 jari saja. Karena *hiperplasi* ini dan karena karena retraksi dari *cervix*, robekan *cervix* jadi sembuh. Vagina yang sangat diregang waktu persalinan, lambat laun mencapai ukuran yang normal. Pada minggu ke 3 post partum ruggae mulai nampak kembali. Luka jalan lahir bila tidak disertai infeksi akan sembuh selama 6-7 hari.

2) *After pains* / Rasa sakit (meriang atau mules-mules)

Disebabkan kontraksi rahim biasanya berlangsung 3–4 hari pasca persalinan. Perlu diberikan pengertian pada ibu mengenai hal ini dan bila terlalu mengganggu analgesic

3) Dinding perut dan *peritonium*

Setelah persalinan dinding perut longgar karena diregang begitu lama, namun berangsur-angsur akan pulih kembali dalam 6 minggu.

4) Saluran kencing

Dapat terjadi odema dan *hyperemia*, pada masa nifas kandung kemih kurang sensitif dan kapasitasnya bertambah sehingga kandung kencing masih terdapat urine residual. Sisa urin dan trauma kandung kemih waktu persalinan akan memudahkan terjadinya infeksi.

5) Laktasi

Laktasi dapat diartikan dengan pembentukan dan pengeluaran air susu ibu. Air susu ibu ini merupakan makanan pokok, makanan yang terbaik dan bersifat alamiah bagi bayi yang disediakan oleh ibu yang baru saja melahirkan bayi akan tersedia makanan bagi bayinya dan ibunya sendiri. Selama kehamilan hormon *estrogen* dan *progesteron* merangsang pertumbuhan kelenjar susu sedangkan *progesteron*

merangsang pertumbuhan saluran kelenjar, kedua hormon ini mengerem LTH. Setelah plasenta lahir maka LTH dengan bebas dapat merangsang laktasi. *Lobus posterior hypofise* mengeluarkan oksitosin yang merangsang pengeluaran air susu. Pengeluaran air susu adalah reflek yang ditimbulkan oleh rangsangan penghisapan puting susu oleh bayi. Rangsang ini menuju ke *hypofise* dan menghasilkan oksitosin yang menyebabkan buah dada mengeluarkan air susunya.

Keadaan payudara 2 hari pertama nifas sama dengan keadaan dalam kehamilan. Payudara belum mengandung susu melainkan kolostrum. Mulai 3 hari postpartum buah dada membesar, keras dan nyeri. Ini menandai permulaan sekresi air susu, dan kalau *areola mammae* dipijat, keluarlah cairan putih dari puting susu. Air susu ibu kurang lebih mengandung Protein 1-2%, lemak 3-5 %, gula 6,5-8 %, garam 0,1-0,2 %.

Menurut penelitian minggu – minggu pertama menyusui adalah hal yang sangat penting untuk meningkatkan produksi ASI. Pada satu jam pertama setelah melahirkan dan hari pertama ibu yang menyusui akan menghasilkan 0-5 ml kolostrum. Pada hari ketiga jumlah ASI akan bertambah menjadi 37-169 ml. Setelah 6 hari, ASI akan bertambah menjadi 556-705 ml. Dengan sering menyusui bayi maka volume ASI akan semakin banyak.⁴³

6) Lokhea

Lokhea adalah cairan yang dikeluarkan dari uterus melalui vagina dalam masa nifas. Lokhea bersifat alkalis, jumlahnya lebih banyak dari darah menstruasi. Lokhea ini berbau anyir dalam keadaan normal, tetapi tidak busuk. Pengeluaran lokhea dapat dibagi berdasarkan jumlah dan warnanya yaitu:

a) Lokhea rubra (*cruenta*)

Berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel *desidua*, *vernix caseosa*, lanugo, mekonium. Selama 2 hari pasca persalinan.

b) Lokhea sanguinolenta

Berwarna merah kuning berisi darah dan lendir, hari 3–7 pasca persalinan.

c) Lokhea serosa

Cairan ini tidak berdarah lagi pada hari ke-7 samapai hari ke-14 pasca persalinan. Warnanya kecoklatan mengandung banyak serus, lebih sedikit darah dan laserasi plasenta

d) Lokhea alba

Dimulai hari ke-14 kemudian makin lama makin sedikit hingga sama sekali berhenti sampai satu atau dua minggu berikutnya. Warnanya putih kekuningan mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan mati

e) Lokhea purulenta

Terjadi infeksi keluar cairan seperti nanah, berbau busuk.

f. Adaptasi Psikologi Masa Nifas

Proses adaptasi psikologi sudah terjadi selama kehamilan, menjelang proses kelahiran maupun setelah persalinan. Pada periode tersebut, kecemasan seorang wanita dapat bertambah. Pengalaman yang unik dialami oleh ibu setelah persalinan. Masa nifas merupakan masa yang rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran. Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi. Tanggung jawab ibu mulai bertambah. Fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas antara lain ⁴⁰:

1) *Fase Taking In*

Fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari ke dua setelah melahirkan. Lebih terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi. Gangguan psikologis yang dapat dialami oleh ibu pada fase ini adalah:

- a) Kekecewaan pada bayinya.
- b) Ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami
- c) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.
- d) Kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya

2) *Fase Taking Hold*

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan/pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya. Tugas bidan antara lain: Mengajarkan cara perawatan bayi, cara menyusui yang benar, cara perawatan luka jahitan, senam nifas, pendidikan kesehatan gizi, istirahat, kebersihan diri dan lain-lain.

3) *Fase Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu merasa percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya

dan bayinya. Dukungan suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi. Kebutuhan akan istirahat masih diperlukan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya.

g. Kunjungan Masa Nifas

Selama masa nifas, akan terjadi banyak perubahan pada tubuh, baik secara emosional ataupun fisik. Dalam masa nifas, ibu memerlukan perawatan dan pengawasan yang dilakukan selama ibu tinggal di rumah sehingga ibu nifas dapat melakukan kunjungan nifas. Kunjungan masa nifas dilakukan paling sedikit empat kali yaitu pada 6 jam, 6 hari, 2 minggu dan 6 minggu. Kunjungan ini bertujuan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, mendeteksi adanya perdarahan masa nifas Tujuan perawatan masa nifas adalah untuk mendeteksi adanya kemungkinan adanya pendarahan post partum, dan infeksi.²⁵

Tabel 7. Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut. c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga, bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri d. Pemberian ASI awal. e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir. f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah terjadi hipotermi. g. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, petugas kesehatan harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.
2	6 hari setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi dengan baik, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal atau tidak ada bau.

		<ul style="list-style-type: none"> b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal. c. Memastikan ibu cukup mendapatkan makanan, cairan dan istirahat. d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari
3	2 minggu setelah persalinan	<p>Sama seperti kunjungan II yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi dengan baik, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal atau tidak ada bau. b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal. c. Memastikan ibu cukup mendapatkan makanan, cairan dan istirahat. d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda- tanda penyulit. e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
4	6 minggu setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Menanyakan pada ibu, penyulit yang ibu atau bayi alami. b. Memberikan konseling KB secara dini.

5. Keluarga Berencana

a. Pengertian

Keluarga berencana merupakan usaha suami istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Prinsip dasar metode kontrasepsi adalah mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi telur wanita (*fertilisasi*) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang didalam rahim.⁴⁴

b. Tujuan KB

Dalam pemilihan jenis kontrasepsi didasarkan pada tujuan penggunaan kontrasepsi, yaitu:

- 1) Fase Menunda kehamilan. Pasangan dengan istri berusia dibawah 20 tahun dianjurkan menunda kehamilannya.

- 2) Fase Menjarangkan kehamilan (mengatur kesuburan) Masa saat istri berusia 20-30 tahun adalah masa usia yang paling baik untuk melahirkan 2 anak dengan jarak 3-4 tahun.
- 3) Fase Mengakhiri kesuburan (tidak ingin hamil lagi) Saat usia istri diatas 30 tahun, dianjurkan untuk mengakhiri kesuburan setelah mempunyai 2 anak.⁴⁵

c. Macam-macam metode kontrasepsi

Kontrasepsi ideal harus memenuhi syarat sebagai berikut: dapat dipercaya, tidak menimbulkan efek yang mengganggu kesehatan, daya kerjanya dapat diatur menurut kebutuhan, tidak menimbulkan gangguan sewaktu koitus, tidak memerlukan motivasi terus menerus, mudah pelaksanaannya, murah harganya sehingga dapat dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat, dapat diterima penggunaannya oleh pasangan yang bersangkutan. Sampai saat ini belum ada cara kontrasepsi yang benar-benar ideal untuk digunakan.¹⁹

Terdapat beberapa alat kontrasepsi menurut Prawihardjo & Winknjosastro (2021) yang dapat digunakan antara lain :

- 1) Kontrasepsi non hormonal :
 - a) Sanggama Terputus (*Coitus Interruptus*)
 - b) Pembilasan Pascasanggama (*Postcoital Douche*)
 - c) Pantang Berkala (*Rhythm Method*)
 - d) Kondom
 - e) Diafragma Vaginal
 - f) Metode lendir serviks
 - g) AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)
 - h) Kontrasepsi Mantap yakni Vasektomi dan Tubektomi.
- 2) Kontrasepsi hormonal
 - a) Kontrasepsi Pil

- b) Kontrasepsi Implant
- c) Kontrasepsi Suntik
- d. Kontrasepsi IUD²⁴
 - 1) Definisi

IUD yang merupakan singkatan dari intrauterine device (alat kontrasepsi dalam rahim), juga dikenal dengan sebutan kontrasepsi spiral. IUD bekerja dengan cara menghambat gerakan sperma menuju saluran rahim untuk mencegah pembuahan, sehingga tidak terjadi kehamilan.
 - 2) Jenis IUD
 - a) Bentuk terbuka (open device)

Misalnya : Lippes loop, CUT, Cu-7, Margules, Spring Coil, Multiload, Nova-T.
 - b) Bentuk tertutup (Closed Device)

Misalnya : Ota-Ring, Atigon, dan Graten berg ring. Jenis IUD yang sering digunakan adalah Cu T 380 A
 - 3) Cara kerja

Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.
 - 4) Keuntungan

Sangat efektif, efektif segera setelah pemasangan, jangka panjang, tidak mempengaruhi hubungan seksual, meningkatkan kenyamanan hubungan seksual karena tidak takut untuk hamil, tidak ada efek samping hormonal, tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI, Dapat dipasang segera setelah melahirkan/post abortus, dapat digunakan sampai menopause, tidak ada interaksi dengan obat-obat, membantu mencegah kehamilan ektopik.

5) Kerugian

Perubahan siklus haid (lebih lama dan banyak), terjadi spotting (perdarahan) antar menstruasi, saat haid lebih sakit, merasakan sakit atau kram selama 3-5 hari pasca pemasangan, perforasi dinding uterus, tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS, terjadi penyakit radang panggul yang dapat memicu infertilitas bila sebelumnya memang sudah terpapar IMS. Prosedur medis perlu pemeriksaan pelvik dan kebanyakan perempuan takut selama pemasangan, sedikit nyeri dan perdarahan setelah pemasangan, klien tidak bisa melepas AKDR sendiri, bisa terjadi ekspulsi AKDR, tidak mencegah kehamilan ektopik, harus rutin memeriksa posisi benang

6) Indikasi

Usia reproduktif, keadaan nullipara, menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang, menyusui dan ingin menggunakan kontrasepsi, setelah melahirkan dan tidak menyusui, setelah mengalami abortus dan tidak ada infeksi, risiko rendah dari IMS, tidak menghendaki metode hormonal, menyukai kontrasepsi jangka Panjang

7) Kontraindikasi

Kehamilan, gangguan perdarahan, radang alat kelamin, curiga tumor ganas di alat kelamin, tumor jinak rahim, kelainan bawaan rahim, erosi, alergi logam, berkali – kali terkena infeksi panggul, ukuran rongga rahim <5 cm, diketahui menderita TBC pelvik.

8) Seleksi atau penapisan klien

HPHT, paritas dan riwayat persalinan terakhir, riwayat kehamilan ektopik, nyeri hebat saat haid, anemia berat ($hb < 9gr\%$ atau hematokrit <30), riwayat isg, phs, berganti-ganti pasangan, kanker serviks

9) Waktu pemasangan AKDR

Pada waktu haid, segera setelah induksi haid atau abortus spontan, setelah melahirkan, setiap saat bila yakin tidak hamil, post abortus, selama 1-5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi

10) Pemeriksaan fisik meliputi Palpasi perut, inspeksi, pemeriksaan speculum, pemeriksaan bimanual

11) Cara pemasangan

a) Konseling pra pemasangan

(1) Menjelaskan cara kerja KB IUD

(2) Menjelaskan keuntungan dan kerugian KB IUD

(3) Menjelaskan cara pemasangan KB IUD

(4) Menjelaskan jadwal kunjungan ulang pra pemasangan atau setelah pemasangan yaitu satu minggu setelah pemasangan, enam bulan setelah pemasangan, satu tahun setelah pemasangan.

b) Pemasangan

(1) Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan.

(2) Memasukkan lengan IUD di dalam kemasan sterilnya, pakai kembali sarung tangan yang baru

(3) Pasang spekulum vagina untuk melihat serviks.

(4) Lakukan tindakan aseptik dan antiseptik pada vagina dan serviks

(5) Jepit bibir serviks dengan tenaculum

(6) Masukkan IUD ke kanalis servikalis dengan teknik tanpa sentuh, kemudian dorong ke dalam kavum uteri hingga mencapai fundus.

(7) Tahan pendorong (plunger) dan tarik selubung (inserter) ke bawah sehingga lengan IUD bebas

(8) Setelah pendorong ditarik ke luar, baru keluarkan selubung

- (9) Gunting benang IUD, keluarkan tenakulum dan speculum dengan hati-hati.
 - (10) Dekontaminasi dan pencegahan pasca tindakan
- c) Konseling post pemasangan²⁵
- (1) Buat rekam medik
 - (2) Mengkaji perasaan akseptor pasca pemasangan IUD Copper T Cu-380A
 - (3) Menjelaskan komplikasi yang mungkin timbul pasca pemasangan IUD Copper T Cu-380A (Sakit dan kejang selama 3-5 hari pasca pemasangan, perdarahan berat waktu haid atau diantaranya yang mungkin penyebab anemia, perforasi uterus).
 - (4) Ajarkan klien cara pemeriksaan mandiri benang IUD, dengan cara ibu Mencucui tangan setelah itu. Ibu jongkok kemudian memasukkan jari tengah ke dalam vagina ke arah bawah dan ke dalam sehingga dapat menemukan lokasi serviks., merasakan benang IUD pada ujung serviks, jangan menarik benang tersebut. Menajarkan ibu untuk Memeriksa IUD pada setiap akhir menstruasi dan sesering mungkin di antara bulan-bulan kunjungan ulang.
 - (5) Menjelaskan kemungkinan IUD keluar atau ekspulsi
 - (6) Menjelaskan bahwa IUD Copper T Cu380A segera efektif setelah pemasangan.
 - (7) Menjelaskan waktu kunjungan ulang (control pertama 1minggu pasca pemasangan, selanjutnya 4-6minggu, saat menstruasi yang akan datang, atau jika ada keluhan).
 - (8) Menjelaskan bahwa akseptor dapat melepas IUD 5 tahun atau apabila klien menghendaki

(9) Lakukan observasi selama 15menit sebelum memperbolehkan klien pulang