BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

1. Asuhan Kehamilan Tanggal 13 Maret 2025

Pengkajian dilakukan di Ny. M dimulai sejak pengambilan data awal pada tanggal 13 Maret 2025. Jenis data yaitu data primer dari anamnesa dan pemeriksaan, serta data sekunder yang diperoleh melalui rekam medis dan buku KIA pasien:

a. Pengkajian tanggal 13 Maret 2025

Asuhan kebidanan kehamilan pada Ny. M pertama kali dilakukan pada tanggal 13 Maret 2025, pada pasien diperoleh Ny. M berusia 27 tahun datang ke Puskesmas ingin memeriksakan kehamilannya dan saat ini tidak ada keluhan. Berdasarkan riwayat menstruasi, *menarche* 13 tahun, siklus 28 hari, teratur, lama menstruasi 6-7 hari, tidak mengalami *dismenore*, ganti pembalut 3-4 kali/hari serta tidak mengalami keputihan. Ny. M dan suami sudah menikah selama 1 tahun. HPHT 22 Juli 2024 HPL 29 April 2025, saat ini umur kehamilan 33 minggu 2 hari. Kehamilan ini merupakan kehamilan pertama bagi Ny. M dan belum pernah mengalami abortus.

Ny. M mulai memeriksakan kehamilannya saat umur kehamilan 6 minggu 3 hari. Selama kehamilan awal Ny. M mengatakan pernah mengalami mual dan muntah. Ny. M hanya mengonsumsi vitamin yang diberikan oleh bidan/dokter yaitu asam folat, tablet tambah darah dan kalsium. Ny. M belum pernah menggunakan alat kontrasepsi jenis apapun. Berdasarkan riwayat kesehatan, Ny. M tidak pernah dan tidak sedang menderita penyakit hipertensi, DM, asma, jantung, HIV dan Hepatitis B tetapi ibu Ny. M memiliki riwayat hipertensi.

Berdasarkan pengkajian data objektif, saat periksa ke Puskesmas Tegalrejo usia kehamilan ibu yaitu 33 minggu 2 hari. Keadaan umum ibu baik, TD 117/72 mmHg, nadi 77 kali/menit, respirasi 20 kali/menit, suhu 36,4 °C, BB sebelum hamil 56 kg, BB saat ini 66,2 kg, TB 158

cm, Lila 26 cm, IMT 23,63 kg/m². Berdasarkan palpasi Leopold TFU 29 cm, punggung kanan, presentasi kepala, dan kepala belum masuk panggul, DJJ 141 kali/menit, teratur. TBJ 2635 gram, tidak ada oedem di ekstermitas. Pemeriksaan laboratorium dengan hasil HB 10,4 mg/dL, GDS 110 mg/dl, protein urine negative, leukosit urin negative, bakteri negatif. Berdasarkan data subjektif dan objektif diperoleh diagnosa Ny. M Usia 27 Tahun G1P0A0A0 Umur Kehamilan 33 minggu 2 hari, janin hidup, tunggal, punggung kanan, memanjang, presentasi kepala belum masuk panggul dengan anemia ringan. Penatalaksanaan yang diberikan pada Ny. M adalah KIE anemia, KIE tentang suplementasi TTD, KIE nutrisi, KIE persiapan persalinan, KIE ketidaknyamanan ibu hamil trimester III, KIE tanda bahaya kehamilan, memberikan ibu vitamin dan memberitahukan jadwal kunjungan ulang 4 minggu lagi atau jika ada keluhan.

b. Pengkajian tanggal 16 Maret 2025

Melakukan kunjungan rumah pada Ny. M menggali informasi riwayat pemeriksaan selama kehamilan ini. Saat dilakukan kunjungan usia kehamilan ibu yaitu 33 minggu 5 hari. Ny M mengatakan saat ini tidak ada keluhan dan gerakan janinnya aktif, terakhir periksa USG pada tanggal 02 Maret 2025 air ketuban cukup dan berat janin berdasarkan USG yaitu 2002 gram. Melakukan pemeriksaan TD : 106/78 mmhg, N : 88 x/m, RR : 20 x/m, S : 36 °C. Penatalaksanaan yang diberikan pada Ny. M adalah KIE, cek Hb ulang untuk evaluasi 4 minggu kemudian, KIE tentang suplementasi TTD dan vitamin ibu hamil, KIE nutrisi, KIE aktivitas fisik ringan seperti senam hamil, KIE ketidaknyamanan ibu hamil trimester III, KIE tanda bahaya kehamilan, dan mengingatkan ibu untuk kunjungan ulang sesuai dengan tanggal kontrol ke puskesmas untuk dilakukan pengecekan Hb ulang.

c. Pengkajian tanggal 18 April 2025

Ny. M mengatakan kunjungan ulang ke Puskesmas Tegalorejo, ibu melakukan pemeriksaan kehamilan dan saat ini mengeluh mulai

kenceng-kenceng dan bagian bawah terasa sakit. Ibu mengatakan gerakan janin aktif > 10 kali dalam 12 jam. Saat ini umur kehamilan 38 minggu. Berdasarkan hasil pemeriksaan keadaan umum baik, TD 111/71 mmHg, S : 36,2 °C , SpO₂ 100 %, BB 66,5 kg, TFU : 34 cm, punggung kanan, DJJ : 144 x/m, kepala sudah masuk panggul, pengecekan Hb ulang 9,9 gr/dl dan proteiun urin negatif. Berdasarkan hasil TFU taksiran berat janin yaitu 3565 gram. Penatalaksanaan yang diberikan yaitu memberi KIE tentang keluhan yang dialami ibu yaitu tanda persalinan, memberitahu ibu kenceng-kenceng menjelang persalinan semakin sering, semakin lama dan semakin kuat dan meminta ibu datang ke Puskesmas Tegalrejo jika mengalami tanda-tanda persalinan. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi gerak dan jalan-jalan ringan untuk mempercepat pembukaan, memantau gerakan janin dan menghitung lama dan frekuensi kenceng-keceng pada perut ibu, apabila semakin sering dan keluar lendir darah segera memeriksakan diri ke Puskesmas Tegalrejo, ditambah ibu harus memperhatikan asupan nutrisi dan cairan untuk persiapan persalinan, serta melanjutkan tablet tambah darah diminum 2x1 tablet, serta saat akan bersalin dilakukan pengecekan ulang Hb darah ibu.

2. Asuhan Kebidanan pada Persalinan

Ibu datang ke Puskesmas Tegalrejo pada tanggal 26 April 2025 pukul 17.35 WIB untuk memeriksakan keluhannya. Ibu mengatakan perutnya kenceng-kenceng sudah sering dan keluar lendir darah dari jalan lahir disertai dengan air ketuban. Ibu merasa kenceng-kenceng semakin teratur sejak pukul 17.00 WIB. Ibu merasakan keluar air ketuban disertai dengan lendir darah dari jalan lahir sejak dirumah. Ibu makan terakhir pada 26 April 2025 pukul 12.00 WIB dengan nasi, sayur, lauk, BAB terakhir 26 April 2025 pukul 07.00 WIB, BAK terakhir 26 April 2025 pukul 16.30 WIB. Saat ini umur kehamilan 39 minggu 6 hari. Berdasarkan pengkajian data objektif, keadaan umum ibu baik, hasil periksa dalam pukul 17.35 adalah pembukaan 2 cm. Dilakukan

pengkajian ulang dengan hasil gerakan janin aktif, vaksin covid sudah 3x, riwayat penyakit maag, miopia mata kanan 3 dan mata kiri 3, riwayat penyakit keluarga hipertensi dari ibu, tidak ada riwayat operasi dan alergi makanan. Kemudian dilakukan observasi denyut jantung bayi setiap 30 menit sekali dan kemajuan persalinan setiap 4 jam sekali. Dilakukan pemeriksaan dalam pukul 21.00 WIB dan didapatkan pembukaan 3 cm. Selanjutnya bidan jaga melakukan observasi kembali. Ibu mengatakan kenceng-kenceng semakin sering dan kuat sehingga membuat Ny. M mual dan muntah serta lemas. Kemudian dilakukan pemeriksaan dalam tanggal 27 April 2025 pukul 01.00 dan hasil pemeriksaan dalam yaitu pembukaan 3 cm. Ny. M mengatakan merasa sangat lemas dan tidak bisa makan sehingga dilakukan pemasangan infus dan injeksi ranitidine extra 1 ampul. Ny. M dilakukan perujukan ke rumah sakit dengan diagnosa *prolonged latent phase* karena pembukaan tidak bertambah. Mual muntah yang dialami Ny. M mengakibatkan power dalam proses persalinan ibu lemah, sehingga ibu lemas dan kelelahan. Bidan melakukan pemasangan infus untuk rehidrasi, injeksi ranitidine extra 1 ampul untuk mengatasi mual dan muntah. Setelah itu bidan jaga melakukan perujukan ke RS dr Soetarto / DKT Yogyakarta.

Selama di rumah sakit Ny. M tidak diberikan stimulasi atau induksi, dilakukan observasi kemajuan persalinan dan observasi denyut jantung bayi. Tanggal 27 April 2025 Pukul 06.00 WIB ibu mengeluh ingin BAB dan mengejan dilakukan periksa dalam lagi dan didapatkan hasil pembukaan 10 cm. Ibu dipimpin untuk meneran pukul 06.00 WIB. Pada 06.45 bayi lahir spontan dan menangis kuat dengan berat badan 3350 gram dan panjang badan 50 cm jenis kelamin perempuan. Plasenta lahir 5 menit setelah bayi lahir. Terdapat robekan pada perineum ibu dan dilakukan penjahitan dengan anestesi. Selama 2 jam pemantauan (Kala IV) ibu dan bayi dalam keadaan stabil setelah itu Ny M dan bayinya dilakukan rawat gabung dan dilatih menyusui.

Selama di rumah sakit Ny. M dan bayinya mendapatkan perawatan yang baik. Kontraksi rahim keras dan perdarahan nifas dalam batas normal. Ibu mendapatkan obat antibiotik, pengurang nyeri, tambah darah dan multivitamin. Ny. M dirawat di rumah sakit selama 2 hari dan diajarkan untuk menyusui bayinya untuk pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan tanpa pemberian makanan tambahan dan sebelum pulang Ny. M mengikuti kelas menyusui di rumah sakit dr Soetarto/ DKT. Setelah bayi Ny. M dilakukan pemeriksaan TSH dan kondisi ibu serta bayi dalam keadaan baik, Ny. M dan bayinya diperbolehkan pulang. Ny. M dan bayinya dijadwalkan kontrol 6 hari setelah pulang yaitu di tanggal 03 Mei 2025.

3. Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir dan Neonatus

a. Pengkajian tanggal 27 April 2025

Bayi Ny. M lahir tanggal 27 April 2025 pukul 06.45 WIB secara pervaginam dan menangis kuat langsung serta dilakukan IMD. Hasil pemeriksaan diperoleh berat badan lahir 3350 gram, panjang badan 50 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 33 cm dan lingkar lengan 11 cm, diperoleh diagnosa pemeriksaan fisik bayi menunjukkan bayi dalam keadaan normal, tidak ada kelainan maupun kecacatan. Pemberian salep mata pada mata kanan dan mata kiri serta injeksi vitamin K 1 mg dan imunisasi Hb 0 secara IM pada paha kiri untuk vitamin K dan pada paha kanan untuk imunisasi Hb0 di 1/3 bagian luar atas sudah dilakukan di rumah sakit.

b. Pengkajian tanggal 29 April 2025 (KN I)

Ibu mengatakan bayinya sudah BAB dan BAK, bayi tidak rewel, bayi mau menyusu dengan kuat. Hasil pemeriksaan bayi dalam keadaan sehat, tali pusat dalam kondisi bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi dan kulit agak sedikit kuning pada bagian dada. Tanda vital bayi nadi 122 x/menit, nafas 44 x/menit, suhu 36,7^o C. Diperoleh diagnosa By. Ny. M usia 2 hari BBLC cukup bulan sesuai masa kehamilan normal. Penatalaksanaan yang dilakukan adalah memberi konseling ibu untuk

menjaga kehangatan bayinya, menganjurkan ibu untuk lebih sering menyusui anaknya, menyusui dengan ASI agar kekebalan bayi terus bertambah, memberikan konseling ibu tentang perawatan tali pusat, menjemur bayi ketika pagi hari dan memberitahu ibu tanda bahaya bayi baru lahir. Ibu mengatakan kontrol ulang bayi besok tanggal 03 Mei 2025. Sebelum bayi Ny M pulang, dilakukan pemeriksaan skrining hipertiroid kongenital (SHK) dan skrining penyakit jantung bawaan (PJB) sesuai dengan SOP rumah sakit.

c. Pengkajian tanggal 04 Mei 2025 (KN II)

Ibu mengatakan saat ini bayinya tidak ada keluhan. Ibu mengatakan bayi tidak rewel dan mau menyusu. BAK lebih dari 5 kali sehari, BAB lebih dari 3 kali sehari. Dilakukan pemeriksaan dengan hasil keadaan umum bayi baik, tidak letargi dengan reflek hisap baik. Tanda vital bayi nadi 120 x/menit, nafas 42 x/menit, suhu 36,6° C dengan berat badan terakhir 3200 gram.

Ibu mengatakan sebelumnya bayinya sempat di rawat inap di rumah sakit. Pada hari Sabtu tanggal 03 Mei 2025, Ny. M membawa bayinya untuk kontrol ke dokter Spesialis Anak. Setelah dilakukan pemeriksaan dokter mengatakan bahwa bayi Ny. M kuning dan dianjurkan untuk pemeriksaan billirubin darah. Hasil kadar billirubin bayi Ny. M yaitu 17 mg/dl, sehingga dokter SpA menganjurkan untuk fototerapi dan rawat inap di rumah sakit. Bayi Ny. M dilakukan observasi dan fototerapi, rawat inap selama 2 hari di rumah sakit, setelah itu dilakukan pengecekan ulang pada bayi Ny. M dan didapatkan hasil billirubin darah 6 mg/dl. Setelah itu bayi Ny. M diperbolehkan pulang dan kontrol kembali pada hari Sabtu, tanggal 10 Mei 2025.

Pemeriksaan fisik saat ini menunjukkan bayi tidak kuning pada seluruh tubuh. Tali pusat sudah lepas tidak ada tanda infeksi pada tali pusat. Sehingga diperoleh diagnosa By. Ny. M Usia 7 hari BBLC CB SMK dengan keadaan normal dengan penatalaksanaan yang dilakukan

memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan, mengevaluasi cara menyusui, anjurkan untuk menyusui bayinya sesering mungkin, menjemur bayi di pagi hari saat ada matahari sekitar pukul 7 pagi selama 15-20 menit dan anjurkan kunjungan ulang bayi sesuai saran dokter anak.

d. Pengkajian tanggal 16 Mei 2025 (KN III)

Ibu mengatakan bayinya sehat, menyusunya kuat, BAK dan BAB lancar. Pemenuhan nutrisi : ASI on demand, BAK 6-8x/hari, BAB 3x/hari, tekstur lunak warna kekuningan. Hasil pemeriksaan yaitu Tanda vital nadi 120 x/menit. Nafas 42 x/menit, suhu 36,9° C berat badan terakhir 3300 gram. Pemeriksaan fisik menunjukkan bayi tidak kuning. Diperoleh diagnosa Bayi Ny. M Usia 19 hari BBLC CB SMK dengan keadaan normal. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu tetap menjaga kehangatan bayi, KIE ASI eksklusif dan mengingatkan ibu untuk melakukan imunisasi BCG. Ibu telah menghubungi bidan puskesmas untuk rencana kunjungan ulang imunisasi BCG yaitu pada tanggal 27 Mei 2025 saat usia bayi 1 bulan.

4. Asuhan Kebidanan pada Nifas

a. Pengkajian tanggal 27 April 2025 (KF I)

Ibu mengatakan melahirkan pada hari Minggu tanggal 27 April 2025 pukul 06.45 WIB di rumah sakit dr Soetarto / DKT Yogyakarta. Saat dilakukan pengkajian ibu mengatakan keadaan saat ini baik, perut terasa mules dan nyeri luka jahitan, TD: 110/70 mmHg, Suhu: 36,7 °C. Pemeriksaan fisik berdasarkan buku KIA yaitu perdarahan pervaginam ibu dalam batas normal, lochea rubra. Luka jahitan masih basah dan terasa nyeri. Kontraksi uterus keras dan TFU 2 jari dibawah pusat. ASI sudah keluar sedikit dan ibu sudah mengonsumsi Vitamin A dan tablet tambah darah. Ibu sudah BAK dan belum BAB. Ibu sudah makan dengan makanan yang disediakan oleh rumah sakit yaitu dengan nasi, sayur, lauk dan buah, minum dengan air putih dan teh. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu perawatan luka jahitan, pemantauan perdarahan

karena riwayat anemia saat hamil, kebersihan diri dan daerah kewanitaannya, menjaga kehangatan bayi, memberikan ASI eksklusif agar tercipta *bonding* yang baik antara ibu dan bayi, tanda-tanda bahaya nifas, serta pemenuhan nutrisi untuk pemulihan kondisi ibu supaya luka jahitan cepat kering, melanjutkan terapi obat antibiotik, pengurang nyeri, tambah darah dan pelancar ASI serta mengingatkan untuk kontrol nifas selanjutnya. Ibu mengatakan kunjungan ulang ke rumah sakit hari Sabtu, tanggal 03 Mei 2025

b. Pengkajian 29 April 2025 (KF II)

Pengkajian pada Ny. M Usia 27 Tahun P1A0 postpartum spontan nifas hari ke-3 normal. Ibu mengatakan perdarahan nifas dalam batas normal, darah berwarna merah bercampur kekuningan (*lochea sanguinolenta*) TD: 105/72 mmHg, Suhu: 36,5 °C, TFU keras 3 jari dibawah pusat. Luka jahitan masih basah dan tidak ada tanda infeksi, tetapi masih terasa nyeri. ASI lancar dan ibu memberikan ASI tiap 2 jam sekali dan secara langsung. Pemenuhan nutrisi ibu makan 3-4 kali/hari dengan nasi, sayur, lauk dan buah, serta cemilan. Minum 2-3 liter/hari dengan air putih, air jeruk dan jus buah. Ibu sudah melakukan aktivitas sehari-hari dan tidak ada keluhan, tetapi luka jahitan masih terasa sedikit sakit. BAB dan BAK ibu tidak ada keluhan. Ibu mengatakan pola tidur berkurang karena saat malam hari bayi sering rewel. Pada malam hari ibu tidur selama 3-4 jam dan siang hari 1 jam. Berdasarkan hasil pemeriksaan keadaan umum ibu baik. Penatalaksanaan yang diberikan yaitu memberi KIE mengenai personal hygiene, pola nutrisi masa nifas, ASI *on demand*, istirahat yang cukup, menyarankan agar suami ikut bergantian membantu merawat bayi dan memotivasi ibu untuk tetap memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan pertama, serta tanda bahaya ibu nifas. Mengingatkan ibu untuk tetap konsumsi tablet tambah darah dan vitamin.

c. Pengkajian tanggal 04 Mei 2025 (KF III)

Pengkajian pada Ny. M Usia 27 Tahun P1A0 postpartum spontan nifas hari ke-8 normal. Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan, keadaannya baik dan sehat. Perdarahan nifas dalam batas normal, darah berwarna seperti kecoklatan (lochea serosa). Luka jahitan sudah mulai sedikit kering dan tidak ada tanda infeksi. ASI lancar dan memberikan ASI tiap 2 jam sekali atau *on demand*. Pemenuhan nutrisi ibu makan 3-4 kali/hari dengan nasi, sayur, lauk dan buah, cemilan. Minum 2-3 liter/hari dengan air putih, teh, jus buah. BAB dan BAK ibu tidak ada keluhan. Pada malam hari ibu tidur selama 4-5 jam dan siang hari 1 jam. Penatalaksanaan yang diberikan yaitu memberi KIE ASI *on demand*, aktivitas dan istirahat yang seimbang, tanda bahaya ibu nifas, pemilihan alat kontrasepsi untuk menjarakkan kehamilan dan memotivasi ibu untuk tetap ASI eksklusif selama 6 bulan pertama.

d. Pengkajian tanggal 16 Mei 2025

Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan, darah nifas sudah tidak keluar hanya keluar seperti coklat kekuningan, pemberian ASI masih berlanjut dan lancar, bayi menyusu kuat, jahitan sudah kering dan terkadang terasa nyeri, seperti kembali ke semula. Diagnosa yang diperoleh yaitu Ny. M Usia 27 Tahun P1A0 postpartum spontan nifas hari ke-19 normal. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memotivasi ibu untuk selalu memberikan ASI eksklusif pada bayinya, menanyakan ibu mengenai rencana jumlah anak dan ibu mengatakan berencana menggunakan KB IUD setelah masa nifasnya selesai.

5. Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

Pengkajian pada tanggal 16 Mei 2025. Ibu mengatakan berencana ingin menggunakan KB IUD setelah selesai masa nifas. Ibu sudah berdiskusi dan sepakat dengan suaminya untuk menggunakan KB jangka panjang yaitu IUD. Hasil pemeriksaan ibu dalam keadaan baik, semua dalam batas normal. Diagnose yang ditegakkan yaitu Ny. M Usia 27 Tahun P1Ab0Ah1 dengan nifas hari ke 19 berencana menggunakan KB

IUD. Diberikan KIE untuk pemasangan KB IUD, efektivitas dan efek samping KB tersebut. Ibu berencana melakukan pemasangan KB IUD di Puskesmas Tegalrejo, setelah masa nifas selesai.

B. Kajian Teori

1. Asuhan Berkelanjutan (*Continuity Of Care*)

Continuity of care dalam kebidanan merupakan serangkaian kegiatan pelayanan berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, serta keluarga berencana.¹⁴ Kemenkes RI menyatakan bahwa Asuhan Kebidanan Berkelanjutan terdiri dari Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual diselenggarakan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara menyeluruh terpadu dan berkesinambungan. *Continuity of care* yang dilakukan oleh bidan pada umumnya berorientasi untuk meningkatkan kesinambungan pelayanan dalam suatu periode.

Continuity of care memiliki 3 jenis pelayanan yaitu manajemen, informasi dan hubungan. Kesinambungan manajemen melibatkan komunikasi antar perempuan dan bidan. Kesinambungan informasi menyangkut ketersediaan waktu yang relevan. Kedua hal tersebut penting untuk mengatur dan memberikan pelayanan kebidanan.¹⁴ Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan dari bidan hampir delapan kali lipat lebih besar untuk melakukan persalinan di bidan yang sama. Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan oleh bidan melaporkan kepuasan lebih tinggi terkait informasi, saran, penjelasan, tempat persalinan, persiapan persalinan, pilihan untuk menghilangkan rasa sakit dan pengawasan oleh bidan. Penelitian di Denmark memiliki kesamaan hasil penelitian bahwa dengan *Continuity of care* mendapatkan pengalaman yang membaik, mengurangi morbiditas maternal, mengurangi penggunaan intervensi pada saat persalinan termasuk operasi *caesar*,

meningkatkan jumlah persalinan normal dibandingkan dengan perempuan yang merencanakan persalinan dengan tindakan. Hasil yang signifikan secara *continuity of care* secara *women center* meliputi dukungan, partisipasi dalam pengambilan keputusan, perhatian terhadap psikologis, kebutuhan dan harapan pada saat akan melahirkan, informasi dan menghargai perempuan.¹⁵

2. Kehamilan

a. Definisi

Proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari *ovulasi*, *migrasi spermatozoa* dan *ovum*, *konsepsi* dan pertumbuhan *zigot*, *nidasi (implantasi)* pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm.¹² Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi menjadi 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan.¹³

b. Perubahan anatomi dan fisiologis

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

Pada kehamilan cukup bulan ketebalan dinding uterus awalnya 5 mm dan beratnya 2 ons menjadi lebih dari 2 pon. Kapasitas awal kurang dari 10 ml meningkat menjadi 5000 ml atau lebih.¹⁶

Tabel 1. Tinggi Fundus Uteri Sesuai Usia Kehamilan

Tinggi Fundus Uteri	Usia Kehamilan
1/3 di atas simfisis	12 minggu
½ di atas simfisis – pusat	16 minggu
2/3 di atas simfisis	20 minggu
Setinggi pusat	22 minggu

1/3 di atas pusat	28 minggu
½ pusat –prosesus xifoideus	34 minggu
Setinggi prosesus xifoideus	36 minggu
2 jari di bawah prosesus Xifoideus	40 minggu

Sumber : Manuaba dkk, 2010

Dalam memantau tumbuh kembang janin dengan mengukur Tinggi Fundus Uteri (TFU) dalam satuan sentimeter (cm) dengan alat pengukur metlin bahwa TFU sama dengan ± 2 cm dari usia kehamilan saat itu.¹⁷

b) Vagina dan Vulva

Akibat peningkatan hormon estrogen, vagina dan vulva mengalami hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva berwarna tampak lebih cerah, agak kebiruan (*livide*).¹⁷

2) Mammae

Mammae akan membesar, tegang, memiliki unsur laktogenik, dan memengaruhi sejumlah perubahan metabolik akibat adanya hormon somatomotropin korionik (*human placental lactogen* atau HPL). Progesteron dan estrogen juga menstimulasi melanosit sehingga puting dan areola mammae primer menjadi gelap. Pada kehamilan 12 minggu ke atas keluar cairan berwarna putih agak jernih dari puting yang disebut kolostrum.¹⁶

3) Sistem Muskuloskeletal

Ligamen pelvis mengalami relaksasi dalam pengaruh relaksin dan estrogen, yang memungkinkan pelvis meningkat kemampuan mengakomodasi bagian presentasi selama kala akhir kehamilan dan persalinan. Simfisis pubis akan melebar dan sendi sakro-koksigeal menjadi longgar, memungkinkan koksigis tergeser. Perubahan ini menyebabkan rasa tidak nyaman di punggung bawah seperti nyeri punggung bawah dan nyeri ligamen.¹⁸

4) Traktus Urinaria

Pada akhir kehamilan, akan terjadi poliuria akibat kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul menekan kandung kemih dan disebabkan oleh adanya peningkatan sirkulasi darah di ginjal pada kehamilan, sehingga filtrasi di glomerulus juga meningkat.¹⁹

5) Sistem Metabolisme

Pada ibu hamil Basal Metabolic Rate (BMR) bertambah tinggi hingga 15-20 % yang umumnya ditemui pada trimester ketiga dan membutuhkan banyak kalori untuk dipenuhi sesuai kebutuhannya.¹⁹ Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sedangkan pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing 0,5 kg dan 0,3 kg.¹³

Tabel 2. Rekomendasi Penambahan Berat Badan Selama

Kategori	IMT (Kg/m²)	Rekomendasi (Kg)
Rendah	< 19,8	12,5 – 18
Normal	19,8 – 26	11,5 – 16
Tinggi	26–29	7 – 11,5
Obesitas	>29	≥ 7
Gemelli		16 – 20,5

Sumber : Saifuddin dkk, 2009

6) Sistem Integumen

Pigmentasi kulit dipengaruhi oleh meningkatnya melanophore stimulating hormone (MSH) yang dikeluarkan oleh hipofisis anterior. Deposit pigmen ini dapat terjadi pada muka yang disebut kloasma gravidarum, areola mammae, linea alba, linea nigra dan pada perut seperti retak-retak yang disebut striae livide.¹⁹

c. Faktor Risiko

Faktor risiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan risiko/bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan

yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan atau bayinya.²⁰

- 1) Kelompok I Ada Potensi Gawat Obstetrik/APGO, terdapat 10 faktor risiko yaitu 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 tetapi harus waspada karena ada kemungkinan dapat terjadi penyulit atau komplikasi dalam persalinan.
- 2) Kelompok II
Ada Gawat Obstetrik/AGO, terdapat 8 faktor risiko yaitu tanda bahaya pada saat kehamilan, ada keluhan tetapi tidak darurat.
- 3) Kelompok III
Ada Gawat Darurat Obstetrik/AGDO, terdapat 2 faktor risiko, ada ancaman nyawa ibu dan bayi.²¹

d. Antenatal care

Menurut Profil Kesehatan Indonesia, pelayanan kesehatan ibu hamil diwujudkan melalui pemberian pelayanan antenatal sekurang-kurangnya enam kali selama masa kehamilan, dengan distribusi waktu minimal dua kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan tiga kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24 minggu sampai persalinan). Pelayanan antenatal yang dilakukan diupayakan memenuhi standar kualitas:

- 1) Penimbangan berat badan;
- 2) Pengukuran LILA;
- 3) Pengukuran tekanan darah
- 4) Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri);
- 5) Penentuan denyut jantung janin (DJJ);
- 6) Penentuan presentasi janin;
- 7) Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toksoid sesuai status imunisasi;

- 8) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan;
- 9) Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya);
- 10) Tatalaksana kasus;
- 11) KIE efektif.²²

3. Anemia pada ibu hamil

a. Pengertian

Anemia adalah suatu kondisi medis dimana jumlah sel darah merah atau hemoglobin kurang dari normal.²³ Anemia merupakan suatu keadaan kadar hemoglobin didalam darah lebih rendah daripada nilai normal untuk kelompok orang menurut umur dan jenis kelamin.²⁴ Anemia dalam kehamilan adalah penurunan kadar hemoglobin kurang dari 11 gr/dL selama masa kehamilan.²⁵

b. Penyebab Anemia Kehamilan

Penyebab anemia pada kehamilan antara lain kehilangan darah yang berat seperti pada saat menstruasi dan infeksi parasit, kondisi seperti malaria dan HIV yang menurunkan konsentrasi hemoglobin (Hb) darah, dan kekurangan nutrisi mikronutrien. Asupan yang rendah dan peyerapan zat besi yang buruk terutama selama pertumbuhan dan kehamilan saat kebutuhan zat besi lebih tinggi juga merupakan faktor anemia.²⁶

Menurut jurnal Pencegahan dan Tata Laksana Awal Penyakit Anemia pada Ibu Hamil di RSIA St. Khadijah 1 Makassar, penyebab anemia pada umumnya adalah sebagai berikut: Kurang gizi (malnutrisi), kurang zat besi dalam diet, malabsorpsi, kehilangan darah banyak seperti persalinan yang lalu, haid dan lain-lain serta penyakit-penyakit kronik seperti TBC paru, cacing usus, malaria dan lain-lain.²⁷

Penyebab anemia gizi besi dikarenakan kurang masuknya unsur besi dalam makanan, kebutuhan ibu hamil akan zat besi meningkat untuk pembentukan plasenta dan sel darah merah sebesar 200-300%. Karena itu, suplementasi zat besi perlu sekali diberlakukan, bahkan pada wanita yang bergizi baik. Penyebab langsung seperti banyak berpantang makanan tertentu selagi hamil dapat memperburuk keadaan anemia gizi besi, biasanya ibu hamil enggan makan daging, ikan, hati atau pangan hewani lainnya dengan alasan yang tidak rasional. Selain karena adanya pantangan terhadap makanan hewani faktor ekonomi merupakan penyebab pola konsumsi masyarakat kurang baik, tidak semua masyarakat dapat mengkonsumsi lauk hewani dalam setiap kali makan. Padahal pangan hewani merupakan sumber zat besi yang tinggi absorsinya.²⁸

Kekurangan besi dalam tubuh tersebut disebabkan karena kekurangan konsumsi makanan kaya besi, terutama yang berasal dari sumber hewani, bisa saja karena meningkatnya kebutuhan zat besi selama kehamilan, masa tumbuh kembang serta pada penyakit infeksi (malaria dan penyakit kronis lainnya seperti TBC), kehilangan zat besi yang berlebihan pada pendarahan termasuk pada saat haid, sering melahirkan dan adanya infeksi cacing serta ketidakseimbangan antara kebutuhan tubuh akan zat besi dibandingkan dengan penyerapan dari makanan.²⁹

c. Klasifikasi Anemia

Pemeriksaan hemoglobin secara rutin selama kehamilan merupakan kegiatan yang umumnya dilakukan untuk mendeteksi anemia. Klasifikasi menurut WHO³⁰:

- 1) Normal : ≤ 11 gr %
- 2) Anemia ringan : 9-10 gr %
- 3) Anemia sedang : 7-8 gr%
- 4) Anemia berat : < 7 gr%

d. Diagnosis Anemia

Diagnosis anemia kehamilan dapat dilakukan dengan:

1) Anamnesa

Pada anamnesa akan didapatkan keluhan cepat lelah, sering pusing, mata berkunang-kunang, dan keluhan mual muntah lebih hebat pada hamil muda

2) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dijumpai adanya tanda diantaranya pucat, ikterus, hipotensi artostatik, edema perifer, membrane mukosa dan bantalan kuku pucat, splenomegali, takikardi, takipnea dan dyspnea saat beraktivitas

3) Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan hemoglobin dilakukan minimal dua kali selama kehamilan, yaitu pada trimester I dan trimester III dengan pertimbangan bahwa sebagian besar ibu hamil mengalami anemia pada trimester tersebut, maka dilakukan pemberian preparat tambah darah sebanyak 90 tablet pada ibu hamil di Puskesmas. Pemeriksaan hemoglobin dapat dilakukan menggunakan beberapa metode seperti metode visual, metode gasometrik, metode spectrophotometric dan otomatis hemoglobinometry.³¹

e. Anemia fisiologis pada ibu hamil

Anemia dalam kehamilan sebagai kadar Hb < 11 gr% pada trimester I dan III < 10,5 gr% pada kehamilan trimester II, karena saat trimester II terjadi proses hemodilusi fisiologis secara maksimal (volume plasma meningkat 50%, sedangkan massa sel darah merah hanya meningkat 20%). Perubahan fisiologis alami yang terjadi selama kehamilan akan memengaruhi jumlah sel darah merah normal pada kehamilan. Peningkatan volume darah ibu terutama terjadi akibat peningkatan plasma, bukan akibat peningkatan sel darah merah. Walaupun ada peningkatan jumlah sel darah merah di dalam

sirkulasi, tetapi jumlahnya tidak seimbang dengan peningkatan volume plasma. Ketidakseimbangan ini akan terlihat dalam bentuk penurunan kadar Hb (hemoglobin). Peningkatan jumlah eritrosit ini juga merupakan salah satu faktor penyebab peningkatan kebutuhan akan zat besi selama kehamilan sekaligus untuk janin. Ketidakseimbangan jumlah eritrosit dan plasma mencapai puncaknya pada trimester kedua sebab peningkatan volume plasma terhenti menjelang akhir kehamilan, sementara produksi sel darah merah terus meningkat. Anemia didefinisikan sebagai penurunan jumlah sel darah merah atau penurunan konsentrasi hemoglobin di dalam sirkulasi darah.³² Pada kehamilan relatif terjadi anemia karena ibu hamil mengalami hemodelusi (pengenceran) dengan peningkatan volume 30% sampai 40% yang puncaknya pada kehamilan 32 sampai 34 minggu. Jumlah peningkatan sel darah 18% sampai 30% dan hemoglobin sekitar 19%.³¹

f. Patofisiologi Anemia dalam Kehamilan

Anemia pada kehamilan yang disebabkan kekurangan zat besi mencapai kurang lebih 95%.³² Wanita hamil sangat rentan terjadi anemia defisiensi besi karena pada kehamilan kebutuhan oksigen lebih tinggi sehingga memicu peningkatan produksi eritropoietin. Akibatnya, volume plasma bertambah dan sel darah merah (eritrosit) meningkat. Namun peningkatan volume plasma terjadi dalam proporsi yang lebih besar jika dibandingkan dengan peningkatan eritrosit sehingga terjadi penurunan konsentrasi hemoglobin (Hb) akibat hemodilusi.³³

Cadangan zat besi pada wanita yang hamil dapat rendah karena menstruasi dan diet yang buruk. Kehamilan dapat meningkatkan kebutuhan zat besi sebanyak dua atau tiga kali lipat. Zat besi diperlukan untuk produksi sel darah merah ekstra, untuk enzim tertentu yang dibutuhkan untuk jaringan, janin dan plasenta, dan untuk mengganti peningkatan kehilangan harian yang normal.

Kebutuhan zat besi janin yang paling besar terjadi selama empat minggu terakhir dalam kehamilan, dan kebutuhan ini akan terpenuhi dengan mengorbankan kebutuhan ibu. Kebutuhan zat besi selama kehamilan tercukupi sebagian karena tidak terjadi menstruasi dan terjadi peningkatan absorpsi besi dari diet oleh mukosa usus walaupun juga bergantung hanya pada cadangan besi ibu. Zat besi yang terkandung dalam makanan hanya diabsorpsi kurang dari 10%, dan diet biasa tidak dapat mencukupi kebutuhan zat besi ibu hamil.³⁴

g. Patofisiologi Anemia Menyebabkan Perdarahan

Anemia adalah kekurangan (defisiensi) sel darah merah karena kadar hemoglobin yang rendah. Sel darah merah berfungsi sebagai sarana transportasi zat gizi dan oksigen yang diperlukan pada proses fisiologis dan biokimia dalam setiap jaringan tubuh. Apabila tubuh kekurangan sel darah merah akan mengganggu transport oksigen ke seluruh organ. Khususnya pada Rahim, yang nantinya akan mempengaruhi kontraksi.

Penyebab perdarahan postpartum dapat dibagi menjadi 4 T yaitu *tone* (tonus; atonia uteri), *tissue* (jaringan; retensio plasenta dan sisa plasenta), *tears* (laserasi; laserasi perineum, vagina, serviks dan uterus) dan *thrombin* (koagulopati; gangguan pembekuan darah). Tonus menggambarkan kontraksi otot-otot uterus setelah melahirkan. Kontraksi ini diperlukan untuk menjepit arteri-arteri di tempat bekas plasenta berinsersi di uterus. Adanya abnormalitas kontraksi akan menyebabkan terjadinya perdarahan. Abnormalitas kontraksi ini juga memerlukan sel darah yang cukup untuk mengirim sinyal pada Rahim dan memasok energi pada saraf yang mempersarafi Rahim. *Tissue* yaitu adanya sisa plasenta atau retensio plasenta yang masih menempel pada Rahim, hal ini akan menyebabkan perdarahan terus menerus yang tidak berhenti karena Rahim saat berkontraksi terhalang adanya elemen sisa-sisa kotiledon

atau selaput ketuban tersisa, plasenta susenterjata, dan plasenta akreta, inkreta, serta perkreta.

Trauma persalinan menyebabkan laserasi dan hematoma sehingga dapat menyebabkan perdarahan postpartum. Trauma dalam persalinan bisa disebabkan karena episiotomi yang melebar, ruptur uteri, robekan pada perineum, vagina dan serviks. Adanya trauma ini menyebabkan adanya darah yang keluar karena ada perlukaan. Darah yang keluar ini akan berhubungan dengan *Thrombin*. Faktor utama penyebab komplikasi perdarahan yang terjadi yaitu berkurangnya faktor pembekuan akibat kerusakan dari sel-sel darah atau kurangnya sel darah yang berlebihan sehingga terjadi penurunan jumlah sel-sel darah termasuk trombosit. Hal ini bisa disebabkan oleh anemia yang terjadi pada ibu hamil.³¹

h. Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil

Anemia pada kehamilan yang terjadi pada trimester pertama sampai ketiga dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor sebagai berikut:

1) Status KEK (Kekurangan Energi Kronis)

Anemia lebih tinggi terjadi pada ibu hamil dengan Kurang Energi Kronis (LILA < 23,5 cm) dibandingkan dengan ibu hamil yang bergizi baik. Hal tersebut mungkin terkait dengan efek negatif kekurangan energi protein dan kekurangan nutrisi mikronutrien lainnya dalam gangguan bioavailabilitas dan penyimpanan zat besi dan nutrisi hematopoietik lainnya (asam folat dan vitamin B12. Suparsiasa tahun 2016 menyatakan bahwa Lingkar Lengan Atas (LILA) merupakan salah satu pilihan untuk penentuan status gizi. Hasil pengukuran LILA <23,5 cm berarti KEK (Kurang Energi Kronis) dan $\geq 23,5$ cm berarti tidak KEK.³⁵ Kategori KEK pada ibu hamil diukur saat sebelum hamil atau saat pertama kali memeriksakan diri untuk kehamilannya.²⁹

2) Umur ibu hamil

Anemia pada kehamilan berhubungan signifikan dengan umur ibu hamil.³⁶ Semakin muda dan semakin tua umur seorang ibu yang sedang hamil akan berpengaruh terhadap kebutuhan gizi yang diperlukan. Kurangnya pemenuhan zat-zat gizi selama hamil terutama pada usia kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun akan meningkatkan resiko terjadinya anemia.³⁷

3) Usia Kehamilan

Usia kehamilan dihitung menggunakan Rumus Naegele, yaitu jangka waktu dari Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) sampai hari dilakukan perhitungan usia kehamilan. Usia kehamilan dinyatakan dalam minggu, kemudian dapat dikategorikan menjadi:

Trimester I : 0-12 minggu

Trimester II : 13-27 minggu

Trimester III : 28-40 minggu(38)

Ibu hamil pada trimester pertama dua kali lebih mungkin untuk mengalami anemia dibandingkan pada trimester kedua. Demikian pula ibu hamil di trimester ketiga hampir tiga kali lipat cenderung mengalami anemia dibandingkan pada trimester kedua. Anemia pada trimester pertama bisa disebabkan karena kehilangan nafsu makan, morning sickness, dan dimulainya hemodilusi pada kehamilan 8 minggu. Sementara di trimester ke-3 bisa disebabkan karena kebutuhan nutrisi tinggi untuk pertumbuhan janin dan berbagi zat besi dalam darah ke janin yang akan mengurangi cadangan zat besi ibu.³⁸

4) Paritas

Penelitian menunjukkan bahwa ibu dengan paritas dua atau lebih, berisiko 2,3 kali lebih besar mengalami anemia daripada ibu dengan paritas kurang dari dua.³⁹ Hal ini dapat dijelaskan karena wanita yang memiliki paritas tinggi umumnya dapat

meningkatkan kerentanan untuk perdarahan dan deplesi gizi ibu. Dalam kehamilan yang sehat, perubahan hormonal menyebabkan peningkatan volume plasma yang menyebabkan penurunan kadar hemoglobin namun tidak turun di bawah tingkat tertentu (misalnya 11,0 g / dl).⁴⁰

Dibandingkan dengan keadaan tidak hamil, setiap kehamilan meningkatkan risiko perdarahan sebelum, selama, dan setelah melahirkan. Paritas yang lebih tinggi memperparah risiko perdarahan. Di sisi lain, seorang wanita dengan paritas tinggi memiliki ukuran jumlah anak yang besar yang berarti tingginya tingkat berbagi makanan yang tersedia dan sumber daya keluarga lainnya dapat mengganggu asupan makanan wanita hamil.⁴⁰

5) Tingkat Pendidikan

Pada beberapa pengamatan menunjukkan bahwa anemia yang di derita masyarakat adalah banyak di jumpai di daerah pedesaan dengan malnutrisi atau kekurangan gizi, kehamilan dan persalinan dengan jarak yang berdekatan, dan ibu hamil dengan pendidikan dan tingkat sosial ekonomi rendah.³¹

i. Dampak Anemia dalam Kehamilan

Anemia dalam kehamilan dapat menyebabkan abortus, partus prematurus, partus lama, retensio plasenta, perdarahan postpartum karena atonia uteri, syok, infeksi intrapartum maupun postpartum. Ibu hamil yang menderita anemia berat dapat meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi, kemungkinan melahirkan bayi BBLR dan premature juga lebih besar. Anemia yang sangat berat dengan Hb kurang dari 4 g/dl dapat menyebabkan dekompensasi kordis. Akibat anemia terhadap janin dapat menyebabkan terjadinya kematian janin intrauterin, kelahiran dengan anemia, dapat terjadi cacat bawaan, bayi mudah mendapat infeksi sampai kematian perinatal.^{31,41} Ibu hamil dengan kadar hemoglobin (Hb) <8 g/dL dikaitkan dengan peningkatan risiko berat lahir rendah dan bayi kecil

untuk usia kehamilan.⁴² Anemia defisiensi besi selama kehamilan diketahui menjadi faktor risiko kelahiran prematur, meningkatkan risiko terjadinya perdarahan postpartum dan kematian perinatal.⁴³

Pada wanita hamil, anemia meningkatkan risiko kematian ibu dan anak dan memiliki konsekuensi negatif pada kognitif dan fisik pengembangan anak-anak dan produktivitas kerja.²⁶ Anemia pada kehamilan dikaitkan dengan hasil kehamilan yang merugikan. Manifestasi klinisnya meliputi pembatasan pertumbuhan janin, persalinan prematur, berat lahir rendah, gangguan laktasi, interaksi yang buruk ibu atau bayi, depresi post partum, dan meningkatkan kematian janin dan neonatal.

4. Persalinan

a. Definisi

Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi saat usia kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala dan berlangsung kurang lebih 18 jam, tanpa adanya komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.¹³

b. Etiologi Persalinan

Etiologi persalinan meliputi:

1) Keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.⁴⁴ Otot hormon mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Apabila batas tersebut telah terlewati maka akan terjadi kontraksi, sehingga persalinan dapat dimulai.⁴⁵

2) Penurunan progesteron

Villi korialis mengalami perubahan-perubahan dan produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi

setelah tercapai tingkat penurunan progesterone.⁴⁴ Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibat otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu.¹²

3) Teori Iritasi Mekanis

Di belakang serviks terletak ganglion servikalis (fleksus frankenhauser), bila ganglion ini digeser dan ditekan (misalnya oleh kepala janin), maka akan timbul kontraksi uterus.⁴⁶

4) Teori Oksitosin

- a) Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior
- b) Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga terjadi kontraksi Braxton Hicks.
- c) Menurunnya konsentrasi progesteron karena magangnya usia kehamilan menyebabkan ok di fisik meningkatkan aktivitasnya dalam merangsang otot rahim untuk berkontraksi, dan akhirnya persalinan dimulai.⁴⁷

5) Prostaglandin

Akan terjadi peningkatan prostaglandin pada umur kehamilan 15 minggu, sehingga akan memicu terjadinya kontraksi dan persalinan.⁴⁴ Prostaglandin yang dikeluarkan oleh deciduas konsentrasinya meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu. Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan, pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim.⁴⁵

6) Hipotalamus-hipofisis dan glandula suprarenalis

Glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan. Teori ini menunjukkan, pada kehamilan dengan bayi anensefalus

sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuk nya hipotalamus.⁴⁶

7) Induksi Persalinan

Persalinan dapat juga di timbulkan dengan jalan sebagai berikut.

- a) Gagang laminaria: dengan cara laminaria dimasukkan ke dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang fleksus frankenhauser.
- b) Amniotomi: pemecahan ketuban
- c) Oksitosin drip: pemberian oksitosin menurut tetesan per infuse.⁴⁶

c. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Terdapat 4 faktor yang mempengaruhi kemajuan persalinan yaitu :

- 1) *Passage* (jalan lahir) yang meliputi ukuran panggul, bentuk panggul dan kemampuan serviks untuk membuka dan kemampuan vagina untuk meregang.
- 2) *Passenger* (janin) yang meliputi ukuran janin, terutama kepala janin, sikap janin, yang mendeskripsikan hubungan antara kepala, bahu, dan tungkai janin terhadap satu sama lain, letak janin, yang menunjukkan hubungan antara aksis panjang janin dengan aksis panjang ibu, presentasi janin, yang mendeskripsikan bagian janin yang masuk panggul pertama kali, posisi janin, yang menunjukkan arah bagian presentasi menghadap yaitu depan, samping, atau belakang panggul ibu.
- 3) *Power* (tenaga) yang meliputi frekuensi, durasi, dan intensitas kontraksi uterus, tekanan abdomen yang terjadi akibat mengejan pada kala II persalinan.
- 4) *Psyche* (kondisi psikis) yang meliputi persiapan fisik, emosi, dan intelektual ibu, pengalaman melahirkan ibu sebelumnya, sikap budaya ibu, dukungan dari orang yang penting bagi ibu.

d. Tanda Persalinan

Tanda-tanda persalinan diantaranya adalah:

- 1) Kontraksi uterus (rasa nyeri dari punggung menjalar ke perut intensitas nyeri semakin bertambah dan tidak berkurang untuk istirahat) minimal 2-3 kali setiap 10 menit dengan durasi 40 detik.
 - 2) Keluarnya lendir darah (bloody show) yang disebabkan karena adanya penipisan dari serviks.
 - 3) *Premature rupture membrane* adalah keluarnya cairan banyak dari jalan lahir yang terjadi akibat ketuban pecah atau selaput yang robek.
- e. Tahapan Persalinan
- 1) Kala I

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga dapat berjalan jalan. Lama kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan kurva fiedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Dengan penghitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan.¹² Multigravida dilatasi akan lebih cepat karena mulai usia kehamilan 38 minggu serviks mungkin sudah mengalami pembukaan sehingga saat memasuki inpartu per lunak dan dilatasi terjadi bersama-sama. Sedangkan pada primigravida saat hamil tidak ada pembukaan sehingga saat inpartu serviks akan melunak diikuti dengan pembukaan.¹² 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 selama 7-8 jam.⁴⁸ Yang perlu dicatat di lembar observasi pada kala I fase laten, yaitu : denyut jantung janin (DJJ) diperiksa setiap 1 jam, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus diperiksa setiap 1 jam, nadi diperiksa setiap 30-60 menit,

suhu tubuh diperiksa setiap 4 jam, tekanan darah diperiksa setiap 4 jam, pembukaan serviks dan penurunan kepala diperiksa setiap 4 jam sekali.

- b) Fase aktif (pembukaan serviks 4-10 cm), berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase.
 - i. Periode akselerasi: berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
 - ii. Periode dilatasi maksimal: berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
 - iii. Periode deselerasi: berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap.⁴⁸
- c) Prolonged latent phase

- a) Pengertian

Prolonged latent phase adalah fase latent yang memanjang dimana suatu keadaan pada kala 1 pembukaan serviks sampai 3 cm berlangsung lebih dari 8 jam. (Saron Pawirohardjo, 2013).

Etiologi / Faktor penyebab fase latent adalah

- a. His tidak efisien (in adekuat)

His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan keringetan pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan.

- b. Kelainan janin

Persalinan dapat mengalami gangguan atau kemacetan karena kelainan dalam letak atau bentuk janin.

- c. Kelainan jalan lahir (panggul sempit, kelainan serviks, vagina, tumor)

Kelainan dalam ukuran atau bentuk jalan lahir bisa menghalangi kemajuan persalinan atau menyebabkan kemacetan (Sarwono Prawirohardjo, 2009)

b) Penilaian klinis

Menurut (Sarwono Prawiroharjo, 2013). Dalam menentukan keadaan janin harus:

- a. Periksa denyut jantung bayi, hitung frekwensi sekurang kurangnya 1x dalam 30 menit selama fase aktif dan 1x tiap 5 menit selama fase laten kala II.
- b. Jika ketuban sudah pecah, air ketuban kehijau hijauan atau bercampur darah pikirkan kemungkinan gawat janin.
- c. Jika tidak ada ketuban yang mengalir seteah selaput ketuban pecah, pertimbangkan adanya indikasi penurunan jumlah air ketuban yang mungkin juga menyebabkan gawat janin. Perbaiki keadaan umum dengan memberikan dukungan psikologis. Beri cairan baik secara oral maupun parental.
- d. Bila pasien merasa nyeri berikan obat analgesic

c) Penanganan partus lama

Prolonged latent phase (fase laten yang memanjang)
 Diagnosis fase laten memanjang dibuat secara retrospektif. Bila his berhenti disebut persalinan palsu atau belum inpartu. Bilamana kontraksi makin teratur dan pembukaan bertambah sampaim 3 cm, dan disebut fase laten. Dan apabila ibu berada dalam fase laten lebih dari 8 jam dan tak ada kemajuan, lakukan pemeriksaan dengan jalan melakukan pemeriksaan serviks:

- a. Bila didapat perubahan dalam penipisan dan pembukaan serviks, lakukan drip oksitosin dengan 5 unit dalam 500 cc dekstrose (atau NaCl) mulai dengan 8

tetes permenit, setiap 30 menit ditambah 4 tetes sampai his adekuat (maksimal 40 tetes/menit) atau berikan preprat prostaglandin, lakukan penilaian ulang setiap 4 jam. Bila ibu tidak masuk fase aktif setelah dilakukan pemberian oksitosin, lakukan secsio sesarea.

- b. Pada daerah hipervalensi HIV tinggi, dianjurkan membiarkan ketuban tetap utuh selama pemberian oksitoksin untuk mengurangi kemungkinan terjadinya penularan HIV.
- c. Bila didapatkan tanda adanya amnionitis, berikan induksi dengan oksitosin 5U dan 500 cc dekstrose (atau NaCl) mulai dengan 8 tetes permenit, setiap 15 menit ditambah 4 tetes sampai adekuat (maksimal 40 tetes/menit) atau berikan preprat prostaglandin, serta obati infeksi dengan ampicilin 2 gr IV sebagai dosis awal dan 1 gr IV setiap 6 jam dan gentamicin 2x80 mg.

2) Kala II

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi. Tanda dan gejala kala II yaitu: his semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50-100 detik, menjelang akhir kala I ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.¹² ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan/ atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka.¹⁹

Penatalaksanaan Kala II, yaitu memberikan dukungan terus menerus kepada ibu dengan: menjaga kebersihan ibu, mengipasi dan massase untuk menambah kenyamanan ibu, memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan ibu, mengatur

posisi sesuai kenyamanan ibu, menjaga kandung kemih tetap kosong, memberikan minum yang cukup, memimpin persalinan, memantau DJJ, melahirkan bayi, merangsang bayi.

3) Kala III

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh prosesnya biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Penatalaksanaan kala III yaitu dengan manajemen aktif kala III. Manajemen aktif kala III berupa jepit potong tali pusat, sedini mungkin, pemberian oksitosin 10 IU sesegera mungkin dengan mengecek janin tunggal, melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT) dan masase fundus setelah plasenta lahir.

4) Kala IV

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhirnya dua jam setelah proses tersebut.¹⁹ Asuhan dan pemantauan pada kala IV:

- a) Kesadaran pasien, mencerminkan kebahagiaan karena tugasnya untuk mengeluarkan bayi telah selesai.
- b) Pemeriksaan yang dilakukan: tekanan darah, nadi, dan pernapasan dan suhu; kontraksi rahim yang keras; perdarahan yang mungkin terjadi dari plasenta rest, luka episiotomi, perlukaan pada serviks; kandung kemih dikosongkan karena dapat mengganggu kontraksi rahim.
- c) Bayi yang telah dibersihkan diletakkan disamping ibunya agar dapat memulai pemberian ASI.
- d) Observasi dilakukan selama 2 jam dengan interval pemeriksaan setiap jam.¹²

f. Langkah-langkah Asuhan Persalinan Normal

1) Melihat Tanda Dan Gejala Kala Dua

- a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.

- b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/atau vaginanya.
 - c) Perineum menonjol.
 - d) Vulva-vagina dan sfingter anal membuka.
- 2) Menyiapkan Pertolongan Persalinan
- a) Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
 - b) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
 - c) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
 - d) Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
 - e) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).
- 3) Memastikan Pembukaan Lengkap Dengan Janin Baik
- a) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi.
 - b) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah

lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.

- c) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan enzimatik dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan enzimatik selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti di atas).
 - d) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 kali / menit).
 - e) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - f) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.
- 4) Menyiapkan Ibu & Keluarga Untuk Membantu Proses Pimpinan Meneran.
- a) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
 - b) Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.
 - c) Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
 - d) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
 - e) Melakukan pimpinan meneran saat Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.

- f) Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - g) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.
 - h) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang).
 - i) Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.
 - j) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
 - k) Menganjurkan asupan cairan per oral.
 - l) Menilai DJJ setiap lima menit.
 - m) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60/menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera.
- 5) Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi.
- a) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
 - b) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
 - c) Membuka partus set.
 - d) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
- 6) Menolong Kelahiran Bayi
- a) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kelapa bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir. Jika ada mekonium dalam cairan ketuban, segera hisap

mulut dan hidung setelah kepala lahir menggunakan penghisap lendir DeLee disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau bola karet penghisap yang baru dan bersih.

- b) Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.
- c) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi.
- d) Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
- e) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.
- f) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- g) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan kearah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
- h) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
- i) Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk

menyangganya saat panggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

7) Penanganan Bayi Baru Lahir

- a) Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan).
- b) Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian pusat.
- c) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
- d) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
- e) Mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka.
- f) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya.

8) Penanganan Bayi Baru Lahir

- a) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
- b) Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.
- c) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, memberikan suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.
- d) Penanganan tali pusat terkendali.
- e) Memindahkan klem pada tali pusat.

- f) Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
 - g) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) denganhati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.
 - h) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 – 10 cm dari vulva.
 - i) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.
 - j) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).
- 9) Menilai Perdarahan
- a) Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus.

- b) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

10) Melakukan Prosedur Pasca Persalinan

- a) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
- b) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan enzimatik, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
- c) Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
- d) Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
- e) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan enzimatik.
- f) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
- g) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
- h) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam.
- i) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
- j) Mengevaluasi kehilangan darah.
- k) Memeriksa tekanan darah, nadi dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
- l) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan enzimatik (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.

- m) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
- n) Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- o) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
- p) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan enzimatik selama 10 menit.
- q) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- r) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

3. Masa Nifas/Puerperium

a. Definisi

Masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan. Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira – kira 6 minggu.⁴⁹

b. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Pada masa nifas, terjadi perubahan-perubahan anatomi dan fisiologis pada ibu. Perubahan fisiologis yang terjadi sangat jelas, walaupun dianggap normal, di mana proses-proses pada kehamilan berjalan terbalik. Perubahan-perubahan anatomi dan fisiologis dalam masa nifas yaitu meliputi:

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

Involusi uteri dapat dikatakan sebagai proses kembalinya uterus pada keadaan semula atau keadaan sebelum hamil setelah melahirkan.⁴⁹ Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah seperti berikut ini⁴⁸:

Tabel 3. Perubahan Uterus Masa Nifas

Involusi	TFU	Berat Uterus (gr)
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000
Uri lahir	2 jari dibawah pusat	750
1 minggu	Pertengahan simfisis	500
2 minggu	Tidak teraba di simfisis	350
6 minggu	Normal	50
8 minggu	Normal tapi sebelum hamil	30

Selama masa nifas, ibu akan mengeluarkan lochea, Lokia adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas yang berasal dari campuran antara darah dan decidua, biasanya berwarna merah muda atau putih pucat, memiliki bau amis meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda – beda pada setiap wanita. Lochea mengalami perubahan warna karena proses involusi.⁴⁹

Tabel 4. Perubahan Warna Lochea

Lochea	Waktu (hari)	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1 – 3	Merah kehitaman	Terdiri dari desidua
Sanguinolenta	3 – 7	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7 – 14	Kekuningan atau kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri leukosit dan robekan laserasi plasenta
Alba	> 14	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati

b) Payudara

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis, yaitu produksi susu dan sekresi susu (*let down*). Selama sembilan bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi untuk menghambat kelenjar *pituitary* akan mengeluarkan prolaktin (hormon laktogenik). Ketika bayi menghisap puting, reflek saraf merangsang *lobus posterior pituitary* untuk menyekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang reflek *let down* (mengalirkan), sehingga menyebabkan ejeksi ASI melalui *sinus aktiferus* payudara ke duktus yang terdapat pada puting. Ketika ASI dialirkan karena isapan bayi atau dengan dipompa sel-sel acini terangsang untuk menghasilkan ASI lebih banyak.⁵⁰

2) Tanda-tanda Vital

a) Suhu Badan

Pasca melahirkan dapat naik +0,5 Celcius dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan diakibatkan karena kerja keras sewaktu persalihan, kehilangan cairan, maupun kelelahan⁴⁹

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60 – 80 kali per menit. Pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi lebih cepat. Namun, jika denyut nadi lebih dari 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum.⁴⁹

c) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik,

yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari.¹⁶

d) Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16-24 kali per menit. Pada ibu post partum umumnya pernafasan lambat atau normal karena dalam masa pemulihan atau kondisi istirahat.⁴⁹

3) Penurunan Berat Badan

Wanita mengalami penurunan berat badan rata-rata 12 pon (4,5 kg) pada waktu melahirkan. Penurunan ini mewakili gabungan berat bayi, plasenta dan cairan amnion. Wanita dapat kembali mengalami penurunan berat badan sebanyak 5 pon selama minggu pertama pascapartum karena kehilangan cairan.

4) Sistem kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam hilang darah sekitar 300-400 cc. Perubahan terdiri dari volume darah dan hemokonsentrasi. Apabila pada persalinan pervaginam, hemokonsentrasi akan naik dan pada SC hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu.⁵¹

5) Sistem muskuloskeletal

Sistem muskuloskeletal pada ibu selama masa pemulihan/postpartum termasuk penyebab relaksasi dan kemudian hipermobilitas sendi serta perubahan pada pusat gravitasi. Stabilisasi sendi lengkap akan terjadi pada minggu ke-6 sampai ke-8 setelah wanita melahirkan. Dinding abdominal lembek setelah proses persalinan karena peregangan selama kehamilan.⁵²

6) Perubahan Sistem Pencernaan

Setelah kelahiran plasenta, maka terjadi pula penurunan produksi progesteron. Sehingga hal ini dapat menyebabkan heartburn dan konstipasi terutama dalam beberapa hari pertama. Kemungkinan terjadi hal ini karena kurangnya keseimbangan cairan selama

persalinan dan adanya reflek hambatan defekasi dikarenakan adanya rasa nyeri pada perineum karena adanya luka episiotomy.⁵³

7) Perubahan Sistem Perkemihan

Diuresis dapat terjadi setelah 2-3 hari postpartum. Diuresis terjadi karena saluran urinaria mengalami dilatasi. Kondisi ini akan kembali normal setelah 4 minggu postpartum. Pada awal postpartum, kandung kemih mengalami edema, kongesti, dan hipotonik. Hal ini disebabkan oleh adanya overdistensi pada saat kala dua persalinan dan pengeluaran urine yang tertahan selama proses persalinan. Sumbatan pada uretra disebabkan oleh adanya trauma saat persalinan berlangsung dan trauma ini dapat berkurang setelah 24 jam postpartum.⁵⁰

8) Perubahan Psikologis Ibu Nifas

Periode Postpartum menyebabkan stress emosional terhadap ibu baru, bahkan lebih menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang hebat. Faktor-faktor yang mempengaruhi suksesnya masa transisi ke masa menjadi orang tua pada masa postpartum, yaitu:⁵⁴

- a) Respon dan dukungan dari keluarga dan teman
- b) Hubungan antara pengalaman melahirkan dan harapan serta aspirasi
- c) Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lain
- d) Pengaruh budaya

Dalam menjalani adaptasi psikososial menurut Rubin setelah melahirkan, ibu akan melalui fase-fase sebagai berikut:⁵⁵

a) Masa *Taking In* (Fokus pada Diri Sendiri)

Masa ini terjadi 1-3 hari pasca-persalinan, ibu yang baru melahirkan akan bersikap pasif dan sangat tergantung pada dirinya (trauma), segala energinya difokuskan pada kekhawatiran tentang badannya. Dia akan bercerita tentang persalinannya secara berulang-ulang.

b) Masa *Taking On* (Fokus pada Bayi)

Masa ini terjadi 3-10 hari pasca-persalinan, ibu menjadi khawatir tentang kemampuannya merawat bayi dan menerima tanggung jawabnya sebagai ibu dalam merawat bayi semakin besar. Perasaan yang sangat sensitive sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati.

c) Masa *Letting Go* (Mengambil Alih Tugas sebagai Ibu Tanpa Bantuan NAKES)

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu mengambil langsung tanggung jawab dalam merawat bayinya, dia harus menyesuaikan diri dengan tuntutan ketergantungan bayinya dan terhadap interaksi social. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.⁵⁶

c. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

1) Kebersihan diri

- a) Perawatan 3-4 hari di rumah sakit cukup untuk mengembalikan fisik ibu yang baru bersalin normal. Sebelum pulang, sebaiknya ibu menguasai bagaimana cara merawat luka jahitan.
- b) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Memastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah di sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Memberikan nasehat ibu untuk membersihkan diri setiap kali selesai buang air kecil atau besar.
- c) Memberikan saran kepada ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik, dan dikeringkan di bawah matahari atau disterika.

d) Memberikan saran kepada ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.^{51,57}

2) Nutrisi dan Cairan

Ibu yang melahirkan secara normal, tidak ada pantangan diet. Dua jam setelah melahirkan ibu boleh minum dan makan seperti biasa bila ingin. Namun perlu diperhatikan jumpal kalori dan protein ibu menyusui harus lebih besar daripada ibu hamil, kecuali apabila ibu tidak menyusui bayinya. Kebutuhan pada masa menyusui meningkat hingga 25% yaitu untuk produksi ASI dan memenuhi kebutuhan cairan yang meningkat tiga kali dari biasanya. Penambahan kalori pada ibu menyusui sebanyak 500 kkal tiap hari.⁵⁸ Makanan yang dikonsumsi ibu berguna untuk melaksanakan aktivitas, metabolisme, cadangan dalam tubuh, proses produksi ASI serta sebagai ASI itu sendiri yang akan dikonsumsi bayi untuk pertumbuhan dan perkembangannya. Makanan yang dikonsumsi juga perlu memenuhi syarat, seperti susunanya harus seimbang, porsiya cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung alcohol, nikotin serta bahan pengawet dan pewarna. Menu makanan yang seimbang mengandung unsur-unsur, seperti sumber tenaga, pembangunan, pengatur dan perlindungan.⁵⁴

3) Ambulasi

Pada masa nifas, perempuan sebaiknya melakukan ambulasi dini. Ambulasi dini adalah beberapa jam setelah melahirkan, segera bangun dari tempat tidur dan segera bergerak, agar lebih kuat dan lebih baik. Gangguan kemih dan buang air besar juga dapat teratasi. Mobilisasi sangat bervariasi, tergantung pada komplikasi persalinan, nifas, atau sembuhnya luka (jika ada luka). Jika tidak ada kelainan, lakukan mobilisasi sedini mungkin, yaitu dua jam setelah persalian normal. Ini berguna untuk

mempercepat sirkulasi darah dan mengeluarkan cairan vagina (lochea).

Tahapan mobilisasi dini dilakukan setelah kala IV. Setelah kala IV ibu bisa turun dari tempat tidurnya dan beraktivitas seperti biasa, hal ini dikarenakan pada masa persalinan kala IV ibu memerlukan istirahat yang cukup untuk memulihkan tenaga pada proses penyembuhan.⁵⁹ Dalam persalinan normal, setelah 1 atau 2 jam persalinan ibu harus melakukan rentang gerak dalam tahapan mobilisasi dini, jika ibu belum melakukannya dalam rentang waktu tersebut maka ibu belum melakukan mobilisasi secara dini (late ambulation). Dalam waktu sekitar 2-6 jam bidan akan membantu ibu untuk melakukan mobilisasi dini, misalnya duduk di tempat tidur, duduk di bagian samping tempat tidur, serta mulai jalan dengan jarak yang dekat. Jika semakin cepat ibu dapat bergerak kembali maka proses menyusui dan merawat anak akan semakin cepat dan mudah dilakukan oleh ibu. Mobilisasi dini yang baik dapat mengurangi terjadinya perdarahan abnormal karena dengan melakukan mobilisasi dini maka kontraksi uterus akan baik, sehingga fundus uteri akan keras. Mobilisasi yang tidak baik dapat menyebabkan involusi uteri yang tidak baik sehingga darah-darah yang tersisa tidak dapat dikeluarkan dan menyebabkan infeksi.

4) Eliminasi

Rasa nyeri kadangkala menyebabkan keengganan untuk berkemih, tetapi ibu harus tetap berkemih secara teratur, karena kantung kemih yang penuh dapat menyebabkan gangguan kontraksi rahim, yang dapat menyebabkan timbulnya perdarahan dari rahim. Seperti halnya dengan berkemih, perempuan pascapersalinan sering tidak merasakan sensasi ingin buang air besar, yang dapat disebabkan pengosongan usus besar (klisma) sebelum melahirkan atau ketakutan menimbulkan robekan pada jahitan dikemaluan. Sebenarnya kotoran yang dalam beberapa hari

tidak dikeluarkan akan mengeras dan dapat menyulitkan dikemudian hari.

Pengeluaran air seni akan meningkat 24-48 jam pertama sampai hari ke-5 setelah melahirkan. Hal ini terjadi karena volume darah meningkat pada saat hamil tidak diperlukan lagi setelah persalinan. Oleh karena itu, ibu perlu belajar berkemih secara spontan dan tidak menahan buang air kecil ketika ada rasa sakit pada jahitan. Menahan buang air kecil akan menyebabkan terjadinya bendungan air seni dan gangguan kontraksi rahim sehingga pengeluaran cairan vagina tidak lancar. Sedangkan buang air besar akan sulit karena ketakutan akan rasa sakit, takut jahitan terbuka atau karena adanya haemoroid (wasir). Kesulitan ini dapat dibantu dengan mobilisasi dini, mengonsumsi makanan tinggi serat dan cukup minum.

5) Istirahat

Wanita pasca persalinan harus cukup istirahat. Delapan jam pasca persalinan, ibu harus tidur terlentang untuk mencegah perdarahan. Sesudah 8 jam, ibu boleh miring ke kiri atau ke kanan untuk mencegah trombosis. Ibu dan bayi ditempatkan pada satu kamar. Pada hari kedua, bila perlu dilakukan latihan senam. Pada hari ketiga umumnya sudah dapat duduk, hari keempat berjalan dan hari kelima sudah dapat dipulangkan. Makanan yang diberikan harus bermutu tinggi dan cukup kalori, cukup protein dan banyak buah.

Anjurkan untuk mencegah kelelahan yang berlebihan, usahakan untuk rileks dan istirahat yang cukup, terutama saat bayi sedang tidur. Meminta bantuan suami atau keluarga ketika ibu merasa lelah. Putarkan dan dengarkan lagu-lagu klasik disaat ibu dan bayi sedang istirahat untuk menghilangkan rasa tegang dan lelah.

6) Seksualitas

Setelah persalinan pada masa ini ibu menghadapi peran baru sebagai orang tua sehingga sering melupakan perannya sebagai pasangan. Namun segera setelah ibu merasa percaya diri dengan peran barunya dia akan menemukan waktu dan melihat sekelilingnya serta menyadari bahwa dia telah kehilangan aspek lain dalam kehidupannya yang juga penting. Oleh karena itu perlu memahami perubahan yang terjadi pada istri sehingga tidak punya perasaan diabaikan. Anjuran:

- a) Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu ibu merasakan aman untuk melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.
 - b) Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai waktu tertentu setelah 40 hari atau 6 minggu pasca persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan.
 - c) Kerjasama dengan pasangan dalam merawat dan memberikan kasih sayang kepada bayinya sangat dianjurkan.
- d. Tanda Bahaya Ibu Nifas

Tanda-tanda bahaya masa nifas adalah sebagai berikut:

- 1) Perdarahan pervaginam yang luar biasa atau tiba-tiba bertambah banyak (lebih dari perdarahan haid biasa atau bila memerlukan pergantian pembalut-pembalut 2 kali dalam setengah jam).
- 2) Pengeluaran cairan vagina yang berbau busuk.
- 3) Rasa sakit dibagian bawah abdomen atau punggung.
- 4) Sakit kepala yang terus menerus, nyeri ulu hati, atau masalah penglihatan.
- 5) Pembengkakan diwajah atau ditangan.

- 6) Demam, muntah, rasa sakit sewaktu BAK atau jika merasa tidak enak badan.
 - 7) Payudara yang bertambah atau berubah menjadi merah panas dan atau terasa sakit.
 - 8) Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama.
 - 9) Rasa sakit merah, lunak dan atau pembengkakan dikaki.
 - 10) Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya atau dirinya sendiri.
 - 11) Merasa sangat letih dan nafas terengah-engah.
- e. Kunjungan Ulang Masa Nifas (KF)
- Kunjungan masa nifas setidaknya dilakukan 4 kali untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi.
- 1) 6-8 jam setelah persalinan
 - a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
 - b) Mendeteksi penyebab lain dan rujuk bila perdarahan berlanjut
 - c) Memberikan konseling pada ibu atau keluarga cara 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 *hipotermia*
 - 2) 6 hari setelah persalinan
 - a) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau.
 - b) Menilai adanya tanda- tanda demam, infeksi, atau kelainan pasca melahirkan.
 - c) Memastikan ibu mendapat cukup cairan, makanan, dan istirahat.
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda- tanda penyulit.

- e) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan menjaga bayi agar tetap hangat
- 3) 2 minggu setelah persalinan
Sama seperti di atas (6 hari setelah persalinan).
- 4) 6 minggu setelah persalinan
Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ibu atau bayinya alami dan Memberikan konseling untuk KB secara dini.⁶⁰
4. Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Bayi baru lahir adalah bayi yang baru lahir selama satu jam pertama kelahiran.¹³ Bayi baru lahir akan mengalami penurunan berat badan fisiologis sampai dengan 10 %, pada hari kedua dan ketiga. Hal ini disebabkan oleh karena pengeluaran mekonium dan penggunaan energi dan asupan kalori yang relatif rendah (bayi hanya mendapatkan asupan ASI). Pada hari kesepuluh sampai keempat belas akan tercapai kembali berat badan lahir. Pengkajian kondisi umum bayi pada menit pertama dan kelima dengan menggunakan nilai apgar.

Tabel 5. Nilai APGAR Bayi Baru Lahir

Tanda	Nilai 0	Nilai 1	Nilai 2
<i>Appearance</i> (warna kulit)	Biru, pucat	Tubuh merah muda, ekstremitas biru	Seluruh tubuh merah muda
<i>Pulse</i> (frekuensi jantung)	Tidak ada	Kurang dari 100 kali per menit	Lebih dari 100 kali per menit
<i>Grimace</i> (Respon terhadap rangsang)	Tidak ada	Meringis minimal	Batuk atau bersin
<i>Active</i> (Tonus otot)	Lunglai	Fleksi ekstremitas	Aktif
<i>Respiration</i> (Pernapasan)	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Baik atau menangis

Sumber: Myles, 2009

Dari hasil pemeriksaan APGAR score, dapat diberikan penilaian kondisi bayi baru lahir sebagai berikut

- 1) Nilai 7-10: Normal
- 2) Nilai 4-6: Asfiksia ringan-sedang
- 3) Nilai 0-3: Asfiksia Berat

b. Penanganan bayi baru lahir

1) Perawatan Tali Pusat

Perawatan tali pusat yang benar dapat mengurangi insiden infeksi pada neonatus. Yang terpenting dalam perawatan tali pusat adalah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih.

2) Inisiasi Menyusui Dini dan Pemberian Nutrisi

Segera 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 nosokomial.¹³

3) Pencegahan hipotermi

Pada waktu bayi baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat.¹³

4) Pemberian Injeksi Vitamin K

Pemberian vitamin K dapat menurunkan insiden kejadian perdarahan akibat defisiensi vitamin K1 (PDVK) yang dapat menyebabkan kematian neonatus. Dosis pemberian vit 0,5-1 mg secara IM.

5) Pemberian Salep Mata

Pemberian antibiotik profilaksis pada mata dapat mencegah terjadinya konjungtivitis. Konjungtivitis pada bayi baru lahir sering terjadi terutama pada bayi dengan ibu yang menderita penyakit

menular seksual. Konjungtivitis ini muncul pada 2 minggu pertama setelah kelahiran. Profilaksis mata yang sering digunakan yaitu tetes mata silver nitrat 1%, salep mata eritromisin, dan salep mata tetrasiklin.

6) Injeksi Hepatitis-0

Imunisasi Hepatitis B pertama diberikan 1-2 jam setelah pemberian Vitamin K1 secara intramuskular. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi

c. Keadaan Bayi Baru Lahir Normal

Bayi baru lahir dikatakan normal apabila;

- 1) Frekuensi napas 40-60 kali per menit
- 2) Frekuensi denyut jantung 120-160 kali per menit
- 3) Suhu badan bayi 36,5 – 37,5⁰C
- 4) Berat badan bayi 2500-4000 gram
- 5) Umur kehamilan 37 – 40 mg
- 6) Gerakan aktif dan warna kulit kemerahan
- 7) Panjang lahir 48-52 cm
- 8) Kepala normal 33-37 cm.

d. Skrining Penyakit Jantung Bawaan (PJB) pada Bayi Baru Lahir

Penyakit Jantung Bawaan (PJB) adalah kelainan struktur atau fungsi jantung yang terjadi sejak bayi dalam kandungan, akibat gangguan perkembangan jantung selama masa embrio. PJB merupakan salah satu penyebab utama kematian bayi, khususnya jika tidak terdiagnosis dan tertangani sejak dini. Tujuan skrining dini ini untuk:

- 1) Mendeteksi PJB yang kritis sebelum bayi menunjukkan gejala berat.
- 2) Menurunkan angka kematian dan komplikasi akibat PJB.
- 3) Memungkinkan penatalaksanaan atau intervensi segera, seperti bedah jantung atau pengobatan khusus.

Metode Skrining PJB pada Bayi Baru Lahir

- 1) Pulse Oximetry Screening (POS)

- a) Dilakukan pada usia 24–48 jam setelah lahir.
- b) Mengukur saturasi oksigen pre-ductal (tangan kanan) dan post-ductal (kaki). Kriteria skrining positif: Saturasi < 90% di salah satu ekstremitas. Saturasi 90–94% pada kedua ekstremitas secara berulang. Perbedaan saturasi $\geq 3\%$ antara tangan dan kaki.

2) Pemeriksaan Fisik Neonatal

Dilakukan oleh tenaga medis dengan mendeteksi tanda-tanda seperti:

- a) Murmur jantung.
- b) Sianosis (kebiruan pada kulit dan bibir).
- c) Napas cepat atau kesulitan bernapas.
- d) Kurang sensitif karena beberapa PJB tidak menunjukkan gejala awal.

3) Ekokardiografi (ECHO)

- a) Pemeriksaan konfirmasi (bukan skrining massal).
- b) Digunakan jika skrining POS positif.
- c) Memvisualisasikan struktur dan aliran darah jantung.

4) Jenis PJB Kritis yang Dapat Terdeteksi Melalui Skrining

PJB yang mengancam nyawa dan memerlukan tindakan dalam minggu pertama kehidupan, misalnya:

- a) Transposisi Arteri Besar (TGA)
- b) Hipoplasia Jantung Kiri (HLHS)
- c) Atresia Trikuspid
- d) Atresia Pulmonal
- e) Truncus Arteriosus
- f) Koarktasio Aorta berat
- g) TAPVR (Total Anomalous Pulmonary Venous Return).⁶¹

e. Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) pada Bayi Baru Lahir

Hipotiroid Kongenital (HK) adalah kondisi gangguan fungsi tiroid yang sudah ada sejak lahir, ditandai dengan defisiensi hormon

tiroid. Hormon tiroid sangat penting untuk perkembangan otak dan pertumbuhan fisik bayi. Hipotiroid kongenital sering tidak menunjukkan gejala saat lahir. Ideal dilakukan pada usia 48–72 jam setelah lahir. Jika bayi lahir prematur, sakit berat, atau transfusi darah, skrining diulang setelah 2 minggu. Metode pengambilan darah dari tumit bayi (heel prick) dan sampel dikeringkan di kertas saring (filter paper). Jika tidak terdeteksi dini, dapat menyebabkan:

- 1) Keterlambatan perkembangan mental
- 2) Retardasi pertumbuhan (stunting)
- 3) Cacat intelektual permanen.

Tujuan Skrining :

- 1) Menemukan kasus hipotiroid kongenital sebelum muncul gejala klinis.
- 2) Memberikan terapi hormon tiroid (levothyroxine) sedini mungkin (<14 hari usia bayi).
- 3) Mencegah kerusakan neurologis permanen.⁶²

f. Cek Kesehatan Gratis pada Bayi Baru Lahir di Fasilitas Kesehatan

Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan (Kemenkes) menjalankan berbagai program pelayanan kesehatan esensial dan gratis bagi bayi baru lahir sebagai bagian dari upaya menurunkan angka kematian neonatal dan meningkatkan kualitas tumbuh kembang anak. Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan baik Puskesmas, rumah sakit, maupun klinik, berhak mendapatkan pemeriksaan kesehatan dasar secara gratis yang meliputi deteksi dini gangguan kesehatan dan perkembangan. Tujuan pemeriksaan kesehatan bayi baru lahir dan neonatus:

- 1) Mendeteksi kelainan kongenital (bawaan).
- 2) Menilai adaptasi bayi terhadap lingkungan luar kandungan.
- 3) Menemukan dini penyakit yang tidak tampak secara fisik (seperti gangguan tiroid, metabolik, pendengaran).

- 4) Memberikan edukasi kepada orang tua tentang perawatan bayi dan tanda bahaya.

Jenis pemeriksaan gratis pada bayi baru lahir:

- 1) Pemeriksaan fisik lengkap, yaitu pemeriksaan kulit, kepala, mata, mulut, dada, jantung, perut, alat kelamin, tulang belakang, dan ekstremitas.
- 2) Pemeriksaan refleks bayi (moro, rooting, sucking, grasping).
- 3) Penilaian tanda vital : Suhu tubuh, frekuensi napas dan denyut jantung.
- 4) Pengukuran antropometri : berat badan, panjang badan dan lingkaran kepala.
- 5) Imunisasi : HB-0 (Hepatitis B dosis pertama), BCG, Polio 1, dan imunisasi lain diberikan sesuai usia dan jadwal imunisasi nasional.
- 6) Pemberian Vitamin K1, untuk mencegah perdarahan akibat defisiensi vitamin K.
- 7) Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan Edukasi ASI Eksklusif
- 8) Skrining Bayi Baru Lahir (jika tersedia) : Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK), Skrining pendengaran, Skrining kelainan metabolik.⁶³

5. Neonatus

a. Definisi

Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 28 hari. Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 8-28 hari.⁶⁴

b. Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu Kunjungan neonatal I (KN1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir, Kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari, dan Kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8 – 28 hari. Asuhan bayi baru lahir pada 0 – 6 jam yaitu asuhan bayi baru lahir

normal, dilaksanakan segera setelah lahir, dan diletakkan di dekat ibunya dalam ruangan yang sama.⁶⁵

Asuhan bayi baru lahir dengan komplikasi dilaksanakan satu ruangan dengan ibunya atau di ruangan khusus. Pemeriksaan neonatus pada 6 jam sampai 28 hari pada periode ini dapat dilaksanakan di PMB / pustu/ polindes/ poskesdes dan/atau melalui kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan.

Pemeriksaan dilaksanakan di dekat ibu, bayi didampingi ibu atau keluarga pada saat diperiksa atau saat diberikan pelayanan kesehatan. Pada setiap kunjungan dilakukan pemeriksaan antropometri seperti berat badan, lingkar kepala, dan suhu bayi. Bayi yang disusui dapat meningkat berat badannya sedikit kurang 1 ons (100 gram) per hari.¹⁶

c. Kebutuhan Dasar Neonatus

1) Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua energy berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6. Kebutuhan energy bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energy sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari.⁶⁴

2) Eliminasi

Pengeluaran biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa.⁶⁴ Feses pertama ini berwarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung empedu, asam lemak, dan sel epitel. Sejak hari ketiga hingga ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan. Urin pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama dan setelahnya dengan frekuensi yang semakin sering seiring meningkatnya asupan cairan. Urin encer, berwarna kuning dan tidak berbau.¹³

3) Istirahat dan Tidur

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, paling sering waktu 45 menit sampai 2 jam. Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari.

4) Personal Hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mengering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urin dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah.

5) Aktifitas

Bayi normal melakukan gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut.¹³ Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari, bergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah, suhu ekstrim, dan stimulasi berlebihan.

6) Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga didapat pola tidur yang lebih baik. Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsang dan mulai pada usia yang sangat dini untuk informasi tentang lingkungannya.⁶⁵

d. *Ikterus Neonatorum*

1) Pengertian *Ikterus Neonatorum*

Ikterus atau *jaundice* atau sakit kuning adalah keadaan dimana konsentrasi bilirubin dalam darah meningkat secara berlebihan sehingga dapat menimbulkan perubahan warna kuning pada kulit dan mata bayi baru lahir. Hiperbilirubinemia juga merupakan peningkatan kadar bilirubin serum yang disebabkan oleh bermacam macam keadaan seperti kelainan bawaan. *Ikterus neonatorum* adalah suatu kondisi dimana bayi mengalami warna kuning pada sklera mata dan kulit bayi serta membran mukosa. Hal ini berhubungan dengan level bilirubin dalam sirkulasi darah atau hyperbilirubinemia.

Ikterus adalah warna kuning yang dapat terlihat pada sklera, selaput lendir, kulit atau organ lain akibat penumpukan bilirubin. Bila kadar bilirubin darah melebihi 2 mg%, maka *ikterus* akan terlihat namun pada neonatus *ikterus* masih belum terlihat meskipun kadar bilirubin darah sudah melampaui 5 mg%. *Ikterus* terjadi karena peninggian kadar bilirubin indirek (*unconjugated*) dan kadar bilirubin direk (*conjugated*). *Ikterus neonatorum* adalah keadaan klinis pada bayi yang ditandai dengan pewarnaan *ikterus* kulit dan sklera akibat.

Akumulasi bilirubin tak terkonjugasi yang berlebih. *Ikterus* secara klinis mulai tampak pada bayi baru lahir bila kadar bilirubin darah 5-7 mg/dL. Jadi *ikterus* adalah kondisi dimana bilirubin dalam darah mengalami peningkatan yang mencapai kadar tertentu dan menimbulkan efek patologis pada neonatus yang ditandai dengan pewarnaan kuning pada sklera mata, kulit, membran mukosa dan cairan tubuh serta kelainan bawaan juga dapat menyebabkan *ikterus*. *Ikterus* merupakan peningkatan kadar bilirubin dalam darah secara berlebihan sehingga dapat menimbulkan perubahan warna kuning pada kulit dan mata bayi

baru lahir yang bisa disebabkan oleh faktor fisiologis maupun patologis.

2) Klasifikasi *Ikterus Neonatorum*

Ikterus diklasifikasikan menjadi beberapa klasifikasi yaitu sebagai berikut:

a) *Ikterus Fisiologis*

Ikterus fisiologis tidak terjadi pada hari pertama setelah bayi dilahirkan tetapi timbul pada hari kedua dan ketiga, kadarnya tidak melewati kadar yang membahayakan dan tidak menyebabkan suatu morbiditas pada bayi. Dalam keadaan normal, kadar bilirubin indirek dalam serum tali pusat adalah sebesar 1-3 mg/dl dan akan meningkat dengan kecepatan kurang dari 5 mg/dl/ 24 jam. Biasanya peningkatan bilirubin total tidak lebih dari 5 mg/dl perhari, pada bayi cukup bulan peningkatan bilirubin mencapai puncaknya pada 72 jam dengan serum bilirubin sebanyak 6-8 mg/dl. Selama 3 hari, kadar bilirubin akan meningkat sebanyak 2-3 mg/dl dan pada hari ke 5 serum bilirubin akan turun sampai dengan 3 mg/dl. Setelah hari ke 5, serum bilirubin akan turun secara perlahan sampai dengan normal pada umur bayi sekitar 11- 12 hari. Pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) ataupun prematur bilirubin mencapai puncak pada 120 jam dengan peningkatan serum bilirubin sebesar 10- 15 mg/dl dan akan menurun setelah 2 minggu.

Hiperbilirubinemia dikatakan fisiologis apabila:

- i. Hiperbilirubin timbul pada hari kedua sampai ketiga,
- ii. Kecepatan peningkatan kadar bilirubin tidak melebihi 5 mg/dl perhari,
- iii. Hiperbilirubin menghilang pada 10 hari pertama,
- iv. Tidak terbukti mempunyai hubungan dengan keadaan patologis,

- v. Kadar bilirubin indirek sesudah 2-24 jam tidak melewati 15 mg/dl pada neonatus cukup bulan dan 10 mg/dl pada neonatus kurang bulan,
- vi. Tidak menyebabkan suatu morbiditas pada bayi g) Kadar bilirubinnya tidak melewati kadar yang membahayakan.

b) *Ikterus Patologis*

Ikterus patologis akan timbul dalam 24 jam pertama setelah bayi dilahirkan. Serum bilirubin totalnya akan meningkat lebih dari 5 mg/dl perhari. Pada bayi cukup bulan, serum bilirubin total meningkat sebanyak 12 mg/dl, sedangkan pada bayi premature serum bilirubin total meningkat sebanyak 15 mg/dl. Bilirubin biasanya berlangsung lebih dari satu minggu pada bayi cukup bulan dan lebih dari dua minggu pada bayi premature.

Dikatakan hiperbilirubin patologis apabila:

- i. *Ikterus* terjadi pada 24 – 36 jam pertama,
- ii. Peningkatan konsentrasi bilirubin $> 5\text{mg/dl}$ / 24 jam,
- iii. Konsentrasi serum sewaktu 10 mg/dl pada neonatus cukup bulan dan 12,5 mg/dl pada neonatus kurang bulan,
- iv. *Ikterus* yang disertai proses hemolisis (inkompatibilitas darah, defisiensi enzim G6PD dan sepsis),
- v. *Ikterus* yang disertai keadaan sebagai berikut : Berat lahir kurang dari 2000 gram, asfiksia, hipoksia, sindrom gangguan pernafasan, infeksi, trauma lahir pada kepala dan hipoglikemia,
- vi. Peningkatan bilirubin lebih dari 5 mg/dl perhari,
- vii. *Ikterus* menetap sesudah 2 minggu pertama,
- viii. Mempunyai hubungan dengan proses hemolitik

c) Faktor - Faktor Resiko Hiperbilirubin

- i. Faktor Maternal : Komplikasi Kehamilan Seperti Inkompatibilitas ABO dan Usia Gestasi.

- ii. Faktor Perinatal : Jenis Persalinan, Infeksi Dan Trauma Lahir.
- iii. Faktor Neonatal : Berat Badan Lahir, Jenis Kelamin, ASI (Air Susu Ibu) dan Rawat Gabung.

d) Etiologi *Ikterus Neonatorum*

Etiologi ikterus neonatorum pada bayi baru lahir dapat berdiri sendiri ataupun disebabkan oleh beberapa faktor. Beberapa etiologi hiperbilirubin dapat disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya yaitu Produksi yang berlebihan, lebih daripada kemampuan bayi untuk mengeluarkannya, misalnya hemolisis yang meningkat pada inkompatibilitas darah Rh, ABO, golongan darah lain, defisiensi enzim C6PD, pyruvate kinase, perdarahan tertutup dan sepsis.

Gangguan dalam proses uptake dan konjugasi hepar gangguan ini dapat disebabkan oleh imaturitas hepar, kurangnya substrat untuk konjugasi bilirubin, gangguan fungsi hepar akibat asidosis, hipoksia dan infeksi atau tidak terdapatnya enzim glukorinil transferase (criggler najjar syndrome). Penyebab lain ialah defisiensi protein Y dalam hepar yang berperanan penting dalam uptake bilirubin ke sel-sel hepar.

Gangguan dalam transportasi bilirubin dalam darah terikat oleh albumin kemudian diangkut ke hepar, ikatan bilirubin dengan albumin ini dapat dipengaruhi oleh obat-obatan misalnya salisilat, sulfatfurazole. Defisiensi albumin menyebabkan lebih banyak terdapatnya bilirubin indirek yang bebas dalam darah yang mudah melekat ke sel otak.

Gangguan dalam sekresi, gangguan ini dapat terjadi akibat obstruksi di dalam atau diluar hepar, biasanya akibat infeksi atau kerusakan hepar oleh penyebab lain. Obstruksi pada saluran pencernaan (fungsional atau struktural) dapat mengakibatkan

hiperbilirubinemia tidak terkonjugasi akibat penambahan dari bilirubin yang berasal dari sirkulasi enterohepatik.

Ikterus akibat air susu ibu (ASI) merupakan hiperbilirubinemia tidak terkonjugasi yang mencapai puncaknya terlambat (biasanya menjelang hari ke 6-14). Dapat dibedakan dari penyebab lain dengan reduksi kadar bilirubin yang cepat bila disubstitusi dengan susu formula selama 1-2 hari. Hal ini untuk membedakan ikterus pada bayi yang disusui ASI selama minggu pertama kehidupan. Sebagian bahan yang terkandung dalam ASI (beta glucuronidase) akan memecah bilirubin menjadi bentuk yang larut dalam lemak sehingga bilirubin indirek akan meningkat dan kemudian akan diresorpsi oleh usus. Bayi yang mendapat ASI bila dibandingkan dengan bayi yang mendapat susu formula, mempunyai kadar bilirubin yang lebih tinggi berkaitan dengan penurunan asupan pada beberapa hari pertama kehidupan. Pengobatannya bukan dengan menghentikan pemberian ASI melainkan dengan meningkatkan frekuensi pemberian.

v. *Patofisiologi Ikterus*

Bilirubin adalah pigmen kristal berwarna jingga ikterus yang merupakan bentuk akhir dari pemecahan katabolisme heme melalui proses reaksi oksidasi-reduksi. Langkah oksidasi yang pertama adalah biliverdin yang dibentuk dari heme dengan bantuan enzim heme oksigenase yaitu suatu enzim yang sebagian besar terdapat dalam sel hati, dan organ lain. Pada reaksi tersebut juga terbentuk besi yang digunakan kembali untuk pembentukan hemoglobin dan karbon monoksida (CO) yang dieksresikan ke dalam paru. Biliverdin kemudian akan direduksi menjadi bilirubin oleh enzim biliverdin reduktase. Biliverdin bersifat larut dalam air dan secara cepat akan diubah menjadi bilirubin melalui reaksi bilirubin reduktase. Berbeda

dengan biliverdin, bilirubin bersifat lipofilik dan terikat dengan hidrogen serta pada pH normal bersifat tidak larut. Jika tubuh akan mengekskresikan, diperlukan mekanisme transport dan eliminasi bilirubin. Pada bayi baru lahir, sekitar 75% produksi bilirubin berasal dari katabolisme heme haemoglobin dari eritrosit sirkulasi. Satu gram hemoglobin akan menghasilkan 34 mg bilirubin dan sisanya (25%) disebut early labelled bilirubin yang berasal dari pelepasan hemoglobin karena eritropoiesis yang tidak efektif didalam sumsum tulang, jaringan yang mengandung protein heme (mioglobin, sitokrom, katalase, peroksidase) dan heme bebas. Bayi baru lahir akan memproduksi bilirubin 8-10 mg/kgBB/hari, sedangkan orang dewasa sekitar 3-4 mg/kgBB/hari. Peningkatan produksi bilirubin pada bayi baru lahir disebabkan masa hidup eritrosit bayi lebih pendek (70-90 hari) dibandingkan dengan orang dewasa (120 hari), peningkatan degradasi heme, turn oversitokrom yang meningkat dan juga reabsorpsi bilirubin dari usus yang meningkat (sirkulasi enterohepatik).

e) Faktor Predisposisi

Hiperbilirubinemia tak terkonjugasi dapat disebabkan atau diperberat oleh setiap faktor yang menambah beban bilirubin untuk dimetabolisme oleh hati (anemia hemolitik, waktu hidup sel darah menjadi pendek akibat imaturitas atau akibat sel yang ditransfusikan, penambahan sirkulasi enterohepatik, dan infeksi), dapat menciderai atau mengurangi aktivitas enzim transferase (hipoksia, infeksi, kemungkinan hipotermi dan defisiensi tiroid) dapat berkompetisi dengan atau memblokir enzim transferase (obat-obat dan bahan-bahan lain yang memerlukan konjugasi asam glukuronat untuk ekskresi) atau dapat menyebabkan tidak adanya atau berkurangnya jumlah

enzim yang diambil atau menyebabkan pengurangan reduksi bilirubin oleh sel hepar (cacat genetik dan prematuritas).

Risiko pengaruh toksik dari meningkatnya kadar bilirubin tak terkonjugasi dalam serum menjadi bertambah dengan adanya faktor-faktor yang mengurangi retensi bilirubin dalam sirkulasi (hipoproteinemia, perpindahan bilirubin dari tempat ikatannya pada albumin karena ikatan kompetitif obat-obatan, seperti sulfisoksazole dan moksalaktam, asidosis, kenaikan sekunder kadar asam lemak bebas akibat hipoglikemia, kelaparan atau hipotermia) atau oleh faktor-faktor yang meningkatkan permeabilitas sawar darah otak atau membran sel saraf terhadap bilirubin atau kerentanan sel otak terhadap toksisitasnya, seperti asfiksia, prematuritas, hiperosmolalitas dan infeksi. Pemberian makan yang awal menurunkan kadar bilirubin serum, sedangkan dehidrasi menaikkan kadar bilirubin serum. Mekonium mengandung 1 mg bilirubin/dl dan dapat turut menyebabkan ikterus melalui sirkulasi enterohepatik pasca konjugasi oleh glukoronidase usus. Obat-obat seperti oksitosin dan bahan kimia yang dalam ruang perawatan seperti detergen fenol dapat juga menyebabkan hiperbilirubinemia tak terkonjugasi.

6. Keluarga Berencana

a. Definisi

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 (fertilisasi) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang.⁶⁶

b. Tujuan Keluarga Berencana

Tujuan umum untuk lima tahun kedepan yaitu mewujudkan visi dan misi program KB yaitu membangun kembali dan melestarikan pondasi

yang kokoh bagi pelaksana program KB di masa mendatang untuk mencapai keluarga berkualitas.⁶⁷

Keluarga berencana memiliki beberapa tujuan yaitu:

- 1) Mencegah terjadinya ledakan penduduk dengan menekan laju pertumbuhan penduduk dengan menurunkan angka kelahiran atau TFR (*Total Fertility Rate*).
- 2) Mengatur kehamilan dengan menunda kehamilan anak pertama dan menjarangkan kehamilan setelah kelahiran anak pertama serta menghentikan kehamilan apabila merasa anak telah cukup.
- 3) Tercapainya keluarga yang berkualitas, yakni keluarga yang harmonis, sehat, tercukupi sandang, pangan, papan dan produktif dari segi ekonomi.

c. Sasaran Keluarga Berencana

Sasaran langsung KB yaitu pasangan usia subur yang wanitanya berusia antara 15-49 tahun, karena pasangan usia subur ini adalah pasangan yang aktif melakukan hubungan seksual dan mudah terjadinya kehamilan. Pasangan Usia Subur (PUS) diharapkan secara bertahap menjadi peserta KB yang aktif sehingga memberi efek langsung penurunan fertilitasi. Sasaran tidak langsung KB yaitu

- 1) Kelompok remaja usia 15-29 Tahun karena remaja bukan target untuk menggunakan alat kontrasepsi secara langsung melainkan termasuk kelompok yang beresiko untuk melakukan hubungan seksual. Sehingga program KB pada sasaran remaja menjadi Upaya dan preventif untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan agar tidak berujung pada aborsi.
- 2) Organisasi-organisasi, kemasyarakatan, instansi pemerintah maupun swasta serta tokoh dan pemuka agama yang diharapkan dapat memberikan dukungan kelembagaan dua anak cukup.

d. Definisi Kontrasepsi

Kontrasepsi berasal dari kata kontra dan konsepsi. Kontra yang berarti “melawan” atau mencegah”, sedangkan konsepsi adalah pertemuan

antara sel telur yang matang dengan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Jadi kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan akibat adanya pertemuan antara sel telur.⁶⁸

e. Prinsip Kerja Kontrasepsi

Cara kerja kontrasepsi pada dasarnya adalah meniadakan pertemuan antara sel telur (ovum) dengan sel mani (sperma). Ada untuk mencapai tujuan tersebut diantaranya adalah menekan keluarnya sel telur (ovulasi), menahan masuknya sperma ke dalam saluran kelamin sampai mencapai ovum dan yang ketiga adalah menghalangi nidasi.⁶⁹

f. Macam-macam Metode Kontrasepsi

Macam-macam metode kontrasepsi dibagi atas antara lain:

1) Metode Tradisional

Metode yang sudah lama digunakan akan tetapi memiliki keberhasilan yang rendah. Metode tradisional ini antara lain penggunaan semprot vagina, senggama terputus dan penggunaan agens pembersih vagina.

2) Metode Alamiah tanpa Alat

Metode alamiah yang tanpa alat antara lain metode kelender, metode suhu basal badan, metode servik, metode pantang berkala, metode amenorae laktasi, metode senggama terputus.

3) Metode Alamiah dengan Alat (Metode Barrier)

Metode merupakan metode alamiah yang menggunakan alat terdiri atas kondom, spermicide, diafragma, kap serviks.

4) Metode Modern

Metode modern terdiri dari metode kontrasepsi hormonal dan non hormonal. Metode hormonal terdiri dari pil KB, suntik dan metode non hormonal terdiri dari IUD.

5) Metode mantap

a) Kontrasepsi mantap

Penyinaran, Medis Operatif Wanita (MOW), penyumbatan tuba fallopii secara mekanis dan penyumbatan tuba fallopii secara kimiawi.

b) Kontrasepsi mantap pada pria

Medis Operatif Pria (MOP), penyumbatan vas deferens secara mekanis dan penyumbatan vas deferens secara kimiawi.⁶⁸

g. KB IUD

IUD merupakan kontrasepsi sangat efektif dan berjangka. Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi. Sangat efektif yaitu 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan). Cara kerja IUD antara lain menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, mencegah sperma dan ovum bertemu.⁷⁰

IUD dapat dipasang dalam keadaan sewaktu haid sedang berlangsung, karena keuntungannya pemasangan lebih mudah oleh karena servik pada waktu agak terbuka dan lembek. Rasa nyeri tidak seberapa keras, perdarahan yang timbul sebagai akibat pemasangan tidak seberapa dirasakan, kemungkinan pemasangan IUD pada uterus yang sedang hamil tidak ada. Selain itu, pemasangan dapat dilakukan saat post partum. Pemeriksaan sesudah IUD dipasang dilakukan pada 1 minggu pasca pemasangan, 3 bulan berikutnya, berikutnya setiap 6 bulan sekali.⁷¹

IUD dapat dipasang dalam keadaan berikut:

1. Pasca salin

Bila pemasangan IUD tidak dilakukan segera dalam waktu 48 jam setelah bersalin, sebaiknya IUD ditangguhkan sampai 6-8 minggu 24 postpartum oleh karena jika pemasangan IUD dilakukan antara minggu kedua dan minggu keenam setelah partus, bahaya perforasi atau ekspulsi lebih besar.

Pemasangan IUD dalam 10 menit setelah plasenta lahir dapat dilakukan dengan 2 cara, yaitu:

a) Dipasang dengan tangan secara langsung

Setelah plasenta dilahirkan dan sebelum perineorafi, pemasang melakukan toilet vulva dan mengganti sarung tangan dengan yang baru. Pemasang memegang AKDR dengan jari telunjuk dan jari kemudian dipasang secara perlahan-lahan melalui vagina dan servik sementara itu tangan yang lain melakukan penekanan pada abdomen bagian bawah dan mencengkeram uterus untuk memastikan AKDR dipasang yaitu di fundus uterus. Tangan pemasang dikeluarkan perlahan-lahan dari vagina. Jika AKDR ikut tertarik keluar saat tangan pemasang dikeluarkan dari vagina atau AKDR belum terpasang di tempat yang seharusnya, segera dilakukan perbaikan posisi AKDR.

b) Dipasang dengan *ring forceps*

Prosedur pemasangan dengan AKDR menggunakan ring forceps sama dengan pemasangan dengan menggunakan tangan secara langsung akan tetapi AKDR diposisikan dengan menggunakan ring forceps, bukan dengan tangan.

IUD pasca plasenta aman dan efektif, tetapi ekspulsinya lebih tinggi dibandingkan ekspulsi ≥ 4 minggu pasca persalinan. Ekspulsi dapat diturunkan dengan cara melakukan insersi IUD dalam 10 menit setelah pengeluaran plasenta, memastikan insersi mencapai fundus uteri, dan dikerjakan oleh tenaga medis dan paramedis yang terlatih dan berpengalaman. Meskipun angka ekspulsi pada pemasangan AKDR segera pasca salin lebih tinggi dibandingkan teknik pemasangan masa interval (lebih dari 4 minggu setelah persalinan), angka ekspulsi dapat diminimalisasi bila:

- 1) Pemasangan dilakukan dalam waktu 10 menit setelah melahirkan plasenta

- 2) AKDR ditempatkan cukup tinggi pada fundus uteri
- 3) Pemasangan dilakukan oleh tenaga terlatih.⁷²

7. Kewenangan Bidan terhadap Kasus

Berdasarkan PMK No. 21 Tahun 2021 tentang Asuhan Kebidanan pada masa sebelum hamil, memberikan Asuhan Kebidanan pada masa kehamilan normal, memberikan Asuhan Kebidanan pada masa persalinan dan menolong persalinan normal, memberikan Asuhan Kebidanan pada masa nifas, melakukan pertolongan pertama kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas, dan rujukan dan melakukan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi pada masa kehamilan, masa persalinan, pascapersalinan, masa nifas, serta asuhan pascakeguguran dan dilanjutkan dengan rujukan.⁷³

Pada PMK No 21 tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan bidan berwenang memberikan layanan Kesehatan ibu berupa masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.⁷⁴

Kewenangan bidan juga diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/320/2020 Tentang Standar Profesi Bidan Kompetensi Bidan adalah kemampuan yang dimiliki oleh lulusan profesi Bidan yang meliputi pengetahuan, keterampilan, dan sikap dalam memberikan pelayanan kebidanan pada bayi baru lahir, bayi, balita dan anak prasekolah, remaja, masa sebelum hamil, masa kehamilan, masa persalinan, masa pasca keguguran, masa nifas, masa antara, pelayanan keluarga berencana, masa klimakterium, reproduksi dan seksualitas, serta keterampilan dasar praktik klinis kebidanan.⁷⁵