

BAB II

KAJIAN KASUS DAN KAJIAN TEORI

A. Kajian Kasus

1. Asuhan Kebidanan Kehamilan

Asuhan kebidanan berkesinambungan pada Ny. L dimulai pada masa kehamilan trimester III setelah ibu menyetujui dilakukan pendampingan continuity of care (COC) mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir hingga keluarga berencana. Ny. L lahir pada tanggal 13 November 1999, berusia 26 tahun, berpendidikan SMK dan bekerja sebagai penjahit. Suami Ny. L yaitu Tn. S lahir pada tanggal 21 Januari 1995, berpendidikan SMK dan bekerja sebagai buruh. Pasangan ini bertempat tinggal di Jagonandan.

Berdasarkan riwayat menstruasi, ibu mengatakan menarche pada usia 13 tahun dengan siklus menstruasi teratur 28 hari, lama menstruasi 6–7 hari, ganti pembalut 3–4 kali per hari dan tidak mengalami disminorea. HPHT tanggal 7 Juni 2025 dengan HPL tanggal 14 April 2026. Kehamilan ini merupakan kehamilan pertama bagi Ny. L (G1P0A0). Ibu belum pernah menggunakan alat kontrasepsi sebelumnya.

Riwayat pemeriksaan kehamilan pertama dilakukan di Cahaya Medika pada tanggal 30 Juli 2025 dengan hasil PP test positif. Hasil pemeriksaan didapatkan berat badan 47,4 kg, tinggi badan 155 cm, LILA 22 cm dan tekanan darah 104/72 mmHg. Pemeriksaan kedua dilakukan pada tanggal 18 Agustus 2025 di PMB Sri Cahyani pada usia kehamilan 10 minggu 2 hari dan ibu dianjurkan melakukan ANC terpadu di Puskesmas Pajangan.

Pemeriksaan ketiga dilakukan di Puskesmas Pajangan pada tanggal 29 September 2025 dalam pelayanan ANC terpadu. Ibu mengeluhkan nyeri perut kiri bawah dan masih mual. Hasil pemeriksaan didapatkan tekanan darah 97/65 mmHg, tinggi badan 156 cm, berat badan 48 kg, IMT 19,89 kg/m², LILA 22 cm dan MAP 75 mmHg sehingga ibu termasuk kehamilan risiko tinggi dengan kekurangan energi kronis (KEK). Berdasarkan riwayat

kesehatan, ibu tidak memiliki riwayat hipertensi, diabetes melitus, asma, penyakit jantung maupun penyakit kronis lainnya. Pada riwayat keluarga juga tidak ditemukan riwayat hipertensi, diabetes melitus, asma maupun penyakit keturunan lainnya.

Berdasarkan riwayat kesehatan sebelum menikah dan sebelum kehamilan, Ny. L tidak pernah didiagnosis menderita diabetes melitus maupun gangguan metabolik lainnya. Sejak remaja hingga sebelum hamil, ibu tidak pernah mengalami keluhan yang mengarah pada hiperglikemia seperti sering haus, sering lapar, sering buang air kecil, atau penurunan berat badan yang tidak diketahui penyebabnya. Riwayat keluarga juga tidak menunjukkan adanya anggota keluarga yang menderita diabetes melitus sehingga sebelum kehamilan tidak ditemukan faktor risiko yang secara jelas mengarah pada terjadinya diabetes melitus gestasional.

Aspek psikologis ibu mengatakan menerima dan merasa senang dengan kehamilan yang dijalani. Ibu mendapatkan dukungan yang baik dari suami dan keluarga selama kehamilan. Sejak remaja hingga sebelum hamil, ibu tidak memiliki riwayat gangguan psikologis maupun gangguan kesehatan mental. Dalam menghadapi masalah atau tekanan, ibu biasanya berdiskusi dengan suami atau keluarga serta melakukan aktivitas yang disukai dan beribadah sehingga dapat mengelola stres dengan baik. Selama masa kehamilan tidak ditemukan tanda-tanda kecemasan berlebihan maupun gangguan psikologis yang dapat memengaruhi kesehatan ibu dan janin.

Pada ANC terpadu dilakukan pemeriksaan gigi dengan hasil aman, pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan USG. Pemeriksaan hematologi menunjukkan Hb 11,3 g/dL, gula darah puasa 93 mg/dL, HIV, sifilis dan HBsAg negatif serta golongan darah O. Pemeriksaan urinalisis menunjukkan urin keruh berwarna kuning dengan bakteri +2 dan leukosit 5–10/lpb, sedangkan protein urine negatif. Pemeriksaan USG menunjukkan janin tunggal intrauterin dengan DJJ positif, BPD 3,4 cm, HC 12 cm, AC 9,2 cm, FL 1,9 cm, estimasi berat janin 90 gram dan usia kehamilan sesuai 15 minggu 4 hari. Ibu mendapatkan terapi *Multiple Micronutrient*

Supplement (MMS) sebanyak 180 tablet diminum 1x1 tablet per hari dan kalsium laktat 500 mg sebanyak 20 tablet diminum 1x1 tablet per hari.

Pemeriksaan keempat dilakukan di Puskesmas Pajangan pada tanggal 3 November 2025. Ibu tidak memiliki keluhan dan datang untuk kontrol rutin kehamilan. Hasil pemeriksaan didapatkan tekanan darah 125/66 mmHg, respirasi 23 kali/menit dan nadi 99 kali/menit. Pemeriksaan DJJ dalam batas normal. Ibu mendapatkan terapi kalsium laktat 500 mg sebanyak 20 tablet diminum 1x1 tablet per hari dan vitamin MMS dilanjutkan. Pada pemeriksaan ulang status gizi didapatkan LILA meningkat menjadi 26 cm dengan berat badan 54,7 kg. Ibu direncanakan kontrol kembali 4 minggu kemudian disertai pemeriksaan gula darah puasa dan gula darah 2 jam post prandial.

Pemeriksaan kelima dilakukan di Puskesmas Pajangan pada tanggal 8 Desember 2025. Ibu tidak mengeluhkan keluhan apapun. Hasil pemeriksaan didapatkan tekanan darah 104/61 mmHg, nadi 109 kali/menit, berat badan 58,2 kg dan IMT 23,92 kg/m². Pada pemeriksaan palpasi didapatkan presentasi kepala, DJJ 158 kali/menit dan TFU 18 cm. Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan gula darah puasa 102 mg/dL dan gula darah 2 jam post prandial 158 mg/dL. Berdasarkan hasil pemeriksaan tersebut ibu termasuk dalam kriteria hiperglikemia pada kehamilan yang mengarah pada diabetes melitus gestasional sehingga ibu dirujuk ke RSUD Bantul untuk penanganan dan pemantauan lebih lanjut oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi.

Pemeriksaan keenam dilakukan di RSUD Bantul pada tanggal 12 Januari 2026 di poli obstetri dan ginekologi bersama dr. Suryani Puspa. Ibu mengeluhkan pegal-pegal. Hasil pemeriksaan didapatkan berat badan 61,7 kg, tekanan darah 100/78 mmHg, nadi 99 kali/menit, MAP 80 mmHg, TFU 25 cm, presentasi bokong dan DJJ 142 kali/menit dengan usia kehamilan 31 minggu 1 hari. Pemeriksaan USG menunjukkan janin tunggal intrauterin, plasenta dalam batas normal, presentasi bokong, estimasi berat janin 1600 gram, DJJ 142 kali/menit dan SDP 6,29 cm. Dokter spesialis melakukan

pemantauan kondisi janin melalui pemeriksaan USG dan belum memberikan terapi farmakologis khusus terkait gula darah karena kondisi ibu masih dapat dikontrol dengan pemantauan dan pengaturan pola hidup. Ibu tetap dianjurkan melanjutkan konsumsi MMS 1x1 tablet per hari dan kalsium laktat 500 mg sebanyak 30 tablet diminum 1x1 tablet per hari.

Pemeriksaan ketujuh dilakukan kembali di RSUD Bantul pada tanggal 2 Februari 2026. Ibu tidak memiliki keluhan dengan hasil pemeriksaan berat badan 65 kg, tekanan darah 115/71 mmHg dan usia kehamilan 34 minggu 1 hari. Pemeriksaan USG menunjukkan janin tunggal intrauterin, plasenta dalam batas normal, presentasi kepala, estimasi berat janin 2200 gram dan DJJ 140 kali/menit. Ibu dianjurkan melanjutkan pemantauan rutin serta menjaga pola makan rendah gula sederhana untuk mengontrol kadar glukosa darah selama kehamilan.

Pemeriksaan kedelapan dilakukan di Puskesmas Pajangan pada tanggal 16 Februari 2026. Ibu tidak mengeluhkan keluhan apapun. Hasil pemeriksaan didapatkan berat badan 65,9 kg, tekanan darah 105/77 mmHg, respirasi 20 kali/menit, nadi 87 kali/menit dan MAP 86 mmHg. Dilakukan ANC trimester III dengan terapi MMS dilanjutkan 1x1 tablet per hari dan ditambah kalsium laktat 500 mg diminum 1x1 tablet per hari. Pada pemeriksaan palpasi didapatkan presentasi kepala, TFU 26 cm, punggung kiri, kepala sudah masuk panggul dan DJJ 134 kali/menit. Pemeriksaan USG menunjukkan janin tunggal intrauterin, plasenta dalam batas normal, presentasi kepala, estimasi berat janin 2506 gram dan DJJ 133 kali/menit. Pemeriksaan laboratorium menunjukkan Hb 11,9 g/dL, gula darah sewaktu 121 mg/dL dan urinalisis dalam batas normal meskipun masih ditemukan bakteri (+). Ibu dianjurkan kontrol kembali 3 minggu kemudian.

Pendampingan *Continuity Of Care (COC)* dimulai pada tanggal 2 Maret 2026 di Puskesmas Pajangan dengan keluhan sering kencing pada usia kehamilan 38 minggu 2 hari. Hasil pemeriksaan didapatkan berat badan 66,7 kg, tekanan darah 107/73 mmHg, nadi 94 kali/menit dan MAP 84 mmHg. Pemeriksaan palpasi menunjukkan presentasi kepala, TFU 32 cm, punggung

kiri, kepala sudah masuk panggul dan DJJ 132 kali/menit. Pada kunjungan ini ibu diberikan konseling mengenai persiapan persalinan, tanda-tanda persalinan, tanda bahaya kehamilan trimester III, serta edukasi terkait Gestational Diabetes Mellitus meliputi pengaturan pola makan, pentingnya pemantauan gerak janin, dan anjuran penerapan diet sehat dengan memperbanyak konsumsi sayur, buah, makanan tinggi serat, serta membatasi makanan tinggi gula, makanan cepat saji, minuman manis, dan makanan olahan untuk membantu mengontrol kadar gula darah selama kehamilan.

Pada tanggal yang sama ibu juga melakukan pemeriksaan di RSUD Bantul bersama dr. Suryani Puspa. Hasil pemeriksaan USG menunjukkan janin tunggal intrauterin, plasenta dalam batas normal, presentasi kepala, estimasi berat janin 2900 gram dan DJJ 144 kali/menit. Kondisi ibu dan janin dalam keadaan baik sehingga ibu dianjurkan melanjutkan kontrol rutin hingga persalinan.

Pendampingan COC dilanjutkan melalui kunjungan rumah pada tanggal 10 Maret 2026. Hasil pemeriksaan didapatkan tekanan darah 128/78 mmHg, nadi 80 kali/menit dan respirasi 22 kali/menit. Pada kunjungan ini dilakukan edukasi mengenai persiapan persalinan, tanda-tanda persalinan, teknik relaksasi, serta konseling lebih lanjut terkait kehamilan dengan Gestational Diabetes Mellitus meliputi pengaturan pola makan rendah gula dan tinggi serat, pembatasan konsumsi makanan dan minuman manis, pentingnya aktivitas fisik ringan sesuai kondisi ibu, pemantauan kadar gula darah secara rutin, pemantauan gerak janin, serta pentingnya kepatuhan kontrol antenatal untuk mencegah komplikasi pada ibu dan janin.

Pemeriksaan terakhir pada masa kehamilan dilakukan di Puskesmas Pajangan tanggal 12 Maret 2026 pukul 10.00 WIB. Ibu mengeluhkan keluar cairan bening dari jalan lahir sejak tanggal 11 Maret 2026 pukul 15.00 WIB dan tidak dapat ditahan disertai nyeri perut dan pinggang. Hasil pemeriksaan didapatkan tekanan darah 122/95 mmHg, nadi 91 kali/menit, respirasi 20 kali/menit, suhu 36,8°C, TFU 28 cm dan DJJ 130 kali/menit, his belum ada.

Pemeriksaan dalam menunjukkan porsio masih mencucu, belum ada pembukaan dan tidak terdapat lendir darah. Pemeriksaan kertas lakmus menunjukkan hasil positif air ketuban sehingga ditegakkan diagnosis ketuban pecah dini (KPD). Berdasarkan kondisi tersebut ibu dirujuk ke RSUD Bantul untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut.

2. Asuhan Kebidanan Persalinan, Tanggal: 12 Maret 2026

. Pada tanggal 12 Maret 2026 pukul 10.00 WIB Ny. L datang ke Puskesmas Pajangan dengan keluhan keluar cairan bening dari jalan lahir sejak tanggal 11 Maret 2026 pukul 15.00 WIB dan tidak dapat ditahan disertai nyeri perut dan pinggang. Ibu mengatakan cairan keluar terus menerus namun belum merasakan kontraksi yang teratur. Usia kehamilan saat ini 39 minggu 5 hari. Berdasarkan hasil pemeriksaan objektif didapatkan keadaan umum ibu baik, kesadaran compos mentis, tekanan darah 122/95 mmHg, nadi 91 kali/menit, respirasi 20 kali/menit dan suhu 36,8°C. Pemeriksaan palpasi menunjukkan TFU 28 cm, presentasi kepala dan DJJ 130 kali/menit. Pada pemeriksaan dalam didapatkan porsio masih mencucu, belum ada pembukaan dan tidak terdapat show lendir darah. Pemeriksaan kertas lakmus menunjukkan hasil positif air ketuban.

Dilakukan pemeriksaan USG untuk menilai kondisi janin dan kecukupan air ketuban. Hasil pemeriksaan USG menunjukkan janin tunggal intrauterin dengan presentasi kepala dan jumlah air ketuban tinggal sedikit. Berkurangnya jumlah air ketuban diduga disebabkan oleh ketuban yang telah pecah sejak ± 19 jam sebelum ibu datang ke fasilitas kesehatan. Berdasarkan keluhan ibu, hasil pemeriksaan lakmus positif air ketuban serta hasil USG yang menunjukkan air ketuban tinggal sedikit, maka ditegakkan diagnosis ketuban pecah dini (KPD). Kondisi tersebut meningkatkan risiko terjadinya infeksi intrauterin, gawat janin dan penurunan kesejahteraan janin sehingga diperlukan penanganan dan pemantauan lebih lanjut di rumah sakit. Oleh karena itu ibu dirujuk ke RSUD Panembahan Senopati Bantul untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut dan observasi kesejahteraan janin.

Setelah sampai di RSUD Panembahan Senopati Bantul ibu dilakukan observasi persalinan dan pemantauan kondisi ibu serta janin. Ibu mengatakan merasa cemas menghadapi proses persalinan, namun keluarga memberikan dukungan penuh selama proses persalinan berlangsung. Selama proses persalinan dilakukan pemantauan kemajuan persalinan, denyut jantung janin, serta kondisi umum ibu secara berkala untuk mendeteksi kemungkinan komplikasi akibat ketuban pecah dini. Selain itu, diberikan KIE mengenai teknik relaksasi persalinan berupa latihan pernapasan dalam dan teratur saat kontraksi, anjuran untuk tetap rileks, serta dukungan untuk mengatur posisi nyaman selama persalinan. Edukasi ini bertujuan membantu ibu mengurangi kecemasan, meningkatkan rasa percaya diri, dan membantu ibu lebih mampu mengontrol nyeri selama proses persalinan.

Persalinan berlangsung secara spontan pervaginam pada hari Kamis tanggal 12 Maret 2026 pukul 20.14 WIB. Bayi lahir spontan, berjenis kelamin perempuan dengan usia gestasi 39 minggu 5 hari, berat badan lahir 2800 gram, panjang badan 49 cm dan lingkaran kepala 32 cm. Setelah lahir bayi menangis kuat, warna kulit kemerahan dan bergerak aktif. Kondisi ibu dan bayi dalam keadaan baik setelah persalinan.

3. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Bayi Ny. L lahir pada hari Kamis tanggal 12 Maret 2026 pukul 20.14 WIB secara spontan pervaginam di RSUD Panembahan Senopati Bantul atas indikasi ketuban pecah dini (KPD). Bayi lahir menangis kuat, tonus otot baik, gerakan aktif dan warna kulit kemerahan dengan nilai APGAR 1 menit/5 menit/10 menit: 8/9/10. Bayi berjenis kelamin perempuan dengan usia gestasi 39 minggu 5 hari. Setelah lahir bayi mendapatkan perawatan segera berupa pengeringan, penghangatan, pemberian salep mata, injeksi vitamin K serta imunisasi Hepatitis B 0. Berdasarkan pemeriksaan antropometri didapatkan berat badan lahir 2800 gram, panjang badan 49 cm dan lingkaran kepala 32 cm. Berdasarkan pemeriksaan fisik tidak ditemukan kelainan kongenital maupun tanda bahaya pada bayi baru lahir. Selama

masa observasi di rumah sakit kondisi umum bayi baik, refleks hisap kuat dan bayi sudah dapat menyusu kepada ibu. Bayi juga sudah BAK dan BAB spontan. Ibu mengatakan bayinya mendapatkan ASI sejak awal kelahiran meskipun masih sedikit dan ibu berusaha menyusui sesering mungkin. Bayi dipulangkan bersama ibu pada tanggal 13 Maret 2026 sore hari dalam keadaan baik.

Pada tanggal 14 Maret 2026 dilakukan kunjungan neonatus pertama (KN1) pada bayi usia 2 hari untuk melakukan pemantauan kondisi bayi baru lahir. Hasil pengkajian menunjukkan bayi dalam keadaan baik, aktif, menyusu kuat dan tidak terdapat keluhan seperti demam, sesak napas maupun kuning. Tali pusat tampak bersih tanpa tanda infeksi. Pada kunjungan ini dilakukan KIE kepada ibu mengenai perawatan bayi baru lahir, pentingnya pemberian ASI eksklusif secara on demand, cara menjaga kehangatan bayi, perawatan tali pusat serta edukasi mengenai jadwal dan rencana imunisasi bayi. Ibu mengatakan memahami penjelasan yang diberikan dan berencana memberikan ASI eksklusif kepada bayinya.

Pada tanggal 19 Maret 2026 dilakukan pemantauan melalui WhatsApp. Ibu mengatakan bayinya melakukan kontrol di RSUD Panembahan Senopati Bantul dan berdasarkan hasil pemeriksaan dokter menyampaikan kondisi bayi dalam keadaan baik dan perkembangan bayi membaik. Berat badan bayi meningkat menjadi 2900 gram, bayi menyusu kuat, aktif dan tidak terdapat keluhan selama perawatan di rumah.

Pada tanggal 4 April 2026 dilakukan kunjungan rumah kembali yang merupakan kunjungan neonatus ketiga (KN3) pada bayi usia 23 hari untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan bayi. Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum bayi baik, bayi tampak aktif, menyusu kuat dan tidak terdapat tanda bahaya neonatus. Ibu mengatakan bayi hanya mengonsumsi ASI tanpa tambahan susu formula maupun makanan lain. Pola tidur bayi cukup dan frekuensi BAK serta BAB dalam batas normal. Pada kunjungan ini dilakukan konseling mengenai jadwal imunisasi dasar bayi, pentingnya melanjutkan ASI eksklusif selama 6 bulan, menjaga

kebersihan bayi dan lingkungan, cara menjaga kehangatan bayi serta edukasi tanda bahaya pada neonatus seperti demam, bayi tidak mau menyusu, sesak napas dan kejang. Ibu dianjurkan rutin melakukan pemantauan tumbuh kembang bayi dan datang ke fasilitas kesehatan sesuai jadwal imunisasi dan kunjungan bayi sehat.

Pada tanggal 15 April 2026 dilakukan pemantauan melalui WhatsApp. Ibu mengatakan bayinya telah mendapatkan imunisasi BCG di Puskesmas Pajangan sesuai jadwal imunisasi. Ibu mengatakan setelah imunisasi kondisi bayi baik, tidak demam dan tetap aktif menyusu. Berdasarkan hasil pemantauan, bayi tampak dalam keadaan sehat, berat badan meningkat dan tidak terdapat keluhan selama perawatan di rumah. Ibu dianjurkan tetap memberikan ASI eksklusif, memantau kondisi bekas suntikan imunisasi serta rutin mengikuti jadwal imunisasi berikutnya sesuai anjuran tenaga kesehatan.

4. Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui

Ny. L usia 26 tahun P1A0 postpartum spontan hari pertama dipulangkan dari RSUD Panembahan Senopati Bantul pada tanggal 13 Maret 2026 melalui pemantauan via Whatsapp dalam keadaan baik. Ibu mengatakan masih merasa mulas dan nyeri pada luka jahitan perineum namun masih dapat menahan nyeri. ASI sudah mulai keluar meskipun belum banyak. Ibu merasa resah karena asi keluar sedikit dan merasa lelah. Ibu sudah dapat berjalan dan melakukan aktivitas ringan secara mandiri. Berdasarkan hasil pengkajian kontraksi uterus baik dan pengeluaran darah nifas berwarna merah (*lochea rubra*) dalam batas normal. Ibu tidak mengeluhkan pusing, demam maupun perdarahan berlebih.

Pada tanggal 14 Maret 2026 dilakukan kunjungan rumah yang merupakan kunjungan nifas pertama (KF1) pada postpartum hari ke-2. Hasil pengkajian menunjukkan keadaan umum ibu baik, ibu tampak mampu merawat bayinya secara mandiri dan menyusui bayinya secara langsung. Ibu mengatakan ASI mulai keluar dan bayi menyusu kuat. Berdasarkan hasil pemeriksaan kontraksi uterus baik, TFU 2 jari di bawah pusat dan

pengeluaran lochea masih berwarna merah (*lochea rubra*) dalam batas normal serta tidak terdapat tanda infeksi maupun perdarahan abnormal. Ibu mengatakan nyeri pada jahitan perineum mulai berkurang meskipun masih terasa saat duduk dan berjalan. Pada kunjungan ini dilakukan konseling mengenai perawatan masa nifas, tanda bahaya nifas seperti perdarahan banyak, demam, nyeri perut hebat dan bau tidak sedap pada pengeluaran pervaginam, perawatan luka perineum, pentingnya mobilisasi dini, pemenuhan nutrisi dan cairan, personal hygiene, istirahat cukup, teknik menyusui yang benar serta pentingnya pemberian ASI eksklusif. Selain itu ibu juga diberikan dukungan agar tetap percaya diri dalam menyusui dan menjaga kondisi psikologis selama masa nifas.

Pada tanggal 19 Maret 2026 dilakukan pemantauan melalui WhatsApp yang merupakan kunjungan nifas kedua (KF2) pada postpartum hari ke-7. Ibu mengatakan telah melakukan kontrol ke RSUD Panembahan Senopati Bantul sesuai jadwal dan berdasarkan hasil pemeriksaan dokter menyampaikan kondisi ibu dalam keadaan baik serta proses pemulihan berjalan normal. Ibu mengatakan ASI keluar lancar dan bayinya menyusu kuat. Pengeluaran darah nifas mulai berkurang dan berwarna kecoklatan (*lochea sanguinolenta*) dalam batas normal. Ibu tidak mengeluhkan demam, nyeri hebat maupun perdarahan berlebih. Dokter menganjurkan ibu untuk tetap menjaga pola makan bergizi seimbang, memperbanyak konsumsi cairan, menjaga kebersihan daerah genetalia, cukup istirahat serta tetap memberikan ASI eksklusif kepada bayi.

Pada tanggal 22 Maret 2026 dilakukan pemantauan kembali melalui WhatsApp pada postpartum hari ke-10. Ibu mengeluhkan ASI terasa kurang lancar terutama saat malam hari sehingga ibu merasa khawatir kebutuhan ASI bayinya tidak tercukupi. Ibu merasa sering lelah dan mengatakan bayi tetap mau menyusu namun terkadang tampak masih mencari puting setelah menyusu. Kondisi tersebut mengarah pada tanda postpartum blues ringan yang dapat memengaruhi kondisi psikologis ibu serta kelancaran produksi ASI.

Berdasarkan keluhan tersebut diberikan KIE mengenai pentingnya pemberian ASI eksklusif secara on demand dan meningkatkan frekuensi menyusui untuk merangsang refleks prolaktin dan oksitosin. Ibu juga diedukasi mengenai pentingnya menjaga kondisi psikologis agar tetap tenang karena stres, kecemasan, dan kelelahan dapat memengaruhi pengeluaran hormon oksitosin yang berperan dalam produksi dan pengeluaran ASI. Selain itu diberikan edukasi mengenai pijat oksitosin sebagai terapi nonfarmakologis untuk membantu meningkatkan hormon oksitosin, memberikan efek relaksasi, mengurangi kecemasan, serta membantu memperlancar produksi ASI. Ibu dianjurkan memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan, cukup istirahat, serta meminta dukungan suami dan keluarga dalam perawatan bayi dan proses menyusui agar ibu merasa lebih nyaman dan tidak terbebani selama masa nifas.

Pada tanggal 4 April 2026 dilakukan kunjungan rumah yang merupakan kunjungan nifas ketiga (KF3) pada postpartum hari ke-23 untuk memantau kondisi ibu selama masa nifas dan menyusui. Hasil pengkajian menunjukkan keadaan umum ibu baik, ibu sudah dapat beraktivitas mandiri, ASI keluar lancar dan tidak terdapat keluhan menyusui. Pola tidur dan nafsu makan ibu baik serta tidak terdapat pantangan makanan. Berdasarkan pemeriksaan didapatkan kontraksi uterus baik, TFU sudah tidak teraba dan pengeluaran pervaginam berupa lochea alba berwarna putih kekuningan dalam jumlah sedikit serta tidak berbau. Ibu mengatakan luka jahitan perineum sudah kering dan tidak nyeri. Ibu dan suami juga sudah dapat mempraktikkan pijat oksitosin secara mandiri untuk membantu memperlancar produksi ASI. Pada kunjungan ini diberikan konseling mengenai ASI eksklusif, nutrisi ibu menyusui, istirahat cukup, kebersihan, tanda bahaya masa nifas serta pilihan kontrasepsi aman untuk ibu menyusui.

5. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

Pada tanggal 4 April 2026 dilakukan kunjungan rumah pada Ny. L usia 26 tahun P1A0 postpartum hari ke-23 untuk memantau kondisi ibu dan bayi sekaligus memberikan konseling keluarga berencana pasca persalinan.

Ibu mengatakan masih memberikan ASI eksklusif kepada bayinya dan belum mendapatkan menstruasi kembali. Keadaan umum ibu baik, ASI keluar lancar dan tidak terdapat keluhan selama masa nifas. Pada kunjungan ini diberikan konseling mengenai pentingnya penggunaan kontrasepsi pasca persalinan untuk mengatur jarak kehamilan serta dijelaskan beberapa metode kontrasepsi yang aman digunakan pada ibu menyusui seperti MAL, kondom, pil progestin, suntik progestin, implant dan IUD. Ibu tampak kooperatif dan mengatakan akan mendiskusikan pemilihan kontrasepsi bersama suami.

Pada tanggal 10 April 2026 dilakukan kunjungan rumah kembali untuk memantau kondisi ibu dan bayi serta memberikan konseling lanjutan mengenai keluarga berencana. Hasil pengkajian menunjukkan keadaan umum ibu dan bayi baik, bayi aktif menyusu dan ibu tidak mengalami keluhan selama menyusui. Pada kunjungan ini diberikan edukasi mengenai keuntungan penggunaan kontrasepsi pasca persalinan, efek samping yang mungkin muncul serta pemilihan metode kontrasepsi yang sesuai untuk ibu menyusui. Ibu dan suami diberikan penjelasan bahwa kontrasepsi hormonal yang mengandung progesteron lebih aman digunakan karena tidak memengaruhi produksi ASI. Selain itu dilakukan pengkajian riwayat kesehatan dan ibu mengatakan tidak pernah maupun tidak sedang menderita hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, asma, kanker payudara, tumor payudara maupun gangguan pembekuan darah sehingga tidak ditemukan kontraindikasi penggunaan KB hormonal progestin.

Pengkajian melalui WhatsApp pada tanggal 15 April 2026, setelah berdiskusi dengan suami Ny. L mengatakan sedang mempertimbangkan penggunaan alat kontrasepsi suntik progestin. Ibu mengatakan masih memberikan ASI eksklusif kepada bayinya dan belum mendapatkan haid kembali. Ny. L mengatakan tidak pernah maupun tidak sedang menderita penyakit hipertensi, asma, penyakit jantung, diabetes melitus, kanker payudara maupun tumor payudara. Ibu juga menginformasikan bahwa

bayinya telah mendapatkan imunisasi BCG di Puskesmas Pajangan dan kondisi bayi dalam keadaan baik setelah imunisasi.

Pengkajian melalui WhatsApp pada tanggal 18 Mei 2026 ibu mengatakan sudah mendapatkan KB suntik 3 bulanan di Puskesmas Pajangan. Keadaan umum ibu baik dan tidak terdapat keluhan setelah penyuntikan KB. Ibu mengatakan memilih KB suntik 3 bulan karena merasa lebih praktis dan nyaman digunakan serta tidak mengganggu produksi ASI. Selain itu ibu juga mengatakan takut menggunakan kontrasepsi IUD maupun implant karena harus dipasang di dalam tubuh, sehingga setelah berdiskusi bersama suami keduanya sepakat memilih kontrasepsi suntik progestin.

B. Kajian Teori

1. Kehamilan

a. Definisi Kehamilan

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

b. Tanda dan Gejala Kehamilan

Pengetahuan tentang kondisi fisiologis pada awal kehamilan penting dimiliki untuk memahami tanda dugaan (*presumptive*) dan tanda kemungkinan (*probable*) kehamilan. Tanda dugaan kehamilan meliputi perubahan-perubahan fisiologis yang dialami oleh wanita dan pada sebagian besar kasus mengindikasikan bahwa seorang wanita sedang hamil seperti *amenore* (tidak haid), pembesaran payudara, perasaan mengidam (menginginkan makanan tertentu), mual muntah di pagi hari, tidak suka makanan tertentu, tidak tahan bau-bauan, *hipersalivasi*, pigmentasi kulit, sering kencing.⁷

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

Tanda-tanda pasti (positif) kehamilan adalah tanda-tanda yang secara langsung berhubungan dengan janin, sebagaimana dideteksi dan didokumentasi oleh pemeriksa yaitu tampak *fetal plate* pada pemeriksaan USG, adanya kantung gestasi, teraba bagian-bagian janin, terdapat denyut jantung janin.¹¹

c. Perubahan Fisiologis dan Psikologis

1) Perubahan Fisik

a) Rahim

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

b) Vagina

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

c) Ovarium

Ovarium merupakan sumber hormone estrogen dan progesteron pada wanita tidak hamil. Pada kehamilan ovulasi berhenti,

corpusluteum terus tumbuh sampai terbentuk plasenta yang mengambil alih pengeluaran hormone estrogen dan progesterone. Plasenta juga membentuk hormon yang lain: *human chorionic gonadotropin* (HCG), *human placenta lactogen* (HPL), juga disebut *human chorionic somatomotropin* (hCS) dan *human chorionic thyrotropin* (hCT).

d) Dinding perut

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

e) Kulit

Kulit akibat membesarnya rahim dan pertumbuhan janin, perut menonjol keluar. Serabut-serabut elastis dari lapisan kulit terdalam terpisah dan terputus karena regangan. Tanda regangan yang disebut striae gravidarum terlihat pada abdomen dan bokong terjadi pada 50% wanita hamil dan menghilang menjadi bayangan lebih terang setelah melahirkan. Perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh rangsangan hormone melanophore.

f) Payudara

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

g) Sistem Sirkulasi darah

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

h) Sistem pernapasan

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

i) Sistem Gastrointestinal

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

j) Sistem Urinari

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

k) Berat Badan

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

l) Sistem Muskuloskeletal

Selama masa kehamilan wanita membutuhkan kira-kira lebih banyak kalsium dan fosfor, dengan makan makanan yang seimbang kebutuhan tersebut akan terpenuhi. Postur tubuh pada wanita mengalami perubahan secara bertahap karena janin membesar bertahap dalam rahim.¹²

2) Perubahan psikologis

Perubahan psikologis pada wanita hamil merupakan salah satu dari tiga perubahan dalam hidupnya, ialah puberta, kehamilan dan menopause perubahan yang terjadi merupakan suatu respon

terhadap suatu respon terhadap kehamilannya, akibat peningkatan hormone dapat mempengaruhi suasana hati dan karena yang kadarnya yang naik turun maka demikian juga suasana hati wanita, biasanya wanita menjadi labil, lebih emosional, mudah tersinggung, mudah adanya depresi, marah, sedih, takut, khawatir, tingkah laku berubah lain tidak sama sebelum hamil perubahan ini harus di hadapi sekalipun agak membingungkan sementara waktu.¹⁵

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

d. Perubahan trimester III

Perubahan fisiologi pada masa kehamilan Trimester III adalah¹⁶ :

1) Minggu ke-28/bulan ke-7

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

2) Minggu ke-32/ bulan ke-8

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

3) Minggu ke-38/ bulan ke-9

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

Hicks meningkat karena serviks dan segmen bawah rahim disiapkan untuk persalinan.

e. Perubahan psikologis Trimester III

Perubahan psikologis pada masa kehamilan Trimester III , yaitu:¹⁷

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

f. Ketidaknyamanan Trimester III

Berikut ketidaknyamanan yang dialami pada kehamilan trimester III¹⁸

1) Sering berkemih

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

2) Varises dan wasir

Varises adalah pelebaran pada pembuluh darah balik vena sehingga katup vena melemah dan menyebabkan hambatan pada aliran pembuluh darah balik dan biasa terjadi pada pembuluh balik supervisial.

3) Pusing

Rasa pusing menjadikan keluhan ibu hamil trimester II dan trimester III. Hal ini menimbulkan rasa ketidaknyamanan pada ibu hamil, kalau tidak ditangani penyebabnya maka dapat menyebabkan tekanan darah rendah dan sampai meninggal. Rasa pusing pada hamil kemungkinan disebabkan karena hypoglycemia. Agar ibu terhindar dari rasa pusing, saat bangun tidur secara perlahan-lahan, menghindari berdiri terlalu lama dalam lingkungan yang panas dan sesak. Dan juga diupayakan untuk tidak berbaring dalam posisi terlentang.

4) Sesak nafas

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

5) Bengkak dan kram pada kaki

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

6) Gangguan tidur dan mudah lelah

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

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

7) Nyeri perut bagian bawah

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

8) *Heartburn*

Perasaan panas pada perut atau *heartburns* atau *pirosis* didefinisikan sebagai rasa terbakar di saluran pencernaan bagian atas, termasuk tenggorokan. Untuk mengurangi keluhan ini bisa dengan mengubah pola gaya hidup dan pola nutrisi, menghindari berbaring dalam 3 jam setelah makan, mengurangi makanan berminyak dan pedas, tomat, jeruk yang asam, minuman bersoda dan zat-zat seperti kafein.

9) Kontraksi *Braxton Hicks*

Pada kehamilan menjelang 7 bulan, jika dilakukan pemeriksaan palpasi atau periksa dalam, dapat diraba kontraksi-kontraksi kecil rahim berupa kontraksi *Braxton Hicks*. Kontraksi sering terjadi setiap 10-20 menit dan juga, sedikit banyak, mungkin berirama. Pada akhir kehamilan, kontraksi-kontraksi ini dapat menyebabkan rasa tidak nyaman dan menjadi penyebab persalinan palsu (*false labour*). Demikian persiapan persalinan dengan renggangnya uterus akhirnya mencapai batas kehamilan aterm atau berat janin cukup. Pada saat ini jumlah dan distribusi reseptor oksitosin yang dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior dapat mengubah kontraksi *Braxton Hicks* menjadi kontraksi persalinan.

g. Tanda Bahaya Kehamilan

Menurut Prawirohardjo, deteksi dini gejala dan tanda bahaya selama kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah terjadinya gangguan yang serius terhadap kehamilan ataupun keselamatan ibu hamil.¹⁸

1) Perdarahan pervaginam

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

2) Pre-Eklamsia

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

- a) Hiperfleksi
- b) Sakit kepala atau sefalgia yang tidak membaik dengan pengobatan umum.

- c) Gangguan penglihatan seperti pandangan mata kabur, skotomata, silau atau berkunang-kunang.
- d) Nyeri epigastrik.
- e) Oliguria (luaran kurang dari 500 ml/jam).
- f) Tekanan darah sistolik 20 – 30 mmHg dan diastolik 10 – 20 mmHg di atas normal.
- g) Proteinuria (>+1)
- h) Edema menyeluruh.

3) Nyeri Hebat di Daerah Abdominopelvikum

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

- a) Trauma abdomen.
- b) Preeklamsia.
- c) Tinggi fundus uteri lebih besar dari usia kehamilan (UK).
- d) Bagian – bagian janin sulit diraba.
- e) Uterus tegang dan nyeri.
- f) Janin mati dalam rahim.

Beberapa gejala dan tanda lain yang harus diwaspadai terkait dengan gangguan serius selama kehamilan adalah sebagai berikut:

- a) Muntah berlebihan yang berlangsung selama kehamilan.
- b) Disuria.
- c) Menggigil atau demam.
- d) Ketuban pecah dini atau sebelum waktunya.
- e) Uterus lebih besar atau lebih kecil dari Usia Kehamilan (UK) yang sesungguhnya.

h. KEK

Status gizi ibu hamil sangat mempengaruhi pertumbuhan janin dalam kandungan. Apabila status gizi buruk, baik sebelum kehamilan maupun selama kehamilan akan menyebabkan terganggunya

pertumbuhan pada janin, menyebabkan terhambatnya pertumbuhan otak janin, anemia pada bayi baru lahir, bayi baru lahir mudah infeksi, abortus dan sebagainya sehingga memiliki risiko melahirkan bayi dengan BBLR.⁹

Pengukuran antropometri LILA merupakan indikator lemak subkutan dan otot sehingga dapat digunakan untuk mengetahui cadangan protein di dalam tubuh. Ukuran LILA dapat digunakan sebagai indikator *Protein Energy Malnutrition* (PEM) pada anak-anak serta mengetahui risiko Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada wanita usia subur. Status gizi ibu yang diukur berdasarkan LILA memperoleh hasil $< 23,5$ cm maka di kategorikan mengalami KEK.

Kekurangan Energi Kronik adalah keadaan dimana ibu mengalami kekurangan gizi (kalori dan protein) yang berlangsung lama atau menahun dan dengan pengukuran lingkaran lengan atas $< 23,5$ cm. Menurut Kemenkes RI (2015) penanggulangan KEK bisa berhasil dengan baik apabila dilakukan kegiatan meliputi peningkatan asupan makanan yang cukup secara kualitas (jumlah makanan yang dimakan) serta kualitas (variasi makanan dan zat gizi yang sesuai kebutuhan) serta suplementasi zat gizi yang harus dikonsumsi oleh ibu hamil yaitu tablet tambah darah berisi zat besi dan asam folat, kalsium, seng, vitamin A, vitamin D, iodium. Pengaturan jarak kelahiran, pengobatan penyakit penyerta seperti kecacingan, malaria, HIV, TBC dan penerapan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) yaitu dengan selalu menggunakan air bersih dan sabun, menggunakan jamban sehat, memberantas jentik nyamuk seminggu sekali, makan buah dan sayur setiap hari, melakukan aktivitas fisik setiap hari, tidak merokok di dalam rumah, persalinan oleh tenaga kesehatan, memberi ASI Eksklusif dan menimbang balita setiap bulan merupakan upaya yang harus dilakukan dalam rangka mencegah terjadinya KEK pada Wanita Usia Subur dan Ibu hamil.⁹

i. Diabetes Melitus Gestasional

1) Definisi dan Patofisiologi¹¹

- a) Definisi: Diabetes Melitus Gestasional (DMG) adalah suatu gangguan toleransi glukosa atau karbohidrat dengan derajat bervariasi yang pertama kali ditemukan atau awitannya terjadi pada saat kehamilan berlangsung. Kondisi ini berbeda dengan Diabetes Melitus dengan Kehamilan (DMH), di mana pasien secara klinis sudah diketahui menyandang DM tipe 1 atau tipe 2 sebelum masa kehamilan dimulai.
- b) Patofisiologi: Kehamilan secara fisiologis memicu kondisi resistensi insulin akibat sekresi hormon-hormon plasenta (seperti *human placental lactogen* [hPL], progesteron, kortisol, dan prolaktin). Hormon-hormon ini berfungsi mengalihkan glukosa ke janin untuk mendukung pertumbuhannya. Pada kehamilan normal, sel beta pankreas ibu akan meningkatkan produksi insulin guna mengkompensasi resistensi tersebut. Namun, pada DMG, terjadi disfungsi atau ketidakmampuan sel beta pankreas dalam mengkompensasi beban metabolik ini, sehingga terjadi hiperglikemia pada ibu.

2) Faktor Risiko DMG⁴

Beberapa faktor risiko klinis yang meningkatkan probabilitas seorang ibu hamil mengalami DMG meliputi:

- a) Usia ibu saat hamil tergolong tua (≥ 25 tahun).
- b) Indeks Massa Tubuh (IMT) prahamil dalam kategori kelebihan berat badan (*overweight*) atau obesitas.
- c) Riwayat melahirkan bayi besar (makrosomia dengan berat badan lahir >4.000 gram) atau riwayat bayi lahir mati (*stillbirth*) tanpa sebab yang jelas.
- d) Riwayat Diabetes Melitus dalam keluarga inti (*first-degree relatives*).

- e) Riwayat gangguan toleransi glukosa atau DMG pada kehamilan sebelumnya.
 - f) Kenaikan berat badan yang berlebihan (*excessive gestational weight gain*) selama kehamilan berjalan.
 - g) Riwayat sindrom ovarium polikistik (PCOS), hipertensi, atau riwayat obstetri buruk lainnya.
- 3) Dampak Diabetes Melitus Gestasional⁴
- Hiperglikemia pada ibu hamil menyebabkan glukosa dalam darah mengalir secara berlebih melewati plasenta menuju janin. Kondisi ini memberikan dampak buruk jangka pendek maupun jangka panjang bagi ibu dan anak.
- a) Dampak Jangka Pendek
 - (1) Bagi Ibu : Meningkatkan risiko terjadinya preeklamsia/eklamsia, infeksi saluran kemih, hidramnion (air ketuban berlebih), serta persalinan dengan penyulit yang meningkatkan angka tindakan operasi sesar (*seksio sesarea*).
 - (2) Bagi Janin/Bayi: Memicu hiperinsulinemia janin yang menyebabkan pertumbuhan berlebih atau makrosomia (bayi besar). Hal ini meningkatkan risiko distosia bahu (bahu bayi tersangkut saat lahir) dan cedera lahir. Setelah lahir, bayi berisiko tinggi mengalami hipoglikemia neonatal, hipokalsemia, hiperbilirubinemia, hingga sindrom gawat napas (RDS).
 - b) Dampak Jangka Panjang
 - (1) Bagi Ibu: Risiko tinggi mengalami DMG berulang pada kehamilan berikutnya serta peningkatan risiko berkembang menjadi DM Tipe 2 dan penyakit kardiovaskular di masa depan
 - (2) Bagi Anak: Mengalami pemrograman metabolik (*metabolic programming*) sejak dalam rahim, sehingga

memiliki risiko lebih tinggi menderita obesitas, gangguan toleransi glukosa, dan DM tipe 2 saat beranjak remaja atau dewasa.

4) Penapisan dan Diagnosis DMG

Diagnosis DMG ditegakkan melalui alur kombinasi penapisan klinis berbasis faktor risiko dan konfirmasi laboratorium.⁴

a) Penapisan (Screening) Awal

(1) Penapisan dilakukan sejak kunjungan pertama (K1) pada semua ibu hamil di semua tingkatan fasilitas kesehatan.

(2) Ibu hamil dikelompokkan berdasarkan tingkat risiko:

(a) Risiko Rendah: Usia <25 tahun, IMT prahamil normal, tidak ada riwayat DM pada keluarga, tidak ada riwayat obstetri buruk pada hal ini Tidak wajib menjalani Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) jika pemeriksaan gula awal normal.

(b) Risiko Sedang/Tinggi: Memiliki satu atau lebih faktor risiko di atas pada hal ini Wajib menjalani uji diagnostik TTGO pada usia kehamilan 24–28 minggu.

b) Diagnosis Berdasarkan Usia Kehamilan & Kadar Glukosa Darah Puasa (GDP)

Sebelum melakukan pemeriksaan beban glukosa penuh, kadar Glukosa Darah Puasa (GDP) awal digunakan sebagai acuan baku:

(1) Usia Kehamilan <24 Minggu:

(a) GDP <92 mg/dL: Hasil normal, jadwalkan pemeriksaan TTGO pada usia kehamilan 24–28 minggu.

(b) GDP 92–125 mg/dL: Menunjukkan adanya hiperglikemia, lanjutkan ke prosedur TTGO untuk konfirmasi.

- (c) GDP ≥ 126 mg/dL: *TTGO tidak perlu dilakukan*; pasien langsung didiagnosis sebagai Diabetes Melitus dengan Kehamilan (DMH).

(2) Usia Kehamilan ≥ 24 Minggu:

- (a) GDP < 92 mg/dL: Lanjutkan ke prosedur penuh TTGO.
- (b) GDP 92–125 mg/dL: *Prosedur TTGO tidak perlu dilanjutkan*; Diagnosis Diabetes Melitus Gestasional (DMG) sudah langsung tegak.

c) Prosedur dan Kriteria Diagnostik TTGO 75 Gram

Prosedur: Ibu berpuasa selama 8–10 jam (boleh minum air putih). Sampel darah vena diambil untuk memeriksa GDP. Ibu kemudian diminta meminum larutan yang berisi 75 gram glukosa anhidrat dalam 300 mL air dalam waktu 5 menit. Pengambilan darah vena berikutnya dilakukan pada jam ke-1 dan jam ke-2 pasca-beban glukosa.

Nilai Batas Diagnostik (Darah Vena):

- (a) Glukosa Darah Puasa (GDP): ≥ 92 mg/dL (5,1 mmol/L)
- (b) Glukosa Darah Jam ke-1: ≥ 180 mg/dL (10,0 mmol/L)
- (c) Glukosa Darah Jam ke-2: ≥ 153 mg/dL (8,5 mmol/L)

Diagnosis DMG ditegakkan apabila ditemukan minimal 1 (satu) nilai abnormal pada hasil pemeriksaan di atas (berlaku pada usia kehamilan ≥ 24 minggu).

5) Penatalaksanaan Klinis, Metabolik, dan Pengawasan Janin

Penatalaksanaan DMG merupakan bentuk kolaborasi multidisiplin yang bertujuan mengendalikan kadar glukosa darah ibu seoptimal mungkin guna menekan komplikasi maternal serta melakukan pengawasan ketat terhadap kondisi janin di dalam rahim.⁴

a) Terapi Nutrisi Medis (TNM)

- (1) Merupakan pilar utama pengelolaan DMG melalui perencanaan makan yang terstruktur guna memenuhi kebutuhan nutrisi ibu dan janin tanpa memicu lonjakan gula

darah pascamakan (*postprandial*) atau memicu ketosis akibat puasa yang terlalu lama.

- (2) Pola makan dibagi menjadi porsi kecil namun sering: 3 kali makan besar dan 2–3 kali makanan selingan (camilan), termasuk camilan kecil sebelum tidur malam. Komposisi kalori disesuaikan secara individual sesuai berat badan dan IMT prahamil.

b) Aktivitas Fisik / Latihan Fisik

- (1) Latihan fisik intensitas ringan-sedang yang terstruktur (seperti jalan kaki atau bersepeda statis) selama 20–30 menit sehari sangat dianjurkan untuk membantu menurunkan resistensi insulin.
- (2) Kontraindikasi: Latihan fisik harus segera ditunda atau dihentikan jika ditemukan penyulit kehamilan seperti preeklamsia, ketuban pecah dini, plasenta previa, perdarahan pervaginam (*spotting*), atau adanya risiko persalinan prematur.

c) Target Kendali Glukosa Darah Mandiri (PGDM)

Ibu hamil dilatih untuk melakukan pemeriksaan gula darah mandiri secara berkala menggunakan *glucometer* dengan target glikemik sebagai berikut:

- (1) Glukosa darah puasa dan sebelum makan: <95 mg/dL
- (2) Glukosa darah 1 jam setelah makan: <140 mg/dL
- (3) Glukosa darah 2 jam setelah makan: <120 mg/dL

d) Terapi Farmakologis

- (1) Jika target kendali glukosa darah tidak tercapai dalam 2–4 minggu melalui intervensi pola makan dan aktivitas fisik, maka terapi obat harus segera dimulai.
- (2) Insulin merupakan pilihan utama dan paling aman pada pasien DMG karena tidak menembus barier plasenta. Penggunaannya meliputi insulin basal (seperti NPH atau

detemir) untuk mengendalikan gula darah puasa dan insulin kerja cepat/reguler (*rapid-acting*) sebelum makan.

e) Pengawasan Kesejahteraan Janin oleh Dokter Sp.OG (Aspek Obstetri)

Sebagai bagian integral dari penatalaksanaan klinis, pemantauan janin dilakukan secara berkala dan dinilai lebih sering jika kondisi glukosa darah ibu tidak terkontrol.

- (1) Pemantauan Perkiraan Berat Janin (*Estimated Fetal Weight - EFW*) via USG: Kondisi hiperglikemia pada ibu memicu transfer glukosa berlebih yang merangsang hiperinsulinemia pada janin. Karena insulin bersifat anabolik (hormon pertumbuhan), janin berisiko mengalami pertumbuhan berlebih atau makrosomia ($EFW \geq 4.000$ gram atau di atas persentil ke-90). Dokter Sp.OG melakukan USG serial setiap 2–4 minggu sekali pada trimester ketiga untuk memantau komponen biometri janin yang meliputi *Abdominal Circumference* (AC/Lingkar Perut), *Biparietal Diameter* (BPD/Diameter Kepala), *Head Circumference* (HC/Lingkar Kepala), dan *Femur Length* (FL/Panjang Tulang Paha). Komponen *Abdominal Circumference* (AC) adalah indikator paling sensitif terhadap paparan glukosa.
- (2) Umpan Balik Terapi & Metode Persalinan: Lonjakan EFW atau lingkar perut janin yang ekstrem menandakan kontrol glikemik ibu belum adekuat (meskipun hasil cek mandiri di rumah tampak normal), sehingga menjadi dasar klinis bagi dokter untuk memulai atau menyesuaikan dosis insulin. Selain itu, jika menjelang persalinan EFW diperkirakan ≥ 4.500 gram, operasi sesar elektif direkomendasikan untuk mencegah komplikasi fatal seperti distosia bahu.
- (3) Pemantauan Cairan Amnion (Air Ketuban) dan KTG: Melalui USG, dokter juga mengukur volume air ketuban

atau *Amniotic Fluid Index* (AFI). Hiperglikemia janin memicu diuresis osmotik (janin kencing berlebihan di dalam rahim), yang bermanifestasi sebagai polihidramnion. Di fase akhir kehamilan, pengawasan dilengkapi dengan Kardiotokografi (KTG) untuk memantau respons denyut jantung janin dan mendeteksi tanda gawat janin.

f) Pengelolaan Persalinan

- (1) Waktu Persalinan: Pada kasus DMG yang terkontrol baik tanpa komplikasi lain, persalinan dapat ditunggu hingga usia kehamilan 38–40 minggu. Jika kontrol gula darah buruk atau terdapat penyulit obstetri, terminasi kehamilan/induksi dapat dilakukan lebih awal setelah mematkan paru janin.
- (2) Target Intrapartum: Selama proses persalinan berlangsung, kadar glukosa darah ibu harus dipantau ketat dan dipertahankan pada rentang 70–140 mg/dL guna meminimalkan risiko hipoglikemia neonatal sesaat setelah bayi dilahirkan.

6) Evaluasi Pascapersalinan

- a) Setelah plasenta lahir, sumber hormon-hormon plasenta pemicu resistensi insulin hilang, sehingga kadar glukosa darah ibu umumnya menurun drastis secara cepat.
- b) Meskipun demikian, ibu dengan riwayat DMG direkomendasikan untuk melakukan pemeriksaan TTGO 75 gram ulang atau HbA1c pada 4–12 minggu pascamelahirkan untuk memastikan apakah status metaboliknya telah kembali normal atau menetap menjadi DM Tipe 2. Skrining berkala ini wajib diulang setiap 1–3 tahun sekali sebagai langkah preventif jangka panjang.

2. Persalinan

a. Definisi

Persalinan adalah serangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu, yang dimulai dengan kontraksi persalinan sejati ditandai oleh perubahan progresif pada serviks dan diakhiri dengan kelahiran plasenta. Menjelang persalinan, otot polos uterus mulai menunjukkan aktivitas kontraksi secara terkoordinasi, diselingi dengan suatu periode relaksasi dan mencapai puncaknya menjelang persalinan, serta secara berangsur menghilang pada periode postpartum. Mekanisme regulasi yang mengatur aktivitas kontraksi myometrium selama kehamilan, persalinan, dan kelahiran, sampai saat ini masih belum jelas benar. Persalinan dapat dibedakan menjadi tiga, yaitu¹⁹:

1) Persalinan Spontan

Persalinan spontan merupakan persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu.

2) Persalinan Buatan

Persalinan buatan adalah bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi forceps, atau dilakukan operasi caesar.

3) Persalinan Anjuran

Persalinan anjuran merupakan persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian oksitosin atau prostaglandin.

b. Etiologi Persalinan

Selama kehamilan, didalam tubuh perempuan terdapat dua hormon yang dominan yaitu estrogen dan progesteron. Hormon estrogen berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim serta memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan mekanis. Sedangkan, hormon progesteron berfungsi untuk menurunkan sensitivitas otot rahim, menghambat rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin dan

mekanis serta menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi. Sampai saat ini hal yang menyebabkan mulainya proses persalinan belum diketahui sehingga hanya ada teori-teori antara lain disebabkan oleh hormon, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh tekanan pada saraf, dan nutrisi. Dengan demikian dapat disebutkan beberapa teori yang dapat menyebabkan persalinan yaitu sebagai berikut²⁰:

a. Teori Penurunan Progesteron

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

b. Teori Oksitosin

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

c. Teori Keregangan Otot Rahim

Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenta sehingga plasenta mengalami degenerasi. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang sampai batas tertentu. Apabila batas tersebut sudah terlewati, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

d. Teori Prostaglandin

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

e. Teori Janin

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

f. Teori Plasenta Menjadi Tua

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

c. Tanda Persalinan

1) Tanda-tanda Persalinan Sudah Dekat¹⁹

i. *Lightening*

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

- (1) Kontraksi *Braxton Hicks*
- (2) Ketegangan otot perut
- (3) Ketegangan ligamentum rotundum

(4) Gaya berat janin kepala ke arah bawah

ii. Terjadinya His Permulaan

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

Sifat his palsu:

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

b. Tanda Masuk dalam Persalinan

i. Terjadinya His Persalinan

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

b) *Bloody Show*

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

c) Pengeluaran Cairan

Terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tetapi kadang pecah pada pembukaan kecil.²¹

d. Tahapan Persalinan

Berikut tahapan persalinan: ²¹

a. Kala I (Kala Pembukaan)

Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran-pergeseran, ketika serviks mendatar dan membuka.²²

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu:

- a) Fase Laten: dimana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam.
- b) Fase Aktif: pembukaan 4-10 cm, berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase, yaitu:
 - (1) Periode Akselerasi berlangsung selama 2 jam (pembukaan menjadi 4 cm)
 - (2) Periode Dilatasi Maksimal berlangsung selama 2 jam (pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm)
 - (3) Periode Deselerasi berlangsung lambat, dalam 2 jam (pembukaan jadi 10 cm atau lengkap).

Pada fase persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian terbawah janin. Berdasarkan kurve Friedman, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam.²¹

2) Kala II (Kala Pengeluaran)

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

- a) Pembukaan Lengkap (10cm)

- b) Ibu ingin meneran
- c) Perineum menonjol
- d) Vulva dan anus membuka

3) Kala III

Kala III (Kala Uri) adalah periode persalinan yang dimulai dari lahirnya bayi sampai dengan lahirnya plasenta. Kala III persalinan terdiri atas dua fase, yaitu pelepasan plasenta dan ekspulsi (pengeluaran) plasenta.

Segera setelah bayi dan air ketuban sudah tidak lagi berada di dalam uterus, kontraksi akan terus berlangsung dan ukuran rongga uterus akan mengecil. Pengurangan dalam ukuran uterus ini akan menyebabkan pengurangan dalam ukuran tempat melekatnya plasenta. Oleh karena tempat melekatnya plasenta tersebut menjadi lebih kecil, maka plasenta akan menjadi tebal atau mengkerut dan memisahkan diri dari dinding uterus. Sebagian dari pembuluh-pembuluh darah yang kecil akan robek saat plasenta lepas. Tempat melekatnya plasenta akan berdarah terus hingga uterus seluruhnya berkontraksi. Setelah plasenta lahir, dinding uterus akan berkontraksi dan menekan semua pembuluh-pembuluh darah ini yang akan menghentikan perdarahan dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Sebelum uterus berkontraksi, wanita tersebut bisa kehilangan darah 350-360 cc/menit dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Uterus tidak bisa sepenuhnya berkontraksi hingga plasenta lahir dahulu seluruhnya. Oleh sebab itu, kelahiran yang cepat dari plasenta segera setelah ia melepaskan dari dinding uterus merupakan tujuan dari manajemen kebidanan dari kala III.²¹

Tanda-tanda pelepasan plasenta:

- a) Perubahan ukuran dan bentuk uterus
- b) Uterus menjadi bundar dan uterus terdorong ke atas karena plasenta sudah terlepas dari segmen bawah rahim
- c) Tali pusat memanjang

d) Semburan darah tiba tiba

4) Kala IV

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah proses tersebut. Setelah plasenta lahir tinggi fundus uteri kurang lebih 2 jari dibawah pusat. Otot-otot uterus berkontraksi, pembuluh darah yang ada diantara anyaman-anyaman otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan. Pada fase ini perlu pemantaauan intensif yaitu pemantauan 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta, 30 menit pada jam kedua setelah persalinan, jika kondisi ibu tidak stabil, perlu dipantau lebih sering. Pemantauan atau observasi yang harus dilakukan pada kala IV yaitu: tingkat kesadaran, pemeriksaan tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi dan pernapasan), kontraksi uterus, Tinggi fundus uterus, kandung kemih terjadinya perdarahan (perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc.²¹

e. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi persalinan antara lain²¹:

1) *Power* (Kekuatan)

Power adalah kekuatan atau tenaga yang mendorong janin keluar.

Kekuatan tersebut meliputi:

a) His (Kontraksi Uterus)

Adalah kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominan, terkoordinasi dan relaksasi. Walaupun his itu kontraksi yang fisiologis akan tetapi bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya, bersifat nyeri. Tiap his dimulai sebagai gelombang dari salah satu sudut di mana tuba masuk ke dalam dinding uterus.

b) Tenaga Mengedan

Setelah pembukaan lengkap dan setelah selaput ketuban pecah atau dipecahkan, serta sebagian presentasi sudah berada di dasar panggul, sifat kontraksi berubah, yakni bersifat mendorong keluar dibantu dengan keinginan ibu untuk mengedan atau usaha volunteer.

2) *Passage* (Jalan Lahir)

Passage atau jalan lahir dibagi menjadi dua:

- a) Bagian keras: meliputi tulang panggul, ruang panggul, bidang hodge dan ukuran-ukuran panggul.
- b) Bagian lunak: meliputi diafragma pelvis dari dalam ke luar dan perineum.

3) *Passanger* (Janin dan Plasenta)

a) Janin

Passanger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka dia dianggap sebagai bagian dari *passanger* yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan normal.

b) Plasenta

Plasenta merupakan organ yang luar biasa. Plasenta berasal dari lapisan trofoblas pada ovum yang dibuahi, lalu 45 terhubung dengan sirkulasi ibu untuk melakukan fungsifungsi yang belum dapat dilakukan oleh janin itu sendiri selama kehidupan intrauterine. Keberhasilan janin untuk hidup tergantung atas keutuhan dan efisiensi plasenta.

4) Psikologis

Kelahiran bayi merupakan peristiwa penting bagi kehidupan seorang ibu dan keluarganya. Banyak ibu mengalami psikis (kecemasan, keadaan emosional wanita) dalam menghadapi persalinan, hal ini perlu diperhatikan oleh seseorang yang akan

menolong persalinan. Perasaan cemas, khawatir akan mempengaruhi hormone stress yang akan mengakibatkan komplikasi persalinan. Tetapi sampai saat ini hampir tidak ada catatan yang menyebutkan mengenai hormone stress terhadap fungsi uteri, juga tidak ada catatan mengenai hubungan antara kecemasan ibu, pengaruh lingkungan, hormone stress dan komplikasi persalinan. Namun demikian seseorang penolong persalinan harus memperhatikan keadaan psikologis ibu yang akan melahirkan karena keadaan psikologis mempunyai pengaruh terhadap persalinan dan kelahiran.

5) Penolong

Penolong persalinan perlu kesiapan dan menerapkan asuhan sayang ibu. Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikut sertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Banyak penelitian menunjukkan bahwa jika para ibu diperhatikan dan diberi dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan yang akan mereka terima, mereka akan mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik.

f. Ketuban Pecah Dini

a. Definisi KPD

Ketuban Pecah Dini (KPD) atau secara internasional dikenal sebagai *Premature Rupture of the Membranes* (PROM) adalah suatu kondisi klinis di mana selaput ketuban pecah sebelum terjadinya proses persalinan pada usia kehamilan aterm (cukup bulan). Secara klinis, KPD dibagi menjadi dua kategori utama berdasarkan usia kehamilan⁵:

- a) Ketuban Pecah Dini Aterm (PROM): Pecahnya selaput ketuban saat usia kehamilan telah mencapai atau lebih dari 37 minggu sebelum tanda-tanda persalinan dimulai.
 - b) Ketuban Pecah Dini Preterm / *Preterm Premature Rupture of the Membranes* (PPROM): Pecahnya selaput ketuban pada pasien dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu. Jika PPRM terjadi sebelum usia kehamilan 24 minggu, kondisi ini diklasifikasikan sebagai *KPD preterm previable*.
- b. Epidemiologi dan Dampak Klinis
- a) Epidemiologi: Secara global, kasus KPD terjadi pada sekitar 10-12% dari seluruh kehamilan. Di Indonesia sendiri, angka kejadian KPD dilaporkan berkisar antara 4,5% hingga 7,6%. Mayoritas kasus KPD (hampir 80-84%) terjadi pada kehamilan aterm, sementara sisanya terjadi pada kehamilan preterm. Meskipun persentasenya lebih kecil, PPRM berkontribusi langsung pada 30-40% kejadian kelahiran prematur di dunia.
 - b) Dampak Klinis: Kasus dengan KPD aterm umumnya akan mengalami persalinan spontan dalam waktu 24 jam hingga 95% kasus. Sebaliknya, pada KPD preterm, persalinan biasanya tertunda namun mayoritas akan lahir dalam waktu satu minggu setelah ketuban pecah.⁵
- c. Mekanisme dan Patofisiologi KPD
- Pecahnya selaput ketuban secara patologis dikendalikan oleh interaksi kompleks antara degradasi matriks kolagen dan faktor eksternal. Kekuatan regangan utama dari membran janin ditentukan oleh susunan matriks ekstraseluler, khususnya kolagen. Proses degradasi kolagen ini dipicu oleh beberapa faktor utama: ¹³
- a) Peran Matrix Metalloproteinase (MMP): MMP adalah sekelompok protein protease yang secara spesifik memecah dan

mendegradasi kolagen pada membran janin. Pada kondisi KPD, terjadi peningkatan ekspresi dan aktivitas MMP (terutama MMP-1, MMP-8, dan MMP-9) yang disertai dengan penurunan aktivitas *Tissue Inhibitors of Matrix Metalloproteinase* (TIMPs). Ketidakseimbangan rasio MMP dan TIMP inilah yang memicu kelemahan fokal pada selaput ketuban.

- b) Peran Infeksi dan Sitokin Inflamasi: Infeksi mikroba pada saluran reproduksi maupun traktus urinarius memicu respons inflamasi lokal. Tubuh merespons dengan meningkatkan produksi sitokin proinflamasi seperti IL- β , IL-6, IL-8, dan TNF- α di dalam cairan amnion dan korioamnion. Sitokin-sitokin ini secara langsung menstimulasi peningkatan regulasi MMP-9 dan memicu apoptosis sel-sel jaringan ketuban, sehingga mempercepat robeknya membran.
- c) Faktor Mekanis (Distensi Uterus Berlebihan): Peregangan mekanik yang ekstrem pada rahim akibat kondisi klinis tertentu seperti gemeli (kehamilan kembar) atau polihidramnion (cairan ketuban berlebih) meningkatkan tekanan intrauteri secara berlebihan, memaksa membran ketuban melewati batas elastisitasnya.
- d) Faktor Gaya Hidup (Merokok): Kebiasaan merokok pada ibu hamil melepaskan zat-zat radikal bebas seperti *superoxide*, *hydrogen peroxide*, dan *hydroxyl ions*. Senyawa Radikal Oksigen (ROS) ini merusak matriks kolagen secara langsung dan menghambat aktivitas protease inhibitor alami tubuh.
- (1) Faktor Metabolik Maternal (Hiperglikemia dan DMG): Kondisi Diabetes Melitus Gestasional (DMG) memicu lingkungan intrauteri yang tinggi glukosa (hiperglikemia feto-maternal). Kondisi metabolik ini mempercepat degradasi kolagen dan memicu KPD melalui tiga mekanisme interaksi:²³

- (2) Mekanisme Makrosomia (Faktor Mekanik): Gula darah ibu yang tinggi merangsang hiperinsulinemia pada janin, memicu pertumbuhan janin berlebih (makrosomia). Ukuran janin yang besar secara mekanis menyebabkan peregangan (*stretching*) kronis pada dinding rahim dan selaput ketuban, sehingga menurunkan kekuatan regangan alaminya (*tensile strength*).
- (3) Mekanisme Polihidramnion (Tekanan Hidrostatik): Hiperglikemia janin menyebabkan terjadinya diuresis osmotik, di mana janin memproduksi urine secara berlebih di dalam rahim (polihidramnion). Peningkatan volume cairan amnion yang masif ini meningkatkan tekanan hidrostatik intrauteri, terutama pada area paraservikal, sehingga selaput ketuban menjadi rapuh dan mudah pecah.
- (4) Mekanisme Biokimiawi (Stres Oksidatif & MMP-9): Lingkungan hiperglikemia memicu akumulasi radikal bebas (*Reactive Oxygen Species* / ROS) dan pembentukan *Advanced Glycation End-products* (AGEs). Stres oksidatif ini merusak matriks ekstraseluler secara langsung, memicu apoptosis sel epitel amnion, serta menstimulasi peningkatan regulasi enzim proteolitik Matrix Metalloproteinase-9 (MMP-9) yang secara aktif mengikis dan memotong untaian kolagen penyusun ketuban.

d. Diagnosis KPD

Penegakan diagnosis KPD dilakukan secara komprehensif melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang: ⁵

a) Anamnesis

- (1) Pasien mengeluhkan keluar cairan jernih atau keruh secara mendadak atau merembes dari jalan lahir (vagina).
- (2) Cairan ini umumnya tidak dapat ditahan oleh pasien dan memiliki bau yang khas (amoniak/bau ketuban).

b) Pemeriksaan Fisik (Inspekulo)

- (1) Pemeriksaan menggunakan spekulum steril (inspekulo) merupakan *gold standard* fisik untuk menghindari pemeriksaan dalam (*vagina toucher*) yang tidak perlu demi mencegah risiko infeksi ascending.
 - (2) Dokter/bidan akan menilai adanya genangan cairan amnion pada *pooling* (forniks posterior vagina).
 - (3) Dapat dilakukan manuver valsava (meminta pasien batuk atau mengejan) untuk melihat apakah ada cairan yang keluar atau memancar dari ostium uteri eksternum (OUE).
- c) Pemeriksaan Penunjang (Laboratorium dan Klinis)
- (1) Tes Nitrazin (Tes Lakmus): Menilai perubahan pH cairan vagina. Secara fisiologis, vagina memiliki pH asam (4,5–5,5), sedangkan cairan ketuban bersifat basa (7,0–7,5). Jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru setelah bersentuhan dengan cairan tersebut, maka tes dinyatakan positif KPD.
 - (2) Tes Pakis (*Fern Test*): Mengambil sampel cairan dari forniks posterior, diapskan pada objek gelas, dan dikeringkan. Di bawah mikroskop, cairan ketuban yang mengering akan membentuk kristalisasi berpola seperti daun pakis akibat kandungan natrium klorida yang tinggi.
 - (3) Pemeriksaan Laboratorium Infeksi: Dilakukan pemeriksaan darah untuk menilai tanda-tanda infeksi sekunder/korioamnionitis, dengan parameter adanya leukositosis maternal ($WBC \geq 16.000$) dan peningkatan kadar *C-Reactive Protein* (CRP).
 - (4) Ultrasonografi (USG): Digunakan untuk menilai volume cairan ketuban secara objektif. Metode yang paling akurat adalah mengukur *Amniotic Fluid Index* (AFI) atau Indeks Cairan Amnion (ICA) menggunakan teknik 4 kuadran, maupun mencari kantung vertikal terbesar (*single deepest*

pocket). Kondisi oligohidramnion (volume ketuban yang sangat sedikit) mendukung konfirmasi terjadinya KPD.

e. Penatalaksanaan Klinis KPD

Penatalaksanaan klinis KPD sangat bergantung pada usia kehamilan saat ketuban pecah dan ada atau tidaknya tanda-tanda infeksi (korioamnionitis).⁵

a) Manajemen KPD Aterm (≥ 37 minggu)

- (1) Jika usia kehamilan sudah cukup bulan, prinsip utamanya adalah terminasi kehamilan karena risiko infeksi akan meningkat jika ketuban pecah lebih dari 24 jam.
- (2) Evaluasi serviks dilakukan menggunakan *Pelvic Score* menurut Bishop (Bishop Score).
- (3) Jika Bishop Score (≥ 6 (serviks matang), dapat langsung dilakukan induksi persalinan dengan oksitosin drip atau ditunggu partus spontan sesuai protokol institusi. Jika skor < 6 (serviks belum matang), dilakukan pematangan serviks terlebih dahulu menggunakan misoprostol atau preparat prostaglandin lainnya.

b) Manajemen KPD Preterm / PPRM (< 37 minggu)

Jika tidak ditemukan tanda-tanda infeksi atau gawat janin, penanganan diarahkan secara konservatif untuk memperpanjang usia kehamilan di dalam rahim:⁵

- (1) Tirah Baring (*Bed Rest*) dan Observasi: Pasien dirawat di rumah sakit, dipantau tanda-tanda vitalnya (terutama suhu tubuh untuk mendeteksi demam), dan dipantau denyut jantung janin (DJJ).
- (2) Terapi Antibiotik Profilaksis: Pemberian antibiotik spektrum luas sangat krusial untuk mencegah infeksi ascending, memperpanjang masa laten kehamilan, serta menurunkan morbiditas neonatal.

- (3) Pemberian Kortikosteroid: Diberikan pada usia kehamilan preterm (biasanya antara 24–34 minggu) untuk merangsang pematangan paru janin, sehingga menurunkan risiko *Respiratory Distress Syndrome* (RDS), perdarahan intraventrikular (IVH), dan enterokolitis nekrotikans (NEC) setelah lahir. Protokol standar menggunakan Deksametason atau Betametason.
- (4) Tokolitik: Dapat dipertimbangkan dalam 48 jam pertama (jika tidak ada kontraindikasi) hanya untuk menunda persalinan sementara agar kortikosteroid dapat bekerja secara optimal pada paru janin.

c) Penutupan Selaput Ketuban (*Amnion Patch*)

Pada kasus tertentu—terutama KPD preterm iatrogenik atau kasus previable—dapat dipertimbangkan intervensi lanjutan berupa prosedur *Amnion Patch*. Prosedur ini melibatkan infus larutan garam (NaCl 0,9%) untuk mengembalikan volume intra-amniotik dikombinasikan dengan injeksi konsentrat trombosit (platelet) untuk memicu proses hemostasis dan penutupan/penyembuhan selaput ketuban yang robek.

f. Komplikasi KPD

KPD yang tidak ditangani dengan cepat dan tepat dapat memicu komplikasi berat pada ibu maupun janin:¹³

a) Komplikasi Maternal (Ibu)

- (1) Korioamnionitis: Infeksi pada selaput ketuban dan cairan amnion yang ditandai dengan demam maternal, nyeri tekan pada uterus, cairan ketuban berbau, dan takikardia janin. Risiko naik hingga 24% jika ketuban pecah 24 jam.²⁴
- (2) Solusio Plasenta: Lepasnya plasenta dari dinding uterus sebelum waktunya akibat penurunan volume uterus secara mendadak setelah air ketuban habis.

- (3) Sepsis Maternal: Infeksi sistemik yang dapat mengancam jiwa ibu.
- b) Komplikasi Fetal / Neonatal (Janin/Bayi)
 - (1) Prematuritas: Bayi lahir prematur dengan segala konsekuensi organ yang belum matang.
 - (2) Gawat Napas (*Respiratory Distress Syndrome* / RDS): Akibat paru-paru bayi yang belum matang sempurna atau terpapar infeksi.
 - (3) Kompresi Tali Pusat: Berkurangnya air ketuban (anhydramnion) menyebabkan tali pusat mudah terjepit di antara bagian tubuh janin dan dinding rahim, memicu hipoksia janin hingga kematian janin dalam rahim (*stillbirth*).
 - (4) Hipoplasia Paru dan Kontraktur Otot: Khusus pada PPRM ekstrem yang berlangsung lama, ketiadaan cairan amnion mengganggu perkembangan mekanik paru janin serta menyebabkan keterbatasan gerak janin di dalam rahim

3. Bayi Baru Lahir

a. Definisi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang berusia 0-28 hari. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram, bayi segera menangis, bergerak aktif kulit kemerahan, mengisap ASI dengan baik, tidak ada cacat bawaan.²⁵

b. Adaptasi Fisiologi Bayi Baru Lahir

1) Sistem Pernafasan

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

2) Penurunan Berat Badan Awal

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

3) Sistem Kardiovaskuler dan darah

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

4) Sistem Pencernaan

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

c. Penanganan Bayi Baru Lahir

Berikut penanganan bayi baru lahir :¹⁹

1) Pencegahan Kehilangan Panas

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

2) Pembersihan Jalan Napas

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

3) Memotong dan Merawat Tali Pusat

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

perawatan tali pusat adalah menjaga, agar tali pusat tetap kering dan bersih

4) Inisiasi Menyusui Dini dan Pemberian Nutrisi

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

5) Injeksi Vitamin K

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

6) Pemberian Salep Mata

Pemberian antibiotik profilaksis pada mata dapat mencegah terjadinya konjungtivitis. Profilaksis mata yang sering digunakan yaitu tetes mata silver nitrat 1%, salep mata, eritromisin, dan salep, mata tetrasiklin.²⁶

7) Pemberian Imunisasi Hb O

Imunisasi hepatitis pertama (Hbo) dalam kemasan unicek diberikan 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1 secara intra muskuler. Pemberian imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk menjaga infeksi hepatitis B, terutama jalur penularan Ibu/Bayi.²⁷

d. Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya tiga kali yaitu²³:

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

- a) Mempertahankan suhu tubuh bayi
 - b) Pemeriksaan fisik bayi
 - c) Dilakukan pemeriksaan fisik: telinga, mata, hidung, leher, dada.
 - d) Konseling: jaga kehangatan, pemberian Asi sulit, kesulitan bernafas, warna kulit abnormal.
- 2) Kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari
- a) Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering
 - b) Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, dan diare
 - c) Memberikan Asi bayi disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam.
 - d) Menjaga suhu tubuh bayi
 - e) Menjaga kehangatan bayi
 - f) Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan Asi eksklusif, pencegahan hipotermi, dan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan buku KIA.
 - g) Diberitahukan teknik menyusui yang benar
- 3) Kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8-28 hari
- Pelayanan kesehatan diberikan oleh dokter/bidan/perawat, dapat dilaksanakan di Puskesmas atau melalui kunjungan rumah:
- a) Pemeriksaan fisik
 - b) Menjaga kebersihan bayi
 - c) Memberitahukan ibu tentang tanda-tanda bahaya bayi baru lahir
 - d) Memberikan Asi minimal 10-15 kali dalam 24 jam
 - e) Menjaga kehangatan bayi
 - f) Menjaga suhu tubuh bayi
 - g) Memberitahu ibu tentang imunisasi BCG.

4. Nifas

a. Definisi

Masa nifas berasal dari bahasa latin, yaitu *puer* artinya bayi dan *parous* artinya melahirkan atau masa sesudah melahirkan. Asuhan kebidanan masa nifas adalah penatalaksanaan asuhan yang diberikan pada pasien mulai dari saat setelah lahirnya bayi sampai dengan kembalinya tubuh dalam keadaan seperti sebelum hamil atau mendekati keadaan sebelum hamil. Masa Nifas dimulai setelah 2 jam postpartum dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, biasanya berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan baik secara fisiologi maupun psikologis akan pulih dalam waktu 3 bulan.²⁸

b. Perubahan Fisiologis

Perubahan fisiologis pada nifas terdapat:

1) Involusi Uterus

Involusi uterus merupakan proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan.²⁹

2) Lochea

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

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

3) Vagina dan Perineum.

Segera setelah kelahiran, vagina tetap terbuka lebar, mungkin mengalami beberapa derajat edema memar, dan celah pada introitus. Setelah satu hingga dua hari pertama pascapartum, tonus otot vagina kembali, celah vagina tidak lebar dan vagina tidak lagi edema. Sekarang vagina menjadi berdinding lunak, lebih besar dari biasanya, dan umumnya longgar.³⁰

4) Payudara

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

c. Kebutuhan Nifas

Berikut kebutuhan nifas yang di butuhkan:³¹

1) Nutrisi

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

2) Pola Istirahat

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

3) Personal Hygiene

Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air pada daerah di sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Membersihkan diri setiap kali selesai buang air kecil atau besar dan mengganti pembalut minimal dua kali sehari.

4) Pola eliminasi

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

5) Dukungan Psikologis

Perubahan peran seorang ibu memerlukan adaptasi yang harus dijalani:

a) Fase Taking In

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

b) Fase Taking Hold

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

c) Fase Letting Go

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

d. Waktu Kunjungan Nifas

Menurut kementrian kesehatan RI ibu dianjurkan melakukan kontrol/kunjungan masa nifas setidaknya tiga kali, waktu kunjungan nifas KF1 – KF 3: ³²

1) Kunjungan nifas pertama (KF1)

KF1 adalah kunjungan nifas pada masa 6 jam sampai 3 hari setelah persalinannya, asuhannya:

- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi fundus dibawah umbilikus dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal.
 - b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal.
 - c) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup
 - d) Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi
 - e) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit³³
 - f) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
- 2) Kunjungan Nifas Kedua (KF2)
- KF2 adalah kunjungan nifas kurun waktu hari ke-4 sampai hari ke-28 setelah persalinan, asuhannya:
- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal.³⁴
 - b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal.
 - c) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup
 - d) Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi.
 - e) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
 - f) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari
- 3) Kujungan Nifas Ketiga (KF3)
- KF3 adalah kujungan nifas dalam kurun waktu hari ke- 29 sampai dengan hari ke- 42 setelah persalinan asuhannya:
- a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit –penyulit

- b) Memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.
- c) Periksa tanda-tanda vital (keadaan umum, fisik: perdarahan pervaginam, lokhea, kondisi perineum, tanda infeksi kontraksi uterus, tinggi fundus dan temperatur secara rutin, tekanan darah, nilai fungsi berkemih, fungsi cerna, penyembuhan luka, sakit kepala, rasa lelah, dan nyeri punggung)
- d) Tanyakan ibu mengenai suasana emosinya, bagaimana dukungan yang didapatkannya dari keluarga, pasangan, dan masyarakat untuk perawatan bayinya.

5. Keluarga Berencana

a. Definisi

Keluarga berencana (KB) merupakan usaha untuk mengukur jumlah anak dan jarak kelahiran anak yang diinginkan. Maka dari itu, pemerintah mencanangkan program atau cara untuk mencegah dan menunda kehamilan.³⁵

b. Tujuan KB

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.³⁶

Tujuan program KB lainnya yaitu untuk menurunkan angka kelahiran yang bermakna, untuk mencapai tujuan tersebut maka diadakan kebijakan yang dikategorikan dalam tiga fase (menunda, menjarangkan dan menghentikan) maksud dari kebijakan tersebut yaitu untuk menyelamatkan ibu dan anak akibat melahirkan pada usia muda, jarak kelahiran yang terlalu dekat dan melahirkan pada usia tua.

1) Fase Menunda

Fase Menunda Kehamilan Pasangan Usia Subur (PUS) dengan usia kurang dari 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilannya karena:

- a) Usia dibawah 20 tahun adalah usia yang sebaiknya tidak mempunyai anak dulu karena berbagai alasan
- b) Prioritas penggunaan kontrasepsi pil oral, karena peserta masih muda
- c) Penggunaan kondom kurang menguntungkan, karena pada pasangan muda frekuensi bersenggamanya relatif tinggi, sehingga kegagalannya juga tinggi.
- d) Penggunaan IUD mini bagi yang belum mempunyai anak pada masa ini dapat dianjurkan, terlebih bagi calon peserta dengan kontra indikasi terhadap pil.

Ciri kontrasepsi yang diperlukan Pada PUS dengan usia istri kurang dari 20 tahun ciri kontrasepsi yang sesuai adalah:

- a) Reversibilitas tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjadi 100 % karena pasangan belum mempunyai anak (KB yang disarankan adalah penggunaan pil)
- b) Efektifitas tinggi, karena kegagalan akan menyebabkan kehamilan dengan risiko tinggi dan kegagalan ini merupakan kegagalan program.

2) Fase Menjarangkan

Fase Menjarangkan Kehamilan Pada fase ini usia istri antara 20 – 30 / 35 tahun, merupakan periode usia yang paling baik untuk hamil dan melahirkan dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antar kelahiran 2-4 tahun yang dikenal sebagai catur warga. Alasan menjarangkan kehamilan adalah:

- a) Usia antara 20 – 30 tahun merupakan usia yang terbaik untuk hamil dan melahirkan
- b) Segera setelah anak pertama lahir, maka dianjurkan untuk memakai IUD sebagai pilihan utama.

Ciri – ciri Kontrasepsi yang Sesuai:

- a) Reversibilitas cukup tinggi karena peserta masih mengharapkan punya anak lagi

- b) Efektifitas cukup tinggi (KB yang disarankan adalah IUD)
- c) Dapat dipakai 2 sampai 4 tahun yaitu sesuai dengan jarak kehamilan anak yang direncanakan
- d) Tidak menghambat air susu ibu (ASI), karena ASI adalah makanan terbaik sampai anak usia 2 tahun dan akan mempengaruhi angka kesakitan dan kematian anak.

3) Fase Menghentikan

Fase Menghentikan Usia istri di atas 30 tahun, terutama di atas 35 tahun, sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah memiliki 2 orang anak. Alasan mengakhiri kesuburan adalah karena alasan medis dan alasan lainnya, ibu-ibu dengan usia di atas kesuburan setelah memiliki 2 orang anak. Alasan mengakhiri kesuburan adalah:

- a) Ibu-ibu dengan usia di atas 30 tahun dianjurkan untuk tidak hamil/tidak punya anak lagi
- b) Pilihan utama adalah kontrasepsi mantap
- c) Pil oral kurang dianjurkan karena usia ibu relatif tua dan mempunyai risiko kemungkinan timbulnya efek samping dan komplikasi.

Ciri – ciri kontrasepsi yang diperlukan:

- a) Efektifitas sangat tinggi. Kegagalan menyebabkan terjadinya kehamilan risiko tinggi bagi ibu dan bayi. Selain itu akseptor memang tidak mengharapkan punya anak lagi.
- b) Dapat dipakai dalam jangka panjang
Tidak menambah kelainan yang sudah ada. Pada usia tua, kelainan seperti penyakit jantung, darah tinggi, keganasan dan metabolik biasanya meningkat. Oleh karena itu sebaiknya tidak diberikan cara kontrasepsi yang menambah kelainan jantung.

c. Kontrasepsi

1) Definisi Kontrasepsi

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

2) Macam-macam Kontrasepsi

a) Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana terdiri dari 2 yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat dan metode kontrasepsi dengan alat. Metode kontrasepsi tanpa alat antara lain: Metode Amenorrhoe Laktasi (MAL), *Couitus Interruptus*, Metode Kalender, Metode Lendir Serviks, Metode Suhu Basal Badan, dan *Simptothermal* yaitu perpaduan antara suhu basal dan lendir servik. Sedangkan metode kontrasepsi sederhana dengan alat yaitu kondom, diafragma, cup serviks dan spermisida.^{26,27}

b) Metode Kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi 2 yaitu kombinasi (mengandung hormon progesteron dan estrogen sintetis) dan yang hanya berisi progesteron saja. Kontrasepsi hormonal kombinasi terdapat pada pil dan suntikan/injeksi. Sedangkan kontrasepsi hormone yang berisi progesteron terdapat pada pil, suntik dan *implant*.²⁷

c) Metode Kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Metode kontrasepsi ini secara garis besar dibagi menjadi 2 yaitu AKDR yang mengandung hormon sintetis (*sintetik progesteron*) dan yang tidak mengandung hormon. AKDR yang mengandung hormon *Progesterone* atau *Levonorgestrel* yaitu *Progestasert* (Alza-T dengan daya kerja 1 tahun, LNG-20 mengandung *Levonorgestrel*.²⁷

d) Metode Kontrasepsi Mantap

Metode kontrasepsi mantap terdiri dari 2 macam yaitu Metode Operatif Wanita (MOW) dan Metode Operatif Pria (MOP). MOW sering dikenal dengan *tubektomi* karena prinsip metode ini adalah memotong atau mengikat saluran *tuba/tuba falopii* sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma. Sedangkan MOP sering dikenal dengan nama *vasektomi*, *vasektomi* yaitu memotong atau mengikat saluran *vas deferens* sehingga cairan sperma tidak dapat keluar atau ejakulasi.²⁶

d. Kontrasepsi Suntikan

1) Pengertian

Kontrasepsi suntik adalah metode kontrasepsi yang diberikan secara intramuscular setiap tiga bulan yaitu metode yang dalam penggunaannya mempunyai efektifitas atau tingkat kelangsungan pemakai relatif lebih tinggi serta angka kegagalan relatif lebih rendah bila dibandingkan dengan alat kontrasepsi sederhana. KB suntik depo progestin terdiri atas dua jenis yaitu Depo Medroksi Progesteron Asetat (DMPA), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik Intra Muskuler (di daerah bokong), dan Depo Noretisteron Enontat (Depo Noristerat), yang mengandung 200 mg Noretindron Erontat, diberi setiap 2 bulan dengan cara disuntik Intra muskuler.²⁶

Menekan ovulasi, kadar progestin di dalam sirkulasi cukup tinggi sehingga kadar FSH (*Folicle Stimulating Hormone*) dan LH (*Luteinizing Hormone*) menurun dan tidak terjadi lonjakan LH. Pada keadaan normal terjadi puncak sekresi LH pada pertengahan siklus sehingga menyebabkan pelepasan ovum dari folikel. Sedangkan dengan kadar LH yang menurun maka tidak akan terjadi lonjakan folikel dan produksi sel telur akan berkurang sehingga menyebabkan tidak terjadinya pelepasan ovum dari folikel dan menyebabkan tidak terjadi ovulasi. Perubahan pada endometrium (atrofi) dan selaput rahim tipis, hormon progesteron mengganggu perubahan fisiologis

endometrium yaitu mengganggu kadar puncak FSH dan LH sehingga meskipun terjadi produksi progesteron yang berasal dari korpus luteum menyebabkan endometrium mengalami keadaan istirahat dan atrofi sehingga menyebabkan penghambatan dari implantasi.²⁶

2) Mekanisme Kerja

Kontrasepsi suntik depo progestin bekerja menghambat terjadinya pembuahan dengan cara menghalangi naiknya sperma ke dalam kavum uteri dengan membuat lender serviks menjadi kental sehingga sperma tidak mampu untuk menembus serviks dan pembuahan tidak akan terjadi. Menghambat transportasi gamet/ovum oleh tuba, kontrasepsi kontrasepsi suntik progestin menyebabkan perubahan peristaltik tuba fallopi sehingga pergerakan gamet dihambat dan konsepsi (pertemuan antara sel telur dan sperma) akan dihambat maka kemungkinan terjadinya perubahan kecil. Luteulisis Pemberian jangka panjang progesterone dapat menyebabkan fungsi luteum yang tidak adekuat pada siklus haid yang mempunyai ovulasi.²⁷

3) Keuntungan dan Kerugian

Keuntungan suntikan Depo Progestin yaitu sangat efektif, pencegahan kehamilan jangka panjang, tidak terpengaruh pada hubungan suami istri, tidak memiliki pengaruh terhadap ASI, sedikit efek samping, klien tidak perlu menyimpan obat suntik, dapat digunakan oleh perempuan usia lebih dari 35 tahun sampai perimenopause, membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik, mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul, menurunkan krisis anemia bulan sabit. Sedangkan kerugian/keterbatasan suntik depo progestin yaitu gangguan siklus haid, haid memendek atau memanjang, perdarahan yang banyak atau sedikit, spotting atau tidak haid sama sekali, tidak dapat

diberhentikan sewaktu-waktu, permasalahan berat badan efek yang paling sering, terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian, terjadi perubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka panjang, pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang (densitas), pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi, sakit kepala, nervositas, dan jerawat.²⁷

4) Kontraindikasi

Kontra indikasi dari suntikan depo progestin diantaranya yaitu hamil atau dicurigai hamil (resiko cacat pada janin 7 per 100.000 kelahiran), perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorhea, menderita penyakit kanker payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes melitus disertai komplikasi.²⁷

5) Waktu Mulai Menggunakan Kontrasepsi Suntikan

Setiap saat selama siklus haid, asal ibu tersebut tidak hamil, mulai hari pertama sampai hari ke tujuh siklus haid, ibu yang tidak haid, injeksi pertama dapat diberikan setiap saat, asalkan saja ibu tersebut tidak hamil, selama tujuh hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual. ibu yang telah menggunakan kontrasepsi hormonal (pil) dapat diberikan selama ibu tersebut tidak hamil, suntikan pertama dapat diberikan tanpa menunggu haid yang akan datang. Ibu menggunakan kontrasepsi jenis lain, jenis suntikan dan ingin menggantinya dengan jenis kontrasepsi suntikan 3 bulan, kontrasepsi suntikan yang akan diberikan dimulai pada saat jadwal kontrasepsi suntikan yang sebelumnya, ibu yang menggunakan kontrasepsi non hormonal dan ingin menggantinya dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama kontrasepsi hormonal dapat segera diberikan asal tidak hamil, bila ibu disuntik setelah hari ke tujuh haid, ibu tersebut selama tujuh hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual, ibu ingin mengganti AKDR

dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama diberikan pada hari pertama sampai hari ke tujuh siklus haid, atau dapat diberikan setiap saat setelah hari ke tujuh siklus haid, asal saja ibu yakin ibu tidak dalam kondisi hamil, ibu tidak hamil atau ibu dengan pendarahan tidak teratur, suntikan pertama dapat diberikan setiap saat, asal saja ibu tersebut tidak hamil, dan selama tujuh hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.²⁷

6) Cara Penggunaan Kontrasepsi Suntikan

- a) Kontrasepsi suntikan DMPA diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuscular di daerah bokong. Apabila suntikan diberikan terlalu dangkal, penyerapan kontrasepsi suntikan akan lambat dan tidak bekerja segera dan efektif. Suntikan diberikan setiap 90 hari atau injeksi diberikan setiap 12 minggu.
- b) Bersihkan kulit yang akan disuntik dengan kapas alkohol yang dibasahi oleh etil/isopropyl alkohol 60-90%, biarkan kulit kering sebelum disuntik. Setelah kulit kering baru disuntik,
- c) Kocok dengan baik, hindarkan terjadinya gelembung-gelembung udara. Kontrasepsi suntik tidak perlu didinginkan. Bila terdapat endapan putih pada dasar ampul, upayakan menghilangkannya dengan menghangatkannya.²⁷

7) Efek samping

Efek samping dari suntikan depo progestin yaitu gangguan haid seperti amenorhea yaitu tidak datang minimal 3 bulan berturut-turut yang dipengaruhi kandungan hormon progesteron dalam suntikan, yang menghambat terjadinya ovulasi, selanjutnya spotting yaitu bercak-bercak perdarahan diluar haid yang terjadi selama menggunakan kontrasepsi suntikan kemudian metrorrhagia yaitu perdarahan yang berlebihan jumlahnya.²⁷

Perubahan berat badan, biasanya berat badan bertambah atau turun beberapa kilogram dalam beberapa bulan setelah pemakaian suntik KB, sakit kepala rasa berputar atau sakit kepala yang terjadi pada satu sisi, kedua sisi atau keseluruhan dari bagian kepala. Insiden sakit kepala adalah sama pada DMPA maupun NET-EN dan terjadi pada kurang dari 1-17% akseptor disebabkan peningkatan hormon progesteron yang mempengaruhi peredaran darah (plasma) termasuk pembuluh darah yang menuju ke kepala (saraf) sehingga menyebabkan gangguan sakit kepala. Hematoma bengkak pada daerah suntikan dan berwarna kebiruan disertai rasa nyeri pada daerah suntikan akibat perdarahan dibawah kulit dan bisa juga akibat pemakaian spoit yang berulang atau kesalahan tehnik penyuntikan.²⁷