

## BAB II

### KASUS DAN TEORI

#### A. Kajian Kasus

##### 1. Asuhan kebidanan pada kehamilan

###### a. Kunjungan antenatal tanggal 26 Februari 2026

Pada tanggal 26 Februari 2026 pukul 09.00 WIB, Ny. Y.I usia 29 tahun G1P0Ab0Ah0 melakukan kunjungan antenatal trimester III di Poli KIA Puskesmas Godean pada usia kehamilan 35 minggu 2 hari. Usia kehamilan tersebut dihitung berdasarkan Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) tanggal 24 Juni 2025 dengan Hari Perkiraan Lahir (HPL) tanggal 31 Maret 2026. Ny. Y.I datang untuk melakukan pemeriksaan kehamilan ulang sesuai jadwal kontrol. Pada kunjungan ini ibu menyampaikan keluhan nyeri punggung terutama pada malam hari. Keluhan tersebut dirasakan mengganggu kenyamanan ibu saat beristirahat, namun ibu tidak mengeluhkan nyeri perut hebat, perdarahan pervaginam, maupun pengeluaran cairan dari jalan lahir.

Berdasarkan riwayat obstetri, kehamilan ini merupakan kehamilan pertama dan merupakan kehamilan yang direncanakan serta diinginkan oleh ibu dan keluarga. Ibu menikah satu kali pada usia 27 tahun dan telah menikah selama 1 tahun 1 bulan dengan suami saat ini. Riwayat menstruasi ibu dalam batas normal, menarche usia 12 tahun, siklus 28 hari, lama menstruasi 7 hari, dan jumlah darah menstruasi sekitar 3-4 kali ganti pembalut per hari. Selama kehamilan, ibu telah melakukan pemeriksaan antenatal sejak usia kehamilan 7 minggu 1 hari di Puskesmas Tasikmadu Karanganyar. Frekuensi kunjungan antenatal yaitu satu kali pada trimester I, tiga kali pada trimester II, dan dua kali pada trimester III sebelum kunjungan saat ini. Keluhan selama kehamilan meliputi mual muntah pada trimester I, kadang nyeri punggung pada trimester II, dan sering nyeri punggung pada trimester

III. Ibu mulai merasakan gerakan janin pertama kali pada usia kehamilan 18 minggu dan pada 12 jam terakhir gerakan janin dirasakan lebih dari 10 kali.

Pola pemenuhan kebutuhan dasar ibu selama kehamilan secara umum cukup baik. Pola nutrisi ibu menunjukkan frekuensi makan tiga kali sehari dengan jenis makanan berupa nasi, sayur, lauk, dan buah dalam jumlah satu piring setiap kali makan. Ibu minum air putih sekitar 12 gelas per hari dengan jumlah kurang lebih 200 cc setiap kali minum. Pada pola eliminasi, ibu BAB satu kali sehari dengan konsistensi padat sedikit lunak dan mulai mengeluh BAB agak keras, sedangkan BAK 10–12 kali sehari dengan warna jernih tanpa keluhan nyeri. Aktivitas sehari-hari ibu meliputi pekerjaan rumah tangga seperti menyapu, mengepel, mencuci, memasak, dan berjalan pagi. Ibu beristirahat dengan tidur siang 1-2 jam dan tidur malam 6-7 jam. Ibu juga menjaga kebersihan diri dengan mandi dua kali sehari, membersihkan genetalia dari arah depan ke belakang, serta mengganti pakaian dalam setelah mandi atau ketika terasa lembap.

Riwayat kesehatan ibu menunjukkan tidak terdapat riwayat penyakit sistemik seperti hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, stroke, tuberkulosis, asma, hepatitis, malaria, maupun gagal ginjal kronik. Ibu juga tidak memiliki riwayat alergi makanan, obat, maupun zat lain. Dari riwayat keluarga, tidak terdapat penyakit serius maupun riwayat keturunan kembar. Ibu tidak memiliki kebiasaan merokok, mengonsumsi minuman keras, minum jamu, maupun pantangan makanan tertentu. Secara psikologis, ibu menyatakan menerima kehamilan ini dengan baik, merasa senang, dan memperoleh dukungan dari suami serta keluarga. Ibu dan suami juga telah mempersiapkan kebutuhan persalinan, jaminan kesehatan, serta tabungan persalinan.

Hasil pemeriksaan umum menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran *compos mentis*. Tanda vital dalam batas normal, yaitu tekanan darah 112/75 mmHg, nadi 83 kali per menit, pernapasan

20 kali per menit, dan suhu 36,7°C. Pemeriksaan antropometri menunjukkan tinggi badan 168 cm, berat badan sebelum hamil 50 kg, berat badan saat pemeriksaan 59,7 kg, indeks massa tubuh sebelum hamil 18,2 kg/m<sup>2</sup>, dan Lingkar Lengan Atas (LILA) 23 cm. Berdasarkan LILA tersebut, ibu termasuk dalam kategori Kekurangan Energi Kronik (KEK). Kondisi ini menjadi salah satu faktor risiko yang perlu dipantau karena dapat memengaruhi kecukupan nutrisi ibu dan pertumbuhan janin.

Pemeriksaan fisik menunjukkan tidak terdapat edema pada wajah, konjungtiva merah muda, sklera putih, mukosa mulut lembap, serta tidak ditemukan pembesaran kelenjar tiroid maupun kelenjar limfe. Pada pemeriksaan mata diketahui ibu memiliki riwayat miopi, yaitu mata kanan minus 6 dan mata kiri minus 4. Kondisi miopi ini menjadi perhatian dalam perencanaan persalinan sehingga diperlukan evaluasi lebih lanjut oleh dokter spesialis mata untuk menilai keamanan persalinan pervaginam. Pemeriksaan payudara menunjukkan bentuk simetris, areola mengalami hiperpigmentasi, puting susu bersih dan menonjol, namun kolostrum belum keluar. Pada ekstremitas tidak terdapat edema maupun varises, refleks patela positif pada kedua kaki, dan kuku tampak bersih serta pendek.

Pemeriksaan obstetri menunjukkan abdomen tampak membesar sesuai usia kehamilan dan tidak terdapat bekas luka operasi. Pada palpasi Leopold, tinggi fundus uteri berada di pertengahan antara pusat dan prosesus xifoideus. Leopold I menunjukkan bagian lunak dan tidak melenting di fundus yang mengarah pada bokong janin. Leopold II menunjukkan bagian kecil janin pada perut sebelah kiri ibu dan bagian panjang rata pada perut sebelah kanan yang menunjukkan punggung janin berada di sebelah kanan. Leopold III menunjukkan bagian keras, bulat, dan melenting pada bagian bawah perut yang menunjukkan kepala sebagai bagian terbawah janin. Leopold IV menunjukkan bagian terbawah janin belum masuk pintu atas panggul dan masih dapat

digerakkan dari kanan ke kiri. TFU berdasarkan McDonald sebesar 28 cm dengan taksiran berat janin sekitar 2.325 gram. Denyut jantung janin terdengar di kuadran kanan bawah abdomen dengan frekuensi 126 kali per menit dan irama teratur.

Pemeriksaan penunjang laboratorium menunjukkan kadar hemoglobin 12,1 g/dL, protein urin negatif, dan reduksi urin negatif. Hasil tersebut menunjukkan tidak terdapat anemia, proteinuria, maupun glukosuria pada saat pemeriksaan. Dalam rangka antenatal komprehensif, ibu juga telah menjalani pemeriksaan oleh dokter umum berupa ultrasonografi. Hasil ultrasonografi oleh dokter umum menunjukkan janin tunggal hidup intrauterin dengan denyut jantung janin 140 kali per menit, biometri BPD 8,9 cm dan AC 28,7 cm sesuai usia kehamilan sekitar 33 minggu, estimasi berat janin  $\pm 2.366$  gram, plasenta berada di korpus uteri, serta posisi janin tampak melintang. Berdasarkan temuan ultrasonografi tersebut, terdapat kecurigaan posisi janin melintang sehingga diperlukan pemeriksaan lanjutan oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi untuk penegakan diagnosis posisi janin serta perencanaan persalinan yang tepat.

Selain pemeriksaan oleh dokter umum, pelayanan antenatal care juga melibatkan dokter gigi, ahli gizi, dan psikolog. Pemeriksaan dokter gigi menunjukkan kondisi gigi bersih serta tidak terdapat gigi berlubang maupun karies. Hasil konsultasi ahli gizi menunjukkan status gizi ibu termasuk KEK sehingga ibu diberikan edukasi mengenai pemenuhan nutrisi dengan diet Tinggi Kalori Tinggi Protein (TKTP), anjuran konsumsi cairan kurang lebih 2,5 liter per hari, serta konseling persiapan menyusui. Pemeriksaan psikologis menunjukkan skor EPDS 3 dan WAST 1, tidak ditemukan stresor, serta terdapat dukungan sosial yang baik. Ibu juga diberikan edukasi mengenai manajemen stres, persiapan psikologis menghadapi persalinan, serta informasi mengenai risiko *baby blues* dan *postpartum depression*.

Berdasarkan hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan obstetri, dan pemeriksaan penunjang, ditegakkan diagnosis Ny. Y.I usia 29 tahun G1P0Ab0Ah0 usia kehamilan 35 minggu 2 hari dengan KEK dan miopi, janin tunggal hidup intrauterin, keadaan umum ibu dan janin baik, serta terdapat kecurigaan letak lintang. Masalah utama yang dirasakan ibu adalah nyeri punggung terutama pada malam hari yang mengganggu kenyamanan istirahat. Kebutuhan ibu pada saat itu meliputi edukasi mengenai penatalaksanaan nyeri punggung trimester III, pemenuhan nutrisi TKTP untuk mengatasi KEK, pemantauan gerakan janin, tanda bahaya kehamilan trimester III, persiapan persalinan dan menyusui, serta pemeriksaan lanjutan terkait kondisi miopi dan evaluasi posisi janin.

Diagnosis potensial pada kasus ini adalah gangguan pertumbuhan janin seperti *fetal growth restriction* (FGR) dan bayi berat lahir rendah (BBLR) akibat KEK. Selain itu, apabila posisi janin melintang menetap hingga persalinan, kondisi tersebut dapat meningkatkan risiko malpresentasi dan tindakan operatif. Pada ibu dengan miopi tinggi, diperlukan evaluasi dokter spesialis mata untuk menentukan keamanan persalinan pervaginam. Oleh karena itu, kebutuhan tindakan segera meliputi asuhan mandiri berupa edukasi kesehatan, kolaborasi dengan tenaga kesehatan dalam pelayanan antenatal komprehensif kunjungan , serta rujukan ke Rumah Sakit Queen Latifa untuk pemeriksaan ultrasonografi oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi serta konsultasi dokter spesialis mata.

Penatalaksanaan yang diberikan pada kunjungan ini meliputi komunikasi terapeutik, pemberian informasi hasil pemeriksaan kepada ibu, edukasi mengenai ketidaknyamanan trimester III terutama nyeri punggung, anjuran mengurangi aktivitas berat, mempertahankan postur tubuh yang baik, menghindari berdiri terlalu lama, dan tidur miring ke kiri menggunakan penyangga bantal. Ibu juga diajarkan teknik relaksasi dan peregangan ringan untuk membantu mengurangi nyeri punggung.

Selain itu, ibu diberikan edukasi mengenai pemenuhan nutrisi dengan diet TKTP seperti telur, ikan, daging, susu, tahu, tempe, sayuran hijau, dan buah-buahan untuk membantu mengatasi KEK serta mendukung pertumbuhan janin. Ibu juga dianjurkan mengonsumsi cairan sekitar 2,5 liter per hari sesuai anjuran ahli gizi.

Ibu juga diberikan edukasi mengenai pemantauan gerakan janin minimal 10 kali dalam 12 jam sebagai upaya deteksi dini kesejahteraan janin, tanda bahaya trimester III seperti perdarahan pervaginam, nyeri kepala hebat, pandangan kabur, edema ekstremitas, demam, ketuban pecah dini, dan penurunan gerakan janin. Selain itu, ibu diberikan edukasi mengenai persiapan persalinan melalui Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), meliputi pemilihan tempat persalinan, transportasi, pendonor darah, perlengkapan ibu dan bayi, tabungan persalinan, serta dukungan keluarga. Ibu juga diberikan edukasi mengenai persiapan menyusui, termasuk perawatan payudara, ASI eksklusif, dan Inisiasi Menyusu Dini (IMD).

Sebagai tindak lanjut terhadap kecurigaan letak lintang berdasarkan ultrasonografi oleh dokter umum serta riwayat miopi tinggi pada ibu, dilakukan rujukan ke Rumah Sakit Queen Latifa. Rujukan tersebut bertujuan untuk pemeriksaan ultrasonografi oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi guna menegakkan diagnosis posisi janin serta konsultasi dengan dokter spesialis mata untuk menilai keamanan persalinan normal pada ibu dengan miopi tinggi. Ibu dan suami memahami tujuan rujukan dan bersedia melakukan pemeriksaan lanjutan. Ibu juga diberikan terapi berupa *Multiple Micronutrient Supplement* (MMS) dengan dosis 1 tablet per hari dan kalsium laktat 1 tablet per hari. Seluruh hasil pemeriksaan, analisis, dan penatalaksanaan kemudian didokumentasikan dalam rekam medis dan buku KIA sebagai bagian dari asuhan kebidanan berkesinambungan.

- b. Catatan perkembangan pada tanggal 26 Februari 2026 melalui *whatsapp*

Pada tanggal 26 Februari 2026 pukul 17.44 WIB dilakukan pengkajian melalui *whatsapp* sebagai tindak lanjut hasil rujukan pemeriksaan lanjutan di RS Queen Latifa. Berdasarkan hasil anamnesis, ibu mengatakan telah melakukan pemeriksaan oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi serta dokter spesialis mata. Ibu mengatakan hasil pemeriksaan dokter spesialis obstetri dan ginekologi menunjukkan kondisi janin dalam keadaan baik dan posisi janin sudah presentasi kepala. Selain itu, hasil pemeriksaan dokter spesialis mata menyatakan tidak terdapat kontraindikasi untuk persalinan normal. Ibu mengatakan gerakan janin aktif dan tidak terdapat keluhan nyeri perut, perdarahan pervaginam, maupun pengeluaran cairan dari jalan lahir.

Berdasarkan hasil pemeriksaan ultrasonografi oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi didapatkan janin tunggal hidup *intrauterin* dengan presentasi kepala, denyut jantung janin 140 kali per menit, BPD 8,91 cm, AC 29,70 cm, estimasi berat janin  $\pm 2503$  gram, air ketuban cukup, serta plasenta berada di korpus grade II-III. Hasil pemeriksaan dokter spesialis mata menunjukkan miopi tanpa kontraindikasi persalinan normal.

Berdasarkan hasil pengkajian dan pemeriksaan lanjutan, ditegaskan diagnosis Ny. Y.I usia 29 tahun G1P0Ab0Ah0 usia kehamilan 35 minggu 3 hari dengan KEK, miopi, janin tunggal hidup *intrauterin* presentasi kepala, dan keadaan umum ibu serta janin baik. Hasil pemeriksaan lanjutan menunjukkan bahwa posisi janin telah berubah menjadi presentasi kepala sehingga kecurigaan letak lintang pada pemeriksaan sebelumnya tidak ditemukan kembali. Selain itu, hasil konsultasi dokter spesialis mata menunjukkan ibu tetap dapat menjalani persalinan normal karena tidak ditemukan kontraindikasi terkait kondisi miopi yang dialami ibu.

Asuhan yang diberikan pada catatan perkembangan ini meliputi pemberian informasi kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan lanjutan bahwa kondisi ibu dan janin dalam keadaan baik, posisi janin presentasi kepala, serta tidak terdapat kontraindikasi persalinan normal berdasarkan hasil pemeriksaan dokter spesialis mata. Selain itu diberikan dukungan psikologis agar ibu tetap tenang dan lebih percaya diri dalam menghadapi persalinan. Ibu juga dianjurkan tetap memenuhi kebutuhan nutrisi selama kehamilan dengan diet Tinggi Kalori Tinggi Protein (TKTP), menjaga pola istirahat yang cukup, memantau gerakan janin, serta segera datang ke fasilitas kesehatan apabila muncul tanda bahaya kehamilan. Ibu dianjurkan melakukan kunjungan ulang sesuai jadwal untuk evaluasi kondisi ibu dan janin selanjutnya.

c. Catatan perkembangan tanggal 4 Maret 2026

Pada tanggal 4 Maret 2026 dilakukan kunjungan rumah untuk pemantauan kondisi ibu dan janin pada usia kehamilan 36 minggu 2 hari. Berdasarkan hasil anamnesis, ibu mengatakan keadaan saat ini baik dan tidak terdapat keluhan. Ibu mengatakan gerakan janin masih aktif dan tidak terdapat keluhan nyeri perut, perdarahan pervaginam, maupun pengeluaran cairan dari jalan lahir.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran *compos mentis*. Tanda vital dalam batas normal dengan tekanan darah 107/71 mmHg dan nadi 75 kali per menit. Pemeriksaan obstetri menunjukkan tinggi fundus uteri 31 cm dan denyut jantung janin 128 kali per menit dengan irama teratur serta terdengar jelas menggunakan doppler. Gerakan janin tampak aktif selama pemeriksaan berlangsung.

Berdasarkan hasil pemeriksaan tersebut ditegakkan diagnosis Ny. Y.I usia 29 tahun G1P0Ab0Ah0 usia kehamilan 36 minggu 2 hari dengan KEK dan keadaan umum ibu serta janin baik. Kondisi ibu dan janin pada pemeriksaan ini menunjukkan perkembangan yang baik

serta tidak ditemukan tanda bahaya kehamilan maupun gangguan kesejahteraan janin.

Asuhan yang diberikan meliputi pemberian informasi kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu dan janin dalam keadaan baik. Selain itu diberikan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) mengenai persiapan persalinan meliputi pemilihan tempat persalinan, transportasi, pendonor darah, perlengkapan ibu dan bayi, jaminan kesehatan, serta pendamping persalinan sebagai upaya kesiapsiagaan menghadapi persalinan dan komplikasi. Ibu mengatakan telah mempersiapkan kebutuhan persalinan bersama suami.

Selain persiapan persalinan, ibu juga diberikan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) mengenai pilihan kontrasepsi pascapersalinan terutama KB IUD pascaplasenta menggunakan media leaflet dan roda klop Kriteria Kelayakan Medis Kontrasepsi (KKMK). Edukasi meliputi cara kerja, efektivitas, keuntungan, keterbatasan, efek samping, serta waktu pemasangan kontrasepsi. Setelah diberikan konseling, ibu memahami informasi yang diberikan dan menyatakan tertarik menggunakan KB IUD pascaplasenta.

Ibu juga diberikan KIE mengenai tanda-tanda persalinan seperti kontraksi teratur yang semakin kuat dan sering, pengeluaran lendir bercampur darah, serta ketuban pecah agar ibu segera datang ke fasilitas kesehatan apabila tanda persalinan muncul. Selain itu diberikan edukasi mengenai pentingnya Inisiasi Menyusu Dini (IMD), ASI eksklusif. Pada kunjungan ini juga diberikan dukungan psikologis agar ibu lebih tenang dan percaya diri dalam menghadapi persalinan pertama. Ibu dianjurkan tetap memantau gerakan janin dan segera datang ke fasilitas kesehatan apabila muncul tanda bahaya kehamilan.

d. Catatan perkembangan tanggal 12 Maret 2026

Pada tanggal 12 Maret 2026 dilakukan kunjungan rumah untuk pemantauan kondisi ibu dan janin pada usia kehamilan 37 minggu 3 hari. Berdasarkan hasil anamnesis, ibu mengatakan keadaan saat ini

baik dan tidak terdapat keluhan yang mengganggu aktivitas sehari-hari. Ibu mengatakan gerakan janin masih aktif dirasakan dan tidak terdapat kontraksi teratur, perdarahan pervaginam, maupun pengeluaran cairan dari jalan lahir.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran *compos mentis*. Tanda vital dalam batas normal dengan tekanan darah 109/73 mmHg, nadi 82 kali per menit, suhu 36,5°C, dan pernapasan 20 kali per menit. Pemeriksaan obstetri menunjukkan tinggi fundus uteri 32 cm dengan presentasi kepala dan bagian terbawah janin belum masuk pintu atas panggul. Denyut jantung janin terdengar jelas dan teratur dengan frekuensi 136 kali per menit.

Berdasarkan hasil pemeriksaan tersebut ditegakkan diagnosis Ny. Y.I usia 29 tahun G1P0Ab0Ah0 usia kehamilan 37 minggu 3 hari dengan KEK, janin tunggal hidup presentasi kepala, dan keadaan umum ibu serta janin baik. Pada pemeriksaan ini tidak ditemukan tanda bahaya kehamilan maupun tanda persalinan. Kondisi ibu dan janin masih dalam keadaan stabil sehingga kehamilan dapat terus dipantau secara berkala melalui asuhan kebidanan berkesinambungan.

Asuhan yang diberikan meliputi pemberian informasi kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu dan janin dalam keadaan baik. Ibu dianjurkan tetap memenuhi kebutuhan nutrisi selama kehamilan terutama makanan tinggi kalori dan tinggi protein untuk membantu memenuhi kebutuhan energi menjelang persalinan. Selain itu ibu diingatkan untuk menjaga pola istirahat yang cukup, melakukan aktivitas ringan, serta tetap memantau gerakan janin setiap hari.

Pada kunjungan ini juga diberikan edukasi mengenai tanda bahaya kehamilan trimester III dan tanda-tanda persalinan seperti kontraksi yang semakin kuat dan teratur, pengeluaran lendir bercampur darah, serta ketuban pecah. Ibu dianjurkan segera datang ke fasilitas kesehatan apabila muncul tanda-tanda tersebut. Selain itu dilakukan penguatan

kesiapan persalinan dan dukungan psikologis agar ibu lebih siap menghadapi proses persalinan pertamanya.

e. Catatan perkembangan tanggal 18 Maret 2026

Pada tanggal 18 Maret 2026 dilakukan kunjungan rumah untuk pemantauan kondisi ibu dan janin pada usia kehamilan 38 minggu 2 hari. Berdasarkan hasil anamnesis, ibu mengatakan mulai merasakan kenceng-kenceng namun belum teratur dan masih dapat beraktivitas seperti biasa. Ibu mengatakan gerakan janin masih aktif dan tidak terdapat perdarahan pervaginam maupun pengeluaran cairan dari jalan lahir.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran *compos mentis*. Tanda vital dalam batas normal dengan tekanan darah 110/72 mmHg, nadi 80 kali per menit, suhu 36,6°C, dan frekuensi napas 20 kali per menit. Pemeriksaan obstetri menunjukkan tinggi fundus uteri 33 cm dengan presentasi kepala. Denyut jantung janin terdengar jelas dan teratur dengan frekuensi 140 kali per menit. Bagian terbawah janin sudah mulai masuk pintu atas panggul.

Berdasarkan hasil pemeriksaan tersebut ditegaskan diagnosis Ny. Y.I usia 29 tahun G1P0Ab0Ah0 usia kehamilan 38 minggu 2 hari dengan KEK, janin tunggal hidup presentasi kepala, dan keadaan umum ibu serta janin baik. Keluhan kenceng-kenceng yang dirasakan ibu mengarah pada kontraksi palsu (*Braxton Hicks*) karena belum teratur, belum semakin kuat, dan belum disertai tanda persalinan lainnya.

Asuhan yang diberikan meliputi pemberian informasi kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu dan janin dalam keadaan baik serta posisi janin tetap presentasi kepala. Ibu diberikan edukasi mengenai perbedaan kontraksi palsu dan kontraksi persalinan agar ibu mampu mengenali tanda persalinan yang sebenarnya. Selain itu ibu dianjurkan tetap memenuhi kebutuhan nutrisi, memperbanyak istirahat, dan mengurangi aktivitas berat menjelang persalinan.

Ibu juga diberikan penguatan kembali mengenai tanda-tanda persalinan seperti kontraksi teratur yang semakin kuat dan sering, pengeluaran lendir bercampur darah, serta ketuban pecah. Ibu dan keluarga dianjurkan segera datang ke fasilitas kesehatan apabila tanda persalinan muncul atau apabila terdapat penurunan gerakan janin maupun tanda bahaya kehamilan lainnya. Selain itu dilakukan evaluasi kesiapan persalinan dan dipastikan perlengkapan ibu serta bayi telah dipersiapkan dengan baik.

## 2. Asuhan kebidanan pada persalinan

Pada tanggal 23 Maret 2026 pukul 16.00 WIB dilakukan pengkajian serta pendampingan melalui *whatsapp* dan kunjungan pasca persalinan di RS Queen Latifa pada Ny. Y.I usia 29 tahun G1P0Ab0Ah0 usia kehamilan 39 minggu dengan KEK dan miopi. Berdasarkan hasil anamnesis, ibu mengatakan sejak beberapa hari sebelum persalinan mulai merasakan kencang-kencang yang hilang timbul. Pada tanggal 21 Maret 2026 ibu mengatakan keluar flek bercampur lendir. Selanjutnya pada tanggal 22 Maret 2026 pukul 19.00 WIB ibu mulai merasakan kontraksi yang semakin kuat, sering, dan teratur disertai pengeluaran lendir bercampur darah sehingga ibu datang ke UGD RS Queen Latifa karena nyeri perut bagian bawah yang hilang timbul dan semakin sering.

Berdasarkan informasi yang diterima ibu dari tenaga kesehatan, pada pukul 03.00 WIB pembukaan serviks telah lengkap dan ibu mulai dipimpin meneran. Bayi lahir spontan pada pukul 03.10 WIB dalam keadaan menangis kuat, bergerak aktif, dan warna kulit kemerahan. Bayi berjenis kelamin perempuan dengan berat badan lahir 3105 gram, panjang badan 49,5 cm, lingkar kepala 33 cm, serta nilai *Apgar Score* 8/9. Ibu mengatakan plasenta lahir spontan dan lengkap sekitar 10 menit setelah bayi lahir serta tidak terdapat perdarahan berlebihan. Selain itu, ibu mengatakan terdapat ruptur perineum derajat II dan telah dilakukan penjahitan oleh dokter. Setelah persalinan ibu juga telah dilakukan pemasangan alat kontrasepsi

IUD pasca plasenta sesuai pilihannya dan ibu mengatakan tidak terdapat keluhan setelah pemasangan.

Berdasarkan anamnesis dan dokumentasi pada buku KIA didapatkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran *compos mentis*. Hasil pemeriksaan tanda vital menunjukkan tekanan darah 112/70 mmHg, nadi 88 kali per menit, pernapasan 20 kali per menit, dan suhu tubuh 36,6°C. Tinggi fundus uteri 30 cm. Hasil palpasi Leopold menunjukkan pada Leopold I teraba bulat, lunak, kurang melenting pada fundus uteri dengan kesan bokong janin. Leopold II menunjukkan pada perut sebelah kiri teraba bagian-bagian kecil janin sedangkan pada perut sebelah kanan teraba panjang, datar, dan keras seperti papan yang menunjukkan punggung janin berada di sebelah kanan. Leopold III menunjukkan bagian terbawah janin teraba bulat, keras, melenting, dan sudah tidak dapat digoyangkan dengan kesan kepala janin. Pada Leopold IV kedua tangan pemeriksa divergen yang menunjukkan kepala janin telah masuk pintu atas panggul. Denyut jantung janin terdengar 138 kali per menit dengan irama teratur. Hasil pemeriksaan dalam di RS Queen Latifa pada pukul 03.00 WIB didapatkan pembukaan lengkap 10 cm.

Berdasarkan hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, dan dokumentasi persalinan ditegakkan diagnosis Ny. Y.I usia 29 tahun G1P0Ab0Ah0 usia kehamilan 39 minggu dengan janin tunggal hidup *intrauterin* presentasi kepala punggung kanan dalam persalinan kala II.

Asuhan yang diberikan berdasarkan dokumentasi di RS Queen Latifa meliputi pertolongan persalinan normal sesuai standar Asuhan Persalinan Normal (APN). Setelah bayi lahir dilakukan penilaian awal bayi baru lahir meliputi pernapasan, tonus otot, dan warna kulit dengan hasil bayi menangis kuat, bergerak aktif, dan warna kulit kemerahan. Selanjutnya dilakukan manajemen aktif kala III meliputi pemberian uterotonika, penegangan tali pusat terkendali, dan masase fundus uteri sehingga plasenta lahir spontan lengkap dan tidak terdapat perdarahan berlebihan.

Selain itu telah dilakukan pemasangan IUD pasca plasenta sesuai pilihan kontrasepsi ibu dan tidak terdapat keluhan setelah pemasangan. Pada ibu juga dilakukan penjahitan ruptur perineum derajat II dan tidak ditemukan perdarahan aktif setelah penjahitan. Berdasarkan dokumentasi tenaga kesehatan, selama kala IV dilakukan pemantauan kontraksi uterus, perdarahan, tanda vital, dan keadaan umum ibu dengan hasil keadaan umum ibu baik dan uterus berkontraksi baik.

Pada akhir asuhan, ibu dianjurkan melakukan kontrol ulang IUD 40 hari pasca pemasangan atau sewaktu-waktu apabila terdapat keluhan seperti nyeri, perdarahan, keputihan berbau, atau benang IUD tidak teraba. Kontrol ulang dapat dilakukan di praktik mandiri bidan maupun puskesmas. Seluruh hasil pengkajian dan asuhan yang telah diberikan kemudian didokumentasikan sebagai bagian dari asuhan kebidanan berkesinambungan.

### 3. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir/neonatus

Pada tanggal 23 Maret 2026 dilakukan pengkajian melalui wawancara dengan ibu dan kunjungan pasca persalinan di RS Queen Latifa pada Bayi Ny. Y.I usia 13 jam lahir cukup bulan, berat badan lahir cukup, dan sesuai masa kehamilan. Berdasarkan hasil anamnesis, ibu mengatakan bayi menyusu kuat, menangis kuat, bergerak aktif, serta sudah BAB dan BAK. Ibu juga mengatakan tidak terdapat keluhan pada bayi.

Berdasarkan hasil observasi tenaga kesehatan dan dokumentasi pada buku KIA didapatkan keadaan umum bayi baik dengan frekuensi jantung 136 kali per menit, frekuensi napas 44 kali per menit, dan suhu tubuh 36,7°C. Pemeriksaan antropometri menunjukkan berat badan lahir 3105 gram, panjang badan 49,5 cm, dan lingkar kepala 33 cm. Bayi tampak aktif, menangis kuat, tonus otot baik, warna kulit kemerahan, refleks hisap baik, tali pusat tampak bersih, serta tidak ditemukan tanda infeksi.

Berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik ditegakkan diagnosis Bayi Ny. Y.I usia 13 jam lahir cukup bulan, berat badan lahir cukup, sesuai masa kehamilan, dengan keadaan umum baik.

Asuhan yang diberikan meliputi pemberian informasi kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan bahwa keadaan umum bayi dalam kondisi baik. Selain itu diberikan edukasi mengenai pemberian ASI eksklusif secara *on demand* tanpa tambahan makanan maupun minuman lain guna mendukung kebutuhan nutrisi dan daya tahan tubuh bayi. Ibu juga diberikan edukasi mengenai cara menjaga kehangatan bayi dan perawatan tali pusat agar tetap bersih dan kering sebagai upaya pencegahan infeksi pada neonatus.

Selain itu diberikan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) mengenai tanda bahaya pada bayi baru lahir seperti bayi tidak mau menyusu, demam, hipotermia, sesak napas, kejang, maupun kuning sebelum usia 24 jam agar ibu segera membawa bayi ke fasilitas kesehatan apabila ditemukan tanda bahaya tersebut. Seluruh hasil pengkajian dan asuhan yang telah diberikan kemudian didokumentasikan sebagai bagian dari asuhan kebidanan berkesinambungan.

a. Catatan perkembangan pada tanggal 28 maret 2026

Pada tanggal 28 Maret 2026 dilakukan kunjungan rumah untuk pemantauan kondisi neonatus usia 5 hari. Berdasarkan hasil anamnesis, ibu mengatakan pada pagi hari bayi telah dibawa kontrol ke rumah sakit sesuai jadwal dan diperiksa oleh dokter spesialis anak. Ibu mengatakan bayi aktif dan menyusu kuat, namun bayi tidak selalu dibangunkan saat tidur untuk menyusu. BAB dan BAK bayi lancar. Ibu juga mengatakan dokter menganjurkan kontrol ulang dua minggu kemudian untuk pemantauan kondisi bayi. Selain itu, sebelum pulang dari rumah sakit pasca persalinan bayi telah dilakukan skrining Penyakit Jantung Bawaan Kritis (PJBK) dengan hasil normal dan telah dilakukan Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) oleh bidan.

Berdasarkan hasil pemeriksaan neonatus oleh dokter spesialis anak di RS Queen Latifa didapatkan keadaan umum bayi baik dan tampak aktif. Pemeriksaan antropometri menunjukkan berat badan 3100 gram dan panjang badan 50 cm dengan suhu tubuh 36,7°C. Pada pemeriksaan

fisik tampak kulit berwarna kuning pada wajah, dada, dan abdomen bagian atas serta sklera tampak ikterik. Tali pusat tampak kering tanpa kemerahan, perdarahan, maupun tanda infeksi. Refleks menghisap, moro, dan menggenggam dalam keadaan baik. Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan bilirubin total 13,98 mg/dL, bilirubin direk 0,42 mg/dL, dan bilirubin indirek 13,56 mg/dL.

Berdasarkan hasil pemeriksaan ditegakkan diagnosis Bayi Ny. Y.I usia 5 hari dengan ikterus neonatorum derajat III dalam pemantauan. Asuhan yang diberikan meliputi penjelasan kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan bahwa kondisi umum bayi baik namun masih terdapat ikterus derajat III sehingga diperlukan pemantauan lanjutan. Ibu dianjurkan menyusui bayi sesering mungkin minimal setiap 2–3 jam dan membangunkan bayi apabila tidur terlalu lama guna membantu pengeluaran bilirubin melalui BAB dan BAK. Selain itu diberikan edukasi mengenai tanda bahaya pada bayi seperti malas menyusu, demam, kejang, kuning bertambah luas, bayi tampak lemas, atau BAB dan BAK berkurang.

Ibu juga dianjurkan menjemur bayi pada pagi hari sebelum pukul 09.00 WIB selama  $\pm 10-15$  menit dengan melindungi mata dan alat kelamin bayi serta menjaga kebersihan dan kehangatan bayi selama perawatan di rumah. Selain itu dilakukan kolaborasi dengan dokter spesialis anak terkait pemantauan kadar bilirubin dan tindak lanjut pemeriksaan apabila diperlukan. Ibu dianjurkan melakukan kontrol nifas dan neonatus di puskesmas satu minggu kemudian serta kontrol ulang sesuai jadwal dokter spesialis anak atau sewaktu-waktu apabila kondisi bayi memburuk. Seluruh hasil pemeriksaan dan asuhan yang diberikan telah didokumentasikan sebagai bagian dari asuhan kebidanan berkesinambungan.

b. Catatan perkembangan tanggal 4 April 2026

Pada tanggal 4 April 2026 dilakukan kunjungan neonatus di Puskesmas Godean 1 pada Bayi Ny. Y.I usia 12 hari. Berdasarkan hasil

anamnesis, ibu mengatakan bayi menyusu kuat, BAB dan BAK lancar, serta tampak aktif. Ibu juga mengatakan warna kuning pada kulit bayi mulai berkurang dibandingkan sebelumnya, namun masih tampak pada bagian wajah dan mata bayi.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum bayi baik dan tampak aktif. Pemeriksaan tanda vital didapatkan nadi 122 kali per menit, respirasi 45 kali per menit, dan suhu tubuh 36,6°C. Pemeriksaan antropometri menunjukkan berat badan 3370 gram, panjang badan 52 cm, lingkar kepala 34 cm, dan lingkar lengan atas 14 cm. Pada pemeriksaan fisik tampak kulit sedikit kuning pada wajah dan sklera sedikit ikterik. Tali pusat sudah puput dan tidak ditemukan tanda infeksi pada area umbilikus. Refleks menghisap, moro, dan menggenggam dalam keadaan baik.

Berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan ditegakkan diagnosis Bayi Ny. Y.I usia 12 hari dengan ikterus neonatorum Kramer II. Hasil pemeriksaan menunjukkan kondisi bayi secara umum baik dengan peningkatan berat badan dan ikterus yang tampak mulai berkurang dibandingkan pemeriksaan sebelumnya, namun masih memerlukan pemantauan lanjutan.

Asuhan yang diberikan meliputi pemberian informasi kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan bahwa keadaan umum bayi baik, berat badan meningkat, dan ikterus pada bayi tampak berkurang dibandingkan sebelumnya. Ibu dianjurkan tetap memberikan ASI sesering mungkin minimal setiap 2-3 jam dan membangunkan bayi apabila tidur terlalu lama untuk membantu pengeluaran bilirubin melalui BAB dan BAK. Selain itu diberikan KIE mengenai tanda bahaya pada neonatus seperti bayi malas menyusu, demam, sesak napas, kejang, bayi tampak lemas, atau kuning bertambah luas.

Ibu juga dianjurkan menjaga kehangatan dan kebersihan bayi selama perawatan di rumah. Selain itu dilakukan kolaborasi dengan dokter umum terkait hasil pemeriksaan ikterus pada bayi dan kebutuhan

pemeriksaan lanjutan. Berdasarkan hasil kolaborasi, dokter umum menyarankan pemeriksaan lanjutan ke rumah sakit sehingga dibuatkan surat rujukan untuk evaluasi kadar bilirubin pada bayi. Ibu dianjurkan segera membawa bayi ke rumah sakit sesuai rujukan dan tetap melakukan kontrol neonatus sesuai jadwal maupun segera datang ke fasilitas kesehatan apabila bayi tampak semakin kuning, malas menyusu, demam, atau tampak lemas. Seluruh hasil pemeriksaan dan asuhan yang telah diberikan kemudian didokumentasikan sebagai bagian dari asuhan kebidanan berkesinambungan.

c. Catatan perkembangan tanggal 11 April 2026

Pada tanggal 11 April 2026 dilakukan kunjungan rumah untuk pemantauan kondisi neonatus pada Bayi Ny. Y.I usia 19 hari. Berdasarkan hasil anamnesis, ibu mengatakan setelah dibuatkan surat rujukan pada tanggal 4 April 2026, pada siang hari bayi langsung diperiksakan ke dokter spesialis anak. Ibu mengatakan dokter menyampaikan bahwa warna kuning pada bayi sudah mulai memudar dan dianjurkan kontrol ulang pada tanggal 23 April 2026. Ibu juga mengatakan keadaan umum bayi baik, bayi aktif, menyusu kuat, serta BAB dan BAK lancar.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum bayi baik dan tampak aktif. Pemeriksaan tanda vital didapatkan nadi 124 kali per menit, respirasi 44 kali per menit, dan suhu tubuh 36,5°C. Pada pemeriksaan fisik tampak kulit sedikit kuning pada wajah, namun sklera tidak ikterik. Refleks menghisap, moro, dan menggenggam dalam keadaan baik.

Berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan ditegakkan diagnosis Bayi Ny. Y.I usia 19 hari dengan ikterus neonatorum membaik. Hasil pemeriksaan menunjukkan kondisi bayi secara umum baik dan ikterus tampak berkurang dibandingkan pemeriksaan sebelumnya.

Asuhan yang diberikan meliputi pemberian informasi kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan bahwa keadaan umum bayi baik dan ikterus pada bayi tampak membaik dibandingkan pemeriksaan sebelumnya. Ibu dianjurkan tetap memberikan ASI eksklusif sesering mungkin sesuai kebutuhan bayi. Selain itu diberikan KIE mengenai tanda bahaya pada neonatus seperti demam, malas menyusu, sesak napas, atau bayi tampak lemas agar ibu segera membawa bayi ke fasilitas kesehatan apabila ditemukan tanda bahaya tersebut.

Pada kunjungan ini juga diberikan edukasi mengenai stimulasi tumbuh kembang bayi sesuai usia menggunakan alat *SDIDTK kit* meliputi stimulasi visual, pendengaran, sentuhan, dan komunikasi sederhana dengan bayi. Ibu dianjurkan melakukan stimulasi tumbuh kembang secara rutin di rumah untuk mendukung perkembangan bayi secara optimal. Selain itu ibu dianjurkan menjaga kebersihan dan kehangatan bayi serta melakukan kontrol ulang sesuai jadwal dokter spesialis anak pada tanggal 23 April 2026 atau sewaktu-waktu apabila terdapat keluhan. Seluruh hasil pemeriksaan dan asuhan yang telah diberikan kemudian didokumentasikan sebagai bagian dari asuhan kebidanan berkesinambungan.

d. Catatan perkembangan tanggal 15 April 2026

Pada tanggal 15 April 2026 dilakukan kunjungan rumah untuk pemantauan kondisi neonatus pada Bayi Ny. Y.I usia 23 hari. Berdasarkan hasil anamnesis, ibu mengatakan keadaan bayi saat ini baik, bayi menyusu kuat, BAB dan BAK lancar, serta tampak aktif. Ibu juga mengatakan warna kuning pada bayi sudah hampir tidak tampak.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum bayi baik dan tampak aktif. Pemeriksaan tanda vital didapatkan nadi 126 kali per menit, respirasi 42 kali per menit, dan suhu tubuh 36,6°C. Pada pemeriksaan fisik tampak kulit kemerahan, tidak tampak ikterik, serta refleks menghisap, moro, dan menggenggam dalam keadaan baik.

Berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan ditegakkan diagnosis Bayi Ny. Y.I usia 23 hari dengan keadaan umum baik. Kondisi bayi menunjukkan perkembangan yang baik dan ikterus sudah tidak tampak pada pemeriksaan saat ini.

Asuhan yang diberikan meliputi pemberian informasi kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan bahwa keadaan umum bayi baik, berat badan meningkat, dan ikterus sudah tidak tampak. Ibu dianjurkan tetap memberikan ASI eksklusif tanpa tambahan makanan maupun minuman lain sampai usia 6 bulan untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan bayi secara optimal. Selain itu diberikan edukasi mengenai stimulasi tumbuh kembang bayi sesuai usia seperti mengajak bayi berbicara, melakukan kontak mata, memberikan sentuhan, serta memberikan respons terhadap tangisan dan kebutuhan bayi guna mendukung perkembangan motorik, bahasa, dan sosial emosional bayi.

Pada kunjungan ini juga diberikan edukasi kepada ibu untuk tidak memberikan paparan layar atau *screen time* pada bayi usia kurang dari 2 tahun dan penggunaan gawai hanya diperbolehkan untuk *video call* dengan pendampingan orang tua sesuai rekomendasi WHO. Selain itu diberikan KIE mengenai tanda bahaya pada bayi seperti demam, malas menyusu, sesak napas, kejang, muntah berulang, atau bayi tampak lemas serta anjuran segera datang ke fasilitas kesehatan apabila ditemukan tanda bahaya tersebut.

Ibu dianjurkan tetap melakukan kontrol bayi secara rutin di fasilitas kesehatan sesuai jadwal imunisasi dan pemantauan tumbuh kembang bayi. Selain itu diberikan dukungan psikologis agar ibu tetap percaya diri dalam merawat dan memantau tumbuh kembang bayi di rumah. Ibu juga diberikan KIE mengenai pentingnya imunisasi dasar pada bayi, termasuk imunisasi BCG untuk membantu melindungi bayi dari tuberkulosis berat seperti TB milier dan meningitis TB. Dijelaskan bahwa imunisasi BCG umumnya diberikan sebelum usia 1 bulan dan

dapat dilakukan di puskesmas, posyandu, maupun fasilitas kesehatan lainnya setelah kondisi bayi dinyatakan sehat.

Selain itu diberikan edukasi mengenai pentingnya mengikuti kegiatan posyandu secara rutin setiap bulan untuk pemantauan pertumbuhan dan perkembangan bayi meliputi penimbangan berat badan, pengukuran panjang badan, imunisasi, pemberian vitamin A, skrining tumbuh kembang, serta edukasi kesehatan ibu dan anak. Seluruh hasil pemeriksaan dan asuhan yang telah diberikan kemudian didokumentasikan sebagai bagian dari asuhan kebidanan berkesinambungan.

#### 4. Asuhan kebidanan pada nifas

Pada tanggal 23 Maret 2026 pukul 16.00 WIB dilakukan kunjungan ke RS Queen Latifa untuk asuhan kebidanan masa nifas dan menyusui pada Ny. Y.I usia 29 tahun P1A0Ah1 postpartum spontan 13 jam. Berdasarkan hasil anamnesis, ibu mengatakan saat ini masih merasakan nyeri pada jahitan jalan lahir terutama saat bergerak dan duduk. Ibu mengatakan ASI sudah keluar dan bayi menyusu kuat. Ibu juga mengatakan telah diberikan terapi obat dari rumah sakit berupa antibiotik, obat anti nyeri, dan vitamin. Selain itu ibu mengatakan tidak terdapat keluhan lain seperti perdarahan banyak, demam, maupun pusing.

Berdasarkan hasil pemeriksaan terakhir oleh tenaga kesehatan di RS Queen Latifa didapatkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran *compos mentis*. Tanda vital dalam batas normal dengan tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 84 kali per menit, respirasi 20 kali per menit, suhu 36,7°C, dan berat badan 55 kg. Pemeriksaan fisik menunjukkan konjungtiva tidak pucat, payudara tidak bengkak, puting susu tidak lecet, dan ASI sudah keluar. Tinggi fundus uteri teraba 1 jari di bawah pusat dengan kontraksi uterus keras. Pengeluaran lochea rubra dalam batas normal. Luka jahitan perineum tampak mulai mengering dan tidak ditemukan tanda infeksi. Eliminasi BAK positif dan BAB belum.

Berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan ditegakkan diagnosis Ny. Y.I usia 29 tahun P1A0Ah1 postpartum spontan 13 jam normal.

Asuhan yang diberikan meliputi pemberian informasi kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan bahwa kondisi umum ibu baik dan proses involusi uterus berlangsung normal. Selain itu diberikan KIE mengenai perawatan luka perineum dengan menjaga kebersihan area genitalia, mengganti pembalut secara rutin, serta membersihkan genitalia menggunakan air bersih mengalir dari arah depan ke belakang untuk mencegah infeksi.

Ibu juga diberikan edukasi mengenai pemenuhan nutrisi selama masa nifas dengan konsumsi makanan tinggi protein, sayur, buah, dan cairan yang cukup guna membantu pemulihan tubuh, mempercepat penyembuhan luka, serta mendukung produksi ASI. Selain itu ibu dianjurkan memberikan ASI sesering mungkin sesuai kebutuhan bayi untuk mendukung keberhasilan ASI eksklusif.

Pada kunjungan ini juga diberikan KIE mengenai tanda bahaya masa nifas seperti perdarahan banyak, demam tinggi, nyeri hebat, pengeluaran cairan berbau dari jalan lahir, sakit kepala berat, maupun pandangan kabur. Selain itu diberikan edukasi mengenai tanda dan gejala *baby blues* maupun depresi postpartum serta pentingnya dukungan keluarga selama masa nifas. Ibu dianjurkan melakukan mobilisasi dini secara bertahap dan istirahat yang cukup untuk membantu pemulihan kondisi tubuh postpartum. Seluruh hasil pemeriksaan dan asuhan yang telah diberikan kemudian didokumentasikan sebagai bagian dari asuhan kebidanan berkesinambungan.

a. Catatan perkembangan tanggal 28 Maret 2026

Pada tanggal 28 Maret 2026 dilakukan kunjungan rumah pada Ny. Y.I usia 29 tahun P1A0Ah1 postpartum hari ke-5. Berdasarkan hasil anamnesis, ibu mengatakan keadaan saat ini baik. Ibu mengatakan nyeri pada luka jahitan sudah berkurang dibandingkan sebelumnya. ASI keluar lancar dan bayi menyusu kuat. Ibu juga mengatakan pengeluaran

darah nifas masih ada berwarna kecokelatan dengan jumlah sedikit serta tidak terdapat keluhan demam maupun perdarahan banyak.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran *compos mentis*. Tanda vital dalam batas normal dengan tekanan darah 118/76 mmHg, nadi 82 kali per menit, respirasi 20 kali per menit, dan suhu tubuh 36,5°C. Pemeriksaan fisik menunjukkan konjungtiva merah muda dan sklera putih. Payudara tidak bengkak, puting susu tidak lecet, dan ASI keluar lancar. Tinggi fundus uteri teraba pada pertengahan simfisis-pusat dengan kontraksi uterus baik. Pengeluaran lochea sanguinolenta dalam batas normal. Luka jahitan perineum tampak mulai mengering dan tidak ditemukan tanda infeksi. Pada ekstremitas tidak terdapat edema.

Berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan ditegakkan diagnosis Ny. Y.I usia 29 tahun P1A0Ah1 postpartum hari ke-5 normal.

Asuhan yang diberikan meliputi pemberian informasi kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan bahwa kondisi umum ibu baik dan proses involusi uterus berlangsung normal. Selain itu diberikan KIE mengenai pentingnya menjaga kebersihan diri terutama area genetalia dan luka jahitan perineum untuk mencegah infeksi. Ibu dianjurkan tetap mengonsumsi makanan bergizi seimbang tinggi protein dan cairan yang cukup guna membantu pemulihan tubuh dan mendukung produksi ASI.

Ibu juga dianjurkan tetap memberikan ASI eksklusif sesering mungkin sesuai kebutuhan bayi. Selain itu diberikan KIE mengenai tanda bahaya masa nifas seperti perdarahan banyak, demam, nyeri hebat, atau pengeluaran cairan berbau dari jalan lahir. Pada kunjungan ini juga diberikan dukungan psikologis agar ibu tetap tenang dan percaya diri dalam merawat bayi selama masa nifas. Ibu dianjurkan melakukan kontrol nifas dan neonatus secara rutin sesuai jadwal di fasilitas kesehatan. Seluruh hasil pemeriksaan dan asuhan yang telah diberikan kemudian didokumentasikan sebagai bagian dari asuhan kebidanan berkesinambungan.

b. Catatan perkembangan tanggal 4 April 2026

Pada tanggal 4 April 2026 dilakukan kunjungan nifas di Puskesmas Godean 1 pada Ny. Y.I usia 29 tahun P1A0Ah1 postpartum hari ke-12. Berdasarkan hasil anamnesis, ibu mengatakan keadaan saat ini baik dan tidak terdapat keluhan yang berarti. Ibu mengatakan nyeri pada luka jahitan sudah jauh berkurang dan tidak mengganggu aktivitas. Ibu juga mengatakan ASI keluar lancar dan bayi menyusu kuat. Pengeluaran darah nifas sudah sedikit dan berwarna kekuningan.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran *compos mentis*. Berat badan ibu 56,3 kg, tinggi badan 168 cm, tekanan darah 121/78 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, dan nadi 83 kali per menit. Pemeriksaan fisik menunjukkan konjungtiva merah muda dan sklera putih. Payudara tidak bengkak, puting susu tidak lecet, dan ASI keluar lancar. Tinggi fundus uteri sudah tidak teraba. Pengeluaran lochea serosa dalam batas normal. Luka jahitan perineum tampak mulai mengering dan tidak ditemukan tanda infeksi. Pada ekstremitas tidak terdapat edema. Berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan ditegakkan diagnosis Ny. Y.I usia 29 tahun P1A0Ah1 postpartum hari ke-12 normal.

Asuhan yang diberikan meliputi pemberian informasi kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan bahwa kondisi umum ibu baik dan proses involusi uterus berlangsung normal. Selain itu diberikan KIE mengenai pentingnya menjaga kebersihan diri terutama area genitalia dan luka jahitan perineum agar tetap bersih dan kering untuk mencegah infeksi. Ibu dianjurkan tetap mengonsumsi makanan bergizi seimbang tinggi protein dan cairan yang cukup guna membantu pemulihan tubuh dan mendukung produksi ASI.

Ibu juga dianjurkan tetap memberikan ASI eksklusif sesuai kebutuhan bayi tanpa tambahan makanan maupun minuman lain sampai usia 6 bulan. Selain itu diberikan KIE mengenai tanda bahaya masa nifas seperti perdarahan banyak, demam, nyeri hebat, atau

pengeluaran cairan berbau dari jalan lahir. Pada kunjungan ini juga diberikan dukungan psikologis agar ibu tetap percaya diri dalam merawat bayi dan menjalani masa nifas. Ibu dianjurkan tetap melakukan kontrol nifas, KB, dan kesehatan bayi secara rutin sesuai jadwal di fasilitas kesehatan. Seluruh hasil pemeriksaan dan asuhan yang telah diberikan kemudian didokumentasikan sebagai bagian dari asuhan kebidanan berkesinambungan.

c. Catatan Perkembangan Tanggal 11 April 2026

Pada tanggal 11 April 2026 dilakukan kunjungan rumah pada Ny. Y.I usia 29 tahun P1A0Ah1 postpartum hari ke-19. Berdasarkan hasil anamnesis, ibu mengatakan keadaan saat ini baik dan tidak terdapat keluhan. Ibu mengatakan pengeluaran darah nifas sudah hampir tidak ada. Ibu juga mengatakan ASI keluar lancar dan bayi menyusu kuat. Selain itu ibu mengatakan sudah mulai dapat beraktivitas seperti biasa dan merasa lebih percaya diri dalam merawat bayi.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran *compos mentis*. Tanda vital dalam batas normal dengan tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80 kali per menit, respirasi 20 kali per menit, dan suhu tubuh 36°C. Pemeriksaan fisik menunjukkan konjungtiva merah muda dan sklera putih. Payudara tidak bengkak, puting susu tidak lecet, dan ASI keluar lancar. Tinggi fundus uteri sudah tidak teraba. Pengeluaran lochea alba sedikit dalam batas normal. Luka jahitan perineum tampak kering dan tidak ditemukan tanda infeksi. Pada ekstremitas tidak terdapat edema maupun varises. Berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan ditegakkan diagnosis Ny. Y.I usia 29 tahun P1A0Ah1 postpartum hari ke-19 normal.

Asuhan yang diberikan meliputi pemberian informasi kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan bahwa kondisi umum ibu baik dan proses involusi uterus berlangsung normal. Ibu dianjurkan tetap memberikan ASI eksklusif tanpa tambahan makanan maupun minuman lain sampai usia bayi 6 bulan untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan

bayi secara optimal. Selain itu diberikan edukasi mengenai pentingnya pemenuhan nutrisi seimbang, istirahat yang cukup, dan konsumsi cairan guna membantu pemulihan kondisi tubuh serta mendukung produksi ASI.

Pada kunjungan ini juga diberikan KIE mengenai *personal hygiene* dan perawatan payudara selama masa menyusui untuk membantu kenyamanan ibu dan mencegah bendungan ASI maupun infeksi. Selain itu diberikan edukasi mengenai tanda bahaya masa nifas seperti perdarahan banyak, demam, nyeri hebat, atau pengeluaran cairan berbau dari jalan lahir serta anjuran segera datang ke fasilitas kesehatan apabila terdapat keluhan. Ibu juga diberikan edukasi mengenai pentingnya dukungan keluarga, manajemen stres, dan waktu istirahat untuk menjaga kesehatan fisik dan psikologis selama masa nifas dan menyusui.

Ibu dianjurkan tetap melakukan kontrol nifas, KB, dan kesehatan bayi secara rutin di fasilitas kesehatan sesuai jadwal. Selain itu diberikan dukungan psikologis agar ibu tetap percaya diri dalam menjalani peran sebagai ibu dan merawat bayinya di rumah. Seluruh hasil pemeriksaan dan asuhan yang telah diberikan kemudian didokumentasikan sebagai bagian dari asuhan kebidanan berkesinambungan.

#### 5. Asuhan kebidanan pada Keluarga Berencana (KB)

Pada tanggal 14 April 2026 dilakukan kunjungan rumah pada Ny. Y.I usia 29 tahun P1Ab0Ah1 akseptor lama KB IUD. Berdasarkan hasil anamnesis, ibu mengatakan telah menggunakan KB IUD sejak tanggal 23 Maret 2026. Ibu mengatakan sudah merencanakan penggunaan kontrasepsi sejak masa kehamilan sebagai upaya mengatur jarak kehamilan. Saat ini ibu tidak merasakan keluhan apapun terkait penggunaan KB IUD, hanya sempat merasakan kram setelah pemasangan. Ibu juga mengatakan telah mendapatkan informasi dari bidan rumah sakit bahwa kontrol ulang

dilakukan 40 hari setelah persalinan dan dapat dilakukan di bidan maupun puskesmas.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran *compos mentis*. Tanda vital dalam batas normal dengan tekanan darah 110/65 mmHg, nadi 80 kali per menit, respirasi 22 kali per menit, dan suhu tubuh 36°C. Pemeriksaan mata menunjukkan sklera putih dan konjungtiva merah muda. Pemeriksaan payudara dan abdomen dalam batas normal. Pada area perineum tidak ditemukan tanda infeksi. Pemeriksaan genitalia tidak dilakukan. Pada ekstremitas tidak ditemukan edema maupun varises. Secara psikologis ibu tampak tenang dan memberikan respons yang baik selama pemeriksaan.

Berdasarkan hasil anamnesis dan pemeriksaan ditegakkan diagnosis Ny. Y.I usia 29 tahun P1Ab0Ah1 dengan akseptor lama KB IUD.

Asuhan yang diberikan meliputi pemberian informasi kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan bahwa kondisi umum ibu dalam keadaan baik dan tidak terdapat keluhan terkait penggunaan KB IUD pasca plasenta. Selain itu diberikan KIE mengenai masa efektif penggunaan KB IUD pasca plasenta yaitu hingga 8 tahun serta kelebihan KB IUD sebagai kontrasepsi jangka panjang yang efektif, aman untuk ibu menyusui, dan dapat dilepas sewaktu-waktu apabila ibu merencanakan kehamilan kembali.

Ibu juga diberikan edukasi mengenai cara pemeriksaan benang IUD secara mandiri di rumah dengan mencuci tangan terlebih dahulu kemudian meraba benang IUD secara perlahan pada area serviks. Ibu dianjurkan segera datang ke fasilitas kesehatan apabila benang IUD tidak teraba, terasa lebih panjang atau lebih pendek, maupun muncul keluhan lain. Selain itu diberikan KIE mengenai efek samping yang dapat terjadi pada penggunaan KB IUD seperti nyeri perut ringan, menstruasi lebih banyak atau lebih lama, serta *spotting* terutama pada awal penggunaan.

Pada kunjungan ini juga diberikan edukasi mengenai tanda bahaya penggunaan KB IUD seperti nyeri perut hebat, perdarahan banyak, demam, keputihan berbau, atau benang IUD tidak teraba serta anjuran segera datang

ke fasilitas kesehatan apabila ditemukan keluhan tersebut. Selain itu diberikan edukasi bahwa hubungan suami istri dapat dilakukan kembali apabila ibu sudah merasa nyaman secara fisik dan psikologis serta perdarahan nifas telah berkurang.

Ibu juga diberikan KIE mengenai pentingnya menjaga asupan nutrisi seimbang terutama makanan tinggi zat besi dan cairan yang cukup untuk membantu pemulihan tubuh serta mencegah anemia selama penggunaan IUD. Selain itu diberikan edukasi mengenai *personal hygiene* dengan menjaga kebersihan area genitalia, mengganti pakaian dalam secara rutin, dan menghindari penggunaan sabun pembersih berparfume pada areaewanitaan untuk mencegah infeksi.

Pada akhir kunjungan, ibu dianjurkan melakukan kontrol ulang IUD 40 hari pasca pemasangan serta kontrol rutin setiap 6 bulan sekali atau sewaktu-waktu apabila terdapat keluhan. Seluruh hasil pemeriksaan dan asuhan yang telah diberikan kemudian didokumentasikan sebagai bagian dari asuhan kebidanan berkesinambungan.

## **B. Kajian Teori**

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

*Continuity of care* merupakan suatu konsep yang menekankan pentingnya kesinambungan dalam pemberian pelayanan kesehatan sejak hamil hingga pasca melahirkan, dengan tujuan untuk meningkatkan kemandirian keluarga dalam mencegah komplikasi kehamilan.<sup>7</sup> Kemenkes RI menyatakan bahwa Asuhan Kebidanan Berkelanjutan terdiri dari Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual diselenggarakan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara menyeluruh terpadu dan berkesinambungan. *Continuity of care* yang dilakukan oleh bidan pada umumnya berorientasi untuk meningkatkan kesinambungan pelayanan dalam suatu periode.

*Continuity of care* memiliki 3 jenis pelayanan yaitu manajemen, informasi dan hubungan. Kesenambungan manajemen melibatkan komunikasi antar perempuan dan bidan. Kesenambungan informasi menyangkut ketersediaan waktu yang relevan. Kedua hal tersebut penting untuk mengatur dan memberikan pelayanan kebidanan.<sup>8</sup> Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan dari bidan hampir delapan kali lipat lebih besar untuk melakukan persalinan di bidan yang sama. Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan oleh bidan melaporkan kepuasan lebih tinggi terkait informasi, saran, penjelasan, tempat persalinan, persiapan persalinan, pilihan untuk menghilangkan rasa sakit dan pengawasan oleh bidan. Penelitian di Denmark memiliki kesamaan hasil penelitian bahwa dengan *Continuity of care* mendapatkan pengalaman yang membaik, mengurangi morbiditas maternal, mengurangi penggunaan intervensi pada saat persalinan, meningkatkan jumlah persalinan normal dibandingkan dengan perempuan yang merencanakan persalinan dengan tindakan. Hasil yang signifikan secara *continuity of care* secara *women center* meliputi dukungan, partisipasi dalam pengambilan keputusan, perhatian terhadap psikologis, kebutuhan dan harapan pada saat akan melahirkan, informasi dan menghargai perempuan.<sup>9</sup>

## 2. Kehamilan

Kehamilan adalah kondisi tertanamnya hasil konsepsi yang terletak di rahim atau di bagian tubuh lainnya. Kehamilan berakhir melalui aborsi atau persalinan spontan atau elektif. Selama masa ini, tubuh ibu mengalami perubahan besar yang melibatkan semua sistem organ untuk mendukung pertumbuhan janin. Semua penyedia layanan kesehatan harus menyadari perubahan yang terjadi selama kehamilan agar dapat memberikan perawatan terbaik bagi ibu dan janin.<sup>10</sup>

Kehamilan biasanya berlangsung sekitar 40 minggu, atau lebih dari 9 bulan, dihitung dari periode menstruasi terakhir hingga melahirkan. Penyedia layanan kesehatan merujuk pada tiga segmen kehamilan, yang disebut trimester. Trimester pertama dimulai sejak terjadinya pembuahan,

ketika sel sperma membuahi sel telur dan membentuk zigot yang kemudian menempel pada dinding rahim dan berkembang menjadi janin serta plasenta. Memasuki trimester kedua, janin mengalami pertumbuhan yang signifikan, ditandai dengan mulai terbentuknya ciri fisik seperti sidik jari, gerakan janin yang mulai terasa oleh ibu, serta peningkatan kelangsungan hidup bila terjadi kelahiran prematur di akhir fase ini. Pada trimester ketiga, organ-organ vital seperti paru-paru, otak, dan hati terus menyempurna, dan kelahiran pada usia 39 hingga 40 minggu dianggap paling ideal karena memberikan peluang terbaik bagi bayi untuk lahir dalam kondisi sehat dan optimal.<sup>11</sup>

a. Perubahan anatomi dan fisiologis

1) Sistem reproduksi

a) Uterus

Selama kehamilan, rahim mengalami perubahan besar untuk mendukung pertumbuhan janin, termasuk pembesaran ukuran dan penyesuaian struktur. Hormon seperti estrogen dan progesteron berperan penting dalam merangsang pertumbuhan dan menjaga kondisi rahim tetap rileks agar tidak berkontraksi. Ukuran rahim meningkat dari 70 gram menjadi sekitar 1100 gram, dengan kapasitas volume naik dari 10 mL menjadi 5 liter, dan proses pemanjangan rahim berlangsung paling cepat antara minggu ke-20 hingga ke-32, sebelum akhirnya kembali ke ukuran semula beberapa minggu setelah melahirkan.<sup>10</sup>

Tabel 1. TFU Sesuai Usia Kehamilan

Tinggi Fundus Uteri	Usia Kehamilan
1/3 di atas simfisis	12 minggu
½ di atas simfisis – pusat	16 minggu
2/3 di atas simfisis	20 minggu
Setinggi pusat	22 minggu
1/3 di atas pusat	28 minggu
½ pusat –prosesus xifoideus	34 minggu
Setinggi prosesus xifoideus	36 minggu

Dalam memantau tumbuh kembang janin dengan mengukur Tinggi Fundus Uteri (TFU) dalam satuan sentimeter (cm) dengan alat pengukur metlin bahwa TFU sama dengan  $\pm 2$  cm dari usia kehamilan saat itu.<sup>12</sup>

b) Vagina dan Vulva

Akibat peningkatan hormon estrogen, vagina dan vulva mengalami hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva berwarna tampak lebih cerah, agak kebiruan (livide).<sup>12</sup>

2) Mammae

Mammae akan membesar, tegang, memiliki unsur laktogenik, dan memengaruhi sejumlah perubahan metabolik akibat adanya hormon somatomotropin korionik (human placental lactogen atau HPL). Progesteron dan estrogen juga menstimulasi melanosit sehingga puting dan areola mammae primer menjadi gelap. Pada kehamilan 12 minggu ke atas keluar cairan berwarna putih agak jernih dari puting yang disebut kolostrum.<sup>9</sup>

3) Sistem muskuloskeletal

Pergeseran pusat gravitasi yang terjadi selama kehamilan mengakibatkan peningkatan lordosis pada punggung bawah dan fleksi pada leher. Pergeseran postur ini dapat menyebabkan ketegangan pada punggung bawah yang semakin parah seiring dengan perkembangan kehamilan. Terjadi peningkatan mobilitas dan pelebaran sendi sakroiliaka dan simfisis pubis, serta kelonggaran sendi pada tulang belakang lumbar. Sindrom terowongan karpal merupakan kejadian umum selama kehamilan akibat kompresi saraf medianus. Peningkatan kadar estrogen menyebabkan spider angiomata dan palmar erythema. Peningkatan hormon perangsang melanosit dan hormon steroid menyebabkan hiperpigmentasi pada wajah, puting susu, perineum, garis perut, dan pusar.<sup>13</sup>

4) Trakus urinaria

Pada akhir kehamilan, akan terjadi poliuria akibat kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul menekan kandung kemih dan disebabkan oleh adanya peningkatan sirkulasi darah di ginjal pada kehamilan, sehingga filtrasi di glomerulus juga meningkat.<sup>14</sup>

5) Sistem metabolisme

Selama kehamilan, plasenta menghasilkan hormon laktogen plasenta manusia (hPL) yang berperan dalam menyediakan nutrisi bagi janin, meningkatkan pemecahan lemak untuk energi ibu, serta menurunkan sensitivitas insulin sehingga menciptakan kondisi diabetogenik ringan. Kadar kolesterol dan trigliserida meningkat, terutama kolesterol LDL dan trigliserida, yang penting untuk produksi hormon plasenta dan penyediaan energi, sedangkan kolesterol HDL naik pada awal kehamilan dan menurun di trimester akhir. Selain itu, kebutuhan nutrisi ibu juga meningkat, termasuk protein, zat besi, kalsium, dan vitamin, dengan penyerapan kalsium usus yang meningkat untuk memenuhi kebutuhan janin tanpa mengganggu kadar kalsium dalam darah ibu.<sup>13</sup>

Selain untuk menyeimbangkan pengeluaran energi, kebutuhan energi total selama kehamilan juga mencakup simpanan energi untuk pertumbuhan janin dan akumulasi lemak tubuh ibu. Kenaikan berat badan yang sehat selama kehamilan bervariasi tergantung pada indeks massa tubuh (IMT) sebelum hamil. Berdasarkan penelitian, rekomendasi kenaikan berat badan selama kehamilan berbanding terbalik dengan IMT sebelum kehamilan, di mana wanita dengan IMT lebih rendah disarankan mengalami kenaikan berat badan lebih besar dibandingkan wanita dengan BMI lebih tinggi.

Tabel 2. Rekomendasi Penambahan Berat Badan Selama Kehamilan<sup>15</sup>

Kategori	IMT	Rekomendasi kenaikan BB(kg)
Rendah	< 18,5	12,5 – 18
Normal	18,5 – 24,9	11,5 – 16

Kategori	IMT	Rekomendasi kenaikan BB(kg)
Tinggi	25,0 – 29,9	7 – 11,5
Obesitas	≥ 30	5 – 9
Gemelli		16– 20,5

## 6) Sistem integumen

Pigmentasi kulit dipengaruhi oleh meningkatnya *melanophore stimulating hormone (MSH)* yang dikeluarkan oleh hipofisis anterior. Deposit pigmen ini dapat terjadi pada muka yang disebut kloasma gravidarum, areola mammae, linea alba, linea nigra dan pada perut seperti retak-retak yang disebut striae livide.<sup>12</sup>

### a. Faktor risiko

Faktor risiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan risiko/bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan atau bayinya.<sup>16</sup>

#### 1) Pengertian faktor risiko

Faktor risiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan risiko/bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan/ bayinya. Skrining kehamilan dilakukan dengan menggunakan skor Poedji Rohjati. Skor Poedji Rochjati dalam buku Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil merupakan cara untuk mendeteksi dini kehamilan berisiko. Skor Poedji Rochjati berfungsi sebagai alat komunikasi untuk edukasi kepada ibu hamil, suami maupun keluarga untuk kebutuhan pertolongan mendadak ataupun rujukan terencana dan sebagai alat pengingat bagi petugas kesehatan.<sup>17</sup>

#### 2) Kelompok faktor risiko

Faktor risiko pada ibu hamil dikelompokkan dalam 3 kelompok, berdasarkan kapan ditemukannya, cara pengenalan

dan sifat/tingkat risikonya. Kelompok faktor risiko dikelompokkan sebagai berikut.<sup>17</sup>

a) Kelompok I

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

Tabel 3. Faktor Risiko yang Terdapat dalam Kelompok I<sup>17</sup>

No	Faktor Risiko (FR I)	Batasan Kondisi Ibu
1	Primi Muda	Terlalu muda, hamil pertama $\leq 16$ tahun
2	Primi Tua	a. Terlalu tua, hamil pertama umur $\geq 35$ tahun b. Terlalu lambat hamil, setelah kawin $\geq 4$ tahun
3	Primi Tua Sekunder	Terlalu lama punya anak lagi, terkecil $\geq 10$ tahun
4	Anak Terkecil $< 2$ tahun	Terlalu cepat punya anak lagi, terkecil $\geq 2$ tahun
5	Grande Multi	Terlalu banyak punya anak, 4 atau lebih
6	Umur $> 35$ tahun	Terlalu tua, hamil umur 35 tahun atau lebih
7	Tinggi Badan $< 145$ cm	Terlalu pendek dengan ibu hamil pertama; hamil kedua atau lebih, tetapi belum pernah melahirkan normal/spontan dengan bayi cukup bulan dan hidup
8	Pernah gagal kehamilan	a. Hamil kedua, pertama gagal b. Hamil ketiga/lebih mengalami gagal (abortus, lahir mati) 2 kali
9	Pernah melahirkan dengan:	a. Pernah melahirkan dengan tarikan tang/vakum b. Pernah uri dikeluarkan oleh penolong dari dalam rahim c. Pernah diinfus/transfusi pada perdarahan pasca persalinan
10	Pernah Operasi Sesar	Pernah melahirkan bayi dengan operasi sesar sebelum kehamilan ini

b) Kelompok II

Ada Gawat Obstetrik/AGO, ada 8 faktor risiko yaitu tanda bahaya pada kehamilan, ada keluhan tetapi tidak darurat.

Tabel 4. Faktor Risiko yang Terdapat dalam Kelompok II<sup>17</sup>

No	Faktor Risiko (FR II)	Batasan Kondisi Ibu
1	Penyakit ibu hamil	
	Anemia	Pucat, lemas badan, lekas, berkunang-kunang, lelah, lesu, mata
	Malaria	Panas tinggi, mengigil keluar keringat, sakit kepala
	Tuberkulosa paru	Batuk lama tidak sembuh-sembuh, batuk darah, badan lemah, lesu dan kurus
	Payah jantung	Sesak nafas, jantung berdebar-debar, kaki bengkak
	Kencing manis	Diketahui diagnosa dokter dengan pemeriksaan laboratorium
	PMS, dll	Diketahui diagnosa dokter dengan pemeriksaan laboratorium
2	Preeklamsia ringan	Bengkak tungkai dan tekanan darah tinggi
3	Hamil kembar/gemeli	Perut ibu sangat besar, gerak anak terasa dibanyak tempat
4	Hamil kembar air/Hidramnion	Perut ibu sangat membesar, gerak anak kurang terasa karena air ketuban terlalu banyak, biasanya anak kecil
5	Hamil lebih bulan/hamil serotinus	Ibu hamil 9 bulan dan lebih 2 minggu belum melahirkan
6	Janin mati di dalam rahim	Ibu hamil tidak merasakan gerakan anak lagi, perut mengecil
7	Presentasi sungsang	Rasa berat menunjukkan letak dari kepala janin di atas perut; kepala bayi ada di atas dalam rahim
8	Latak lintang	Rasa berat menunjukkan letak kepala janin di samping perut; kepala bayi dalam rahim terletak di sebelah kanan atau kiri.

c) Kelompok III

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

Tabel 5. Faktor Risiko yang Terdapat dalam Kelompok III<sup>17</sup>

No	Faktor Risiko (FR II)	Batasan Kondisi Ibu
1	Perdarahan sebelum bayi lahir	Mengelurkan darah pada waktu hamil, sebelum

		melahirkan bayi
2	Pereklampsia berat	Pada hamil 6 bulan lebih; sakit kepala/pusing, bengkak tungkai/wajah, tekanan darah tinggi, pemeriksaan urine ada albumin
3	Eklampsia	Ditambah dengan terjadi kejang-kejang

### 3. Kekurangan Energi Kronik (KEK) pada Kehamilan

Kekurangan Energi Kronik (KEK) merupakan kondisi kekurangan asupan energi dan protein yang berlangsung dalam waktu lama pada wanita usia subur maupun ibu hamil sehingga menyebabkan ketidakseimbangan antara kebutuhan dan asupan zat gizi. Pada ibu hamil, KEK masih menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat yang berkontribusi terhadap tingginya angka kesakitan dan kematian ibu serta bayi. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menyebutkan bahwa ibu hamil dikategorikan mengalami KEK apabila memiliki ukuran Lingkar Lengan Atas (LILA) <23,5 cm.<sup>18</sup>

World Health Organization (WHO) menjelaskan bahwa status gizi ibu selama kehamilan memiliki pengaruh besar terhadap kesehatan maternal dan pertumbuhan janin. Ibu hamil dengan status gizi kurang berisiko mengalami berbagai komplikasi selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Selain itu, kondisi gizi ibu yang tidak optimal juga dapat memengaruhi pertumbuhan janin sejak dalam kandungan dan meningkatkan risiko gangguan kesehatan jangka panjang pada anak.<sup>19</sup>

Di Indonesia, KEK pada ibu hamil masih menjadi perhatian dalam program kesehatan maternal karena berkaitan dengan tingginya risiko bayi berat lahir rendah (*low birth weight*), prematuritas, hingga stunting. Dinas Kesehatan juga menekankan pentingnya deteksi dini KEK melalui pelayanan antenatal terpadu di puskesmas dan posyandu sebagai bagian dari upaya pencegahan masalah gizi maternal dan stunting pada anak.

Faktor yang memengaruhi terjadinya KEK pada ibu hamil meliputi faktor biologis, sosial, ekonomi, dan perilaku kesehatan. Beberapa faktor risiko KEK pada ibu hamil antara lain:

- a. Asupan nutrisi yang tidak adekuat.
- b. Tingkat pendidikan dan pengetahuan ibu yang rendah.
- c. Kondisi sosial ekonomi keluarga.
- d. Penyakit infeksi dan anemia.
- e. Jarak kehamilan yang terlalu dekat.
- f. Kurangnya pemanfaatan pelayanan antenatal.
- g. Usia ibu terlalu muda atau terlalu tua.
- h. Beban kerja yang tinggi selama kehamilan.<sup>20,21</sup>

Penelitian Wati menunjukkan bahwa faktor sosial ekonomi, tingkat pendidikan, dan pola konsumsi ibu berhubungan dengan kejadian *chronic energy deficiency* (CED) pada ibu hamil di Indonesia.<sup>20</sup> Selain itu, Mukkadas juga menyebutkan bahwa pengetahuan ibu dan keteraturan pemeriksaan kehamilan memengaruhi risiko terjadinya KEK selama kehamilan.<sup>21</sup>

KEK pada ibu hamil dapat menimbulkan dampak terhadap ibu maupun janin. Dampak terhadap ibu meliputi:

- a. Anemia pada kehamilan.
- b. Mudah lelah dan penurunan daya tahan tubuh.
- c. Risiko infeksi meningkat.
- d. Partus lama.
- e. Perdarahan postpartum.
- f. Gangguan produksi ASI.<sup>18,22</sup>
- g. Sementara dampak terhadap janin dan bayi meliputi:
- h. Gangguan pertumbuhan janin (*intrauterine growth restriction*).
- i. Bayi berat lahir rendah (BBLR).
- j. Prematuritas.
- k. Asfiksia neonatorum.
- l. Peningkatan risiko stunting.

m. Gangguan tumbuh kembang anak.<sup>19,23</sup>

Indarti dalam penelitiannya menjelaskan bahwa ibu hamil dengan KEK memiliki risiko lebih tinggi mengalami luaran maternal dan neonatal yang kurang baik dibandingkan ibu dengan status gizi normal.<sup>22</sup> Selain itu, penelitian Rosita dkk menunjukkan adanya hubungan antara KEK dan pola makan ibu dengan kejadian stunting pada anak.<sup>23</sup>

Penatalaksanaan KEK pada ibu hamil dilakukan melalui pelayanan antenatal terpadu yang meliputi pemantauan status gizi, edukasi nutrisi, pemantauan kenaikan berat badan, serta pemberian suplementasi sesuai kebutuhan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia merekomendasikan pemantauan status gizi ibu hamil menggunakan pengukuran LILA dan berat badan secara berkala selama pelayanan antenatal.<sup>18</sup> Upaya penatalaksanaan KEK pada ibu hamil meliputi:

- a. Konseling gizi seimbang selama kehamilan.
- b. Konsumsi makanan tinggi energi dan protein.
- c. Pemberian tablet tambah darah dan asam folat.
- d. Pemberian *Multiple Micronutrient Supplement* (MMS).
- e. Pemantauan kenaikan berat badan ibu hamil.
- f. Penanganan penyakit penyerta seperti anemia dan infeksi.
- g. Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan janin secara berkala.<sup>18,24</sup>

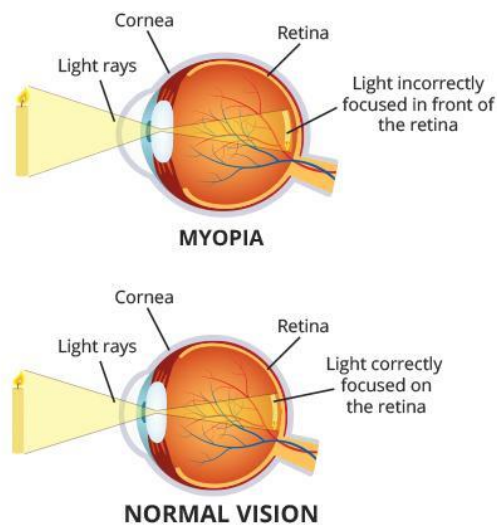
WHO juga memperbarui rekomendasi intervensi nutrisi pada ibu hamil melalui pemberian *Multiple Micronutrient Supplement* (MMS) yang mengandung berbagai vitamin dan mineral penting sebagai alternatif suplementasi zat besi dan asam folat tunggal pada populasi dengan risiko malnutrisi tinggi. Pemberian MMS selama kehamilan diketahui dapat membantu menurunkan risiko bayi berat lahir rendah (*low birth weight*), bayi kecil masa kehamilan (*small for gestational age*), serta meningkatkan luaran kehamilan dan neonatal.<sup>24</sup>

Dengan demikian, deteksi dini dan penatalaksanaan KEK pada ibu hamil sangat penting dilakukan melalui pelayanan antenatal terpadu guna

mencegah komplikasi maternal maupun neonatal serta mendukung tercapainya kehamilan dan persalinan yang sehat.

#### 4. Miopi pada kehamilan

Miopi merupakan kelainan refraksi yang terjadi ketika bayangan jatuh di depan retina sehingga objek jauh tampak kabur. Miopi dibedakan menjadi miopi ringan, sedang, dan tinggi berdasarkan derajat refraksi mata. Menurut *National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine* miopi menjadi salah satu gangguan refraksi yang prevalensinya terus meningkat secara global dan dapat menimbulkan komplikasi pada retina terutama pada miopi derajat tinggi.<sup>25</sup>



*Gambar 1. Perbedaan mata normal (emmetropia) dan miopi*

Selama kehamilan dapat terjadi perubahan fisiologis pada mata akibat pengaruh hormonal dan perubahan retensi cairan tubuh. Perubahan tersebut dapat memengaruhi ketebalan kornea, sensitivitas kornea, tekanan intraokular, hingga perubahan refraksi sementara pada ibu hamil. Sebagian besar perubahan tersebut bersifat sementara dan akan membaik setelah persalinan.<sup>26</sup>

Pada miopi derajat tinggi, terdapat risiko komplikasi retina seperti degenerasi retina, robekan retina, hingga ablasi retina. Oleh karena itu, ibu

hamil dengan miopi terutama miopi tinggi memerlukan pemantauan kondisi retina selama kehamilan melalui pemeriksaan oftalmologis. Moneta-Wielgos menjelaskan bahwa pemeriksaan retina pada ibu hamil dengan miopi penting dilakukan untuk menilai kondisi fundus dan menentukan keamanan proses persalinan.<sup>27</sup>

Selama bertahun-tahun miopi tinggi sering dianggap sebagai indikasi tindakan seksio sesarea karena adanya kekhawatiran bahwa proses meneran saat persalinan dapat meningkatkan tekanan intraokular dan memicu ablasi retina. Namun, evidence terbaru menunjukkan bahwa miopi tanpa komplikasi retina bukan merupakan kontraindikasi persalinan pervaginam. Penelitian Sapuła-Grabowska menunjukkan adanya perubahan praktik klinis terkait MENGENAI METODE persalinan pada wanita miopi dan peningkatan penggunaan persalinan pervaginam pada pasien tanpa kelainan retina berat.<sup>6</sup>

Hal serupa juga dijelaskan oleh Sumual dalam *narrative review* mengenai miopi derajat tinggi dan persalinan pervaginam.<sup>28</sup> Penelitian tersebut menyebutkan bahwa miopi tinggi tanpa komplikasi oftalmologis tidak secara mutlak memerlukan tindakan seksio sesarea dan keputusan metode persalinan sebaiknya dilakukan berdasarkan evaluasi kondisi retina serta indikasi obstetri yang menyertai.

Meskipun demikian, beberapa kondisi oftalmologis tetap memerlukan perhatian khusus selama kehamilan dan persalinan, seperti ablasi retina aktif, riwayat ablasi retina berulang, perdarahan retina, maupun degenerasi retina berat. Adler menyebutkan bahwa metode persalinan tidak secara signifikan memengaruhi kekambuhan *rhegmatogenous retinal detachment* pada sebagian besar pasien, namun evaluasi individual tetap diperlukan.<sup>29</sup> Selain itu, Bitton melaporkan kasus perdarahan subretinal makula postpartum pada pasien dengan miopi tinggi sehingga pemantauan kondisi mata pada pasien risiko tinggi tetap penting dilakukan.<sup>30</sup>

Keputusan mengenai metode persalinan pada ibu hamil dengan gangguan mata sebaiknya dilakukan secara kolaboratif antara dokter

spesialis obstetri dan ginekologi dengan dokter spesialis mata. Mohammadi menjelaskan bahwa masih terdapat variasi pendapat di antara tenaga kesehatan terkait pilihan metode persalinan pada pasien dengan penyakit mata sehingga pemeriksaan oftalmologis dan pertimbangan klinis individual sangat diperlukan.<sup>31</sup>

Dengan demikian, miopi bukan merupakan indikasi absolut tindakan seksio sesarea. Penentuan metode persalinan pada ibu hamil dengan miopi harus mempertimbangkan kondisi retina, derajat miopi, hasil pemeriksaan dokter mata, serta kondisi obstetri ibu secara menyeluruh.

## 5. Persalinan

Definisi persalinan normal menurut WHO adalah persalinan yang dimulai secara spontan, berisiko rendah pada awal persalinan, dan tetap demikian selama proses persalinan. Bayi dilahirkan secara spontan dalam presentasi belakang kepala pada usia kehamilan antara 37 minggu sampai dengan 24 minggu lengkap. Setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam kondisi sehat.<sup>32</sup>

Definisi persalinan menurut Helen Varney adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan aterm (bukan Prematur atau postmatur), mempunyai onset yang spontan (tidak diinduksi), tidak lebih dari 24 jam sejak saat awitanya (bukan partus presipitatus atau partus lama), mempunyai janin (tunggal) dengan presentasi vertex (puncak kepala) dan oksiput pada bagian anterior pelvis, terlaksana tanpa bantuan artificial (seperti Forceps), tidak mencakup komplikasi (seperti perdarahan hebat), dan mencakup kelahiran plasenta yang normal.<sup>32</sup>

Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir kemudian berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau bukan jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai

adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) kemudian berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum masuk tahap inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks.<sup>32</sup>

a. Macam-macam persalinan

1) Berdasarkan caranya persalinan dapat dibedakan menjadi dua, yaitu:

a) Persalinan normal

Adalah proses kelahiran bayi yang terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (lebih dari 37 minggu) tanpa adanya penyulit, yaitu dengan tenaga ibu sendiri tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai bayi dan ibu. Partus spontan umumnya berlangsung 24 jam.

b) Persalinan abnormal

Persalinan pervaginam dengan bantuan alat-alat atau melalui dinding perut dengan operasi caesar.

2) Berdasarkan proses berlangsungnya persalinan dapat dibedakan menjadi tiga, yaitu:

a) Persalinan Spontan

Bila persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri atau melalui jalan lahir ibu tersebut.

b) Persalinan Buatan

Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar, misalnya ekstraksi forceps atau dilakukan operasi section caesar.

c) Persalinan Anjuran

Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya, tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban karena pemberian prostaglandin.

3) Berdasarkan lama kehamilan dan berat janin dibagi menjadi enam, yaitu:

a) Abortus

Pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan, berat janin < 500 gram dan umur kehamilan < 20 minggu.

b) Immaturus

Pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu sampai dengan 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500 - 999 gram.

c) Prematurus

Persalinan pada usia kehamilan 28 minggu sampai dengan 36 minggu dengan berat janin kurang dari 1000 - 2499 gram.

d) Aterem

Persalinan anantara usia kehamilan 37 minggu sampai dengan 42 minggu dengan berat janin di atas 2500 gram.

e) Serotinus/Postmatur

Persalinan yang melampaui usia kehamilan 42 minggu dan pada janin terdapat tanda-tanda postmatur.

f) Presipitatus

Persalinan berlangsung kurang dari 3 jam.

b. Sebab-sebab terjadinya persalinan

1) Teori penurunan kadar hormon progesteron

Hormon progesteron merupakan hormon yang mengakibatkan relaksasi pada otot-otot rahim, sedangkan hormon estrogen meningkatkan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan, terdapat keseimbangan antara progesterone dan estrogen di dalam darah. Progesteron menghambat kontraksi selama kehamilan sehingga mencegah ekspulsi fetus.<sup>32</sup>

Sebaliknya, estrogen mempunyai kecenderungan meningkatkan derajat kontraktilitas uterus. Baik progesteron maupun estrogen disekresikan dalam jumlah yang secara progresif makin bertambah

selama kehamilan. Namun saat kehamilan mulai masuk usia 7 bulan dan seterusnya, sekresi estrogen terus meningkat, sedangkan sekresi progesterone tetap konstan atau mungkin sedikit menurun sehingga terjadi kontraksi brakton hicks saat akhir kehamilan yang selanjutnya bertindak sebagai kontraksi persalinan.<sup>32</sup>

2) Teori oksitosin

Menjelang persalinan terjadi peningkatan reseptor oksitosin dalam otot rahim sehingga mudah terangsang saat disuntikkan oksitosin dan menimbulkan kontraksi, diduga bahwa oksitosin dapat menimbulkan pembentukan prostaglandin dan persalinan dapat berlangsung.<sup>32</sup>

3) Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh deciduas menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi, baik dalam air ketuban maupun darah perifer ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan.<sup>32</sup>

4) Teori Plasenta Menjadi Tua

Plasenta yang menjadi tua seiring bertambahnya usia kehamilan menyebabkan kadar estrogen dan progesteron turun. Hal ini juga mengakibatkan kejang pada pembuluh darah sehingga akan menimbulkan kontraksi.<sup>32</sup>

5) Distensi Rahim

Seperti halnya kandung kemih yang bila dindingnya meregang karena isinya, demikian pula dengan rahim. Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan maka otot-otot rahim akan semakin meregang. Rahim yang membesar dan meregang menyebabkan iskemi otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenter kemudian timbullah kontraksi.<sup>32</sup>

#### 6) Teori Iritasi Mekanik

Dibelakang serviks terletak ganglion servikale (Fleksus Franker Hauser). Bila ganglion ini digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin maka akan timbul kontraksi. <sup>32</sup>

#### 7) Pengaruh Janin

Hypofise dan kelenjar suprarenal janin juga memegang peranan dalam terjadinya persalinan pada janin anancepalus kehamilan lebih lama dari biasanya. <sup>32</sup>

### c. Tahapan-tahapan persalinan

#### 1) Kala I

Kala I disebut juga dengan kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0 sampai dengan pembukaan lengkap (10 cm). Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga pasien masih dapat berjalan-jalan. <sup>32</sup> Proses pembukaan serviks sebagai akibat his dibedakan menjadi dua fase, yaitu:

##### a) Fase laten

Berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai dengan pembukaan mencapai ukuran diameter 3 cm.

##### b) Fase aktif

##### (1) Fase akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

##### (2) Fase dilatasi maksimal

Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm sampai dengan 9 cm.

##### (3) Fase dilatasi

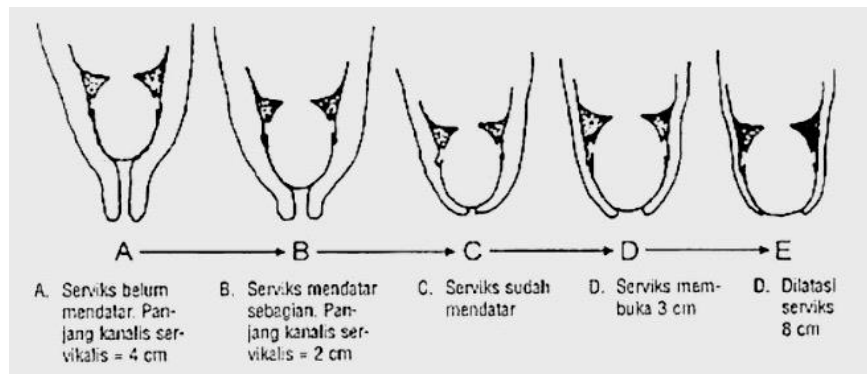
Pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan berubah menjadi pembukaan lengkap. Di dalam fase aktif ini, frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap, biasanya terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih. Biasanya dari pembukaan 4 cm hingga

mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi kecepatan rata-rata yaitu 1 cm per jam untuk primigravida dan 2 cm untuk multigravida. Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida begitu pula pada multigravida, tetapi pada fase laten, fase aktif, dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Mekanisme pembukaan serviks berbeda antara primi atau multigravida.<sup>32</sup>

Pada primigravida, OUI membuka lebih dulu sehingga serviks akan mendatar dan menipis, baru kemudian OUE membuka, pada multigravida OUI dan OUE akan mengalami penipisan dan pendataran yang bersamaan. Kala I selesai apabila pembukaan serviks sudah lengkap. Pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 12 jam, sedangkan pada multigravida kira - kira 7 jam.<sup>32</sup>



Gambar 1. Dilatasi Serviks



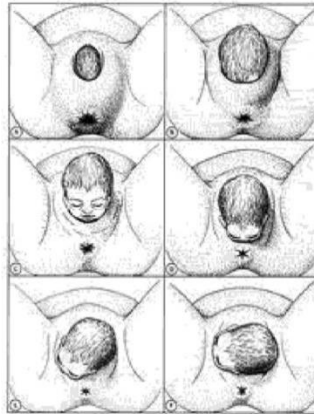
Gambar 2. Mekanisme Pembukaan Serviks

## 2) Kala II

Kala II disebut juga dengan kala pengeluaran, kala ini dimulai dari pembukaan lengkap (10cm) sampai bayi lahir.<sup>32</sup> Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida, gejala utama dari kala II adalah: His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50 sampai 100 detik.

- a) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- b) Ketuban pecah pada pembukaan merupakan pendeteksi lengkap diikuti keinginan mengejan karena fleksus frankenhauser tertekan.
- c) Kedua kekuatan, his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga kepala bayi membuka pintu, subocciput bertindak sebagai hipomoglion berturut-turut lahir dari dahi, muka, dagu yang melewati perineum.
- d) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
- e) Setelah putar paksi luar berlangsung maka persalinan bayi ditolong dengan jalan:
  - (1) Kepala dipegang pada oksiput dan di bawah dagu, ditarik curam ke bawah untuk melahirkan bahu belakang.
  - (2) Setelah kedua bahu lahir, ketiak diikat untuk melahirkan sisa badan bayi.

(3) Bayi kemudian lahir diikuti oleh air ketuban.



Gambar 2. Kala II Persalinan

3) Kala III

Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Melalui kelahiran bayi, plasenta sudah mulai terlepas pada lapisan Nitabisch karena sifat retraksi otot rahim. Dimulai segera setelah bayi lahir sampai plasenta lahir, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, jika lebih maka harus diberi penanganan lebih atau dirujuk.<sup>32</sup> Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda:

- a) Uterus menjadi bundar.
- b) Uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.
- c) Tali pusat bertambah panjang.
- d) Terjadi perdarahan.

Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara crede pada fundus uteri. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir. Lepasnya plasenta secara Schultze, biasanya tidak ada pendarahan sebelum plasenta lahir dan banyak mengeluarkan darah setelah plasenta lahir, sedangkan cara Duncan yaitu plasenta lepas dari pinggir, biasanya darah mengalir keluar antara selaput ketuban.<sup>32</sup>

#### 4) Kala IV

Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena pendarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama.

Observasi yang dilakukan adalah:

- a) Tingkat kesadaran penderita.
- b) Pemeriksaan tanda-tanda vital, tekanan darah, nadi, dan pernapasan.
- c) Kontraksi uterus.
- d) Terjadi pendarahan.

#### d. Tujuan asuhan persalinan

Tujuan asuhan persalinan adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya. Hal ini dilakukan melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap, serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal.<sup>32</sup>

Fokus utama asuhan persalinan normal telah mengalami pergeseran paradigma. Dahulu fokus utamanya adalah menunggu dan menangani komplikasi, namun sekarang fokus utamanya adalah mencegah terjadinya komplikasi selama persalinan dan setelah bayi lahir. Fokus tersebut adalah untuk mengurangi kesakitan dan kematian ibu serta bayi baru lahir.<sup>32</sup>

Perubahan paradigma ini diakui dapat membawa perbaikan kesehatan ibu di Indonesia. Penyesuaian tersebut sangat penting dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir karena sebagian besar persalinan di Indonesia masih terjadi pada tingkat primer yang tingkat keterampilan dan pengetahuannya belum memadai. Deteksi dini dan pencegahan komplikasi dapat dimanfaatkan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir. Jika semua tenaga penolong persalinan dilatih agar mampu mencegah atau mendeteksi dini komplikasi yang mungkin terjadi, menerapkan asuhan persalinan secara tepat guna dan waktu, baik sebelum atau sesaat

masalah terjadi, serta segera melakukan rujukan saat kondisi ibu masih optimal maka para ibu dan bayi baru lahir akan terhindar dari ancaman kesakitan dan kematian. Selain hal tersebut, tujuan lain dari asuhan persalinan antara lain:

- 1) Meningkatkan sikap positif terhadap keramahan dan keamanan dalam memberikan pelayanan persalinan normal dan penanganan awal penyulit beserta rujukannya.
- 2) Memberikan pengetahuan dan keterampilan pelayanan persalinan normal dan penanganan awal penyulit beserta rujukan yang berkualitas dan sesuai dengan prosedur standar.
- 3) Mengidentifikasi praktik-praktik terbaik bagi penatalaksanaan persalinan dan kelahiran, yang berupa:
  - a) Penolong yang terampil,
  - b) Kesiapan menghadapi persalinan, kelahiran, dan kemungkinan komplikasinya,
  - c) Partograf,
  - d) Episiotomy yang terbatas hanya pada indikasi, dan
  - e) Mengidentifikasi tindakan-tindakan yang merugikan dengan maksud menghilangkan tindakan tersebut.

e. Tanda - Tanda Persalinan

- 1) Tanda bahwa persalinan sudah dekat

- a) *Lightening*

Menjelang minggu ke-36, tanda pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh kontraksi Barkton Hiks, ketegangan dinding perut, ketegangan ligamentum rotundum, dan gaya berat janin di mana kepala ke arah bawah. Masuknya bayi ke pintu atas panggul menyebabkan ibu merasakan:<sup>32</sup>

- (1) Ringan di bagian atas dan rasa sesaknya berkurang.
- (2) Bagian bawah perut ibu terasa penuh dan mengganjal.
- (3) Terjadinya kesulitan saat berjalan.

(4) Sering kencing.

b) Terjadinya his permulaan

Makin tua kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesterone juga makin berkurang sehingga produksi oksitosin meningkat, dengan demikian dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering. His permulaan ini lebih sering distilahkan sebagai his palsu. Sifat his palsu, antara lain:<sup>32</sup>

(1) Rasa nyeri ringan di bagian bawah.

(2) Datangnya tidak teratur.

(3) Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan.

(4) Durasinya pendek.

(5) Tidak bertambah bila beraktivitas.

2) Tanda-tanda timbulnya persalinan

a) Terjadinya his persalinan

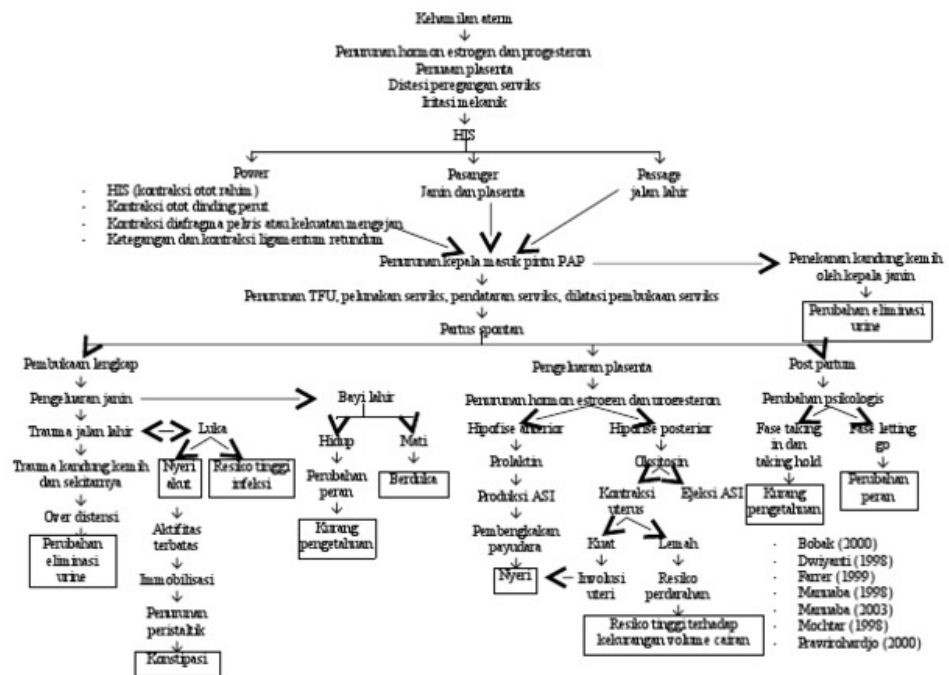
His adalah kontraksi rahim yang dapat diraba dan menimbulkan rasa nyeri di perut serta dapat menimbulkan pembukaan serviks kontraksi rahim, dimulai pada 2 face maker yang letaknya di dekat cornu uteri. His yang menimbulkan pembukaan serviks dengan kecepatan tertentu disebut his efektif. His efektif mempunyai sifat adanya dominan kontraksi uterus pada fundus uteri (*fundal dominance*), kondisi berlangsung secara sinkron dan harmonis.

Kondisi ini juga menyebabkan adanya intensitas kontraksi yang maksimal di antara dua kontraksi, irama teratur dan frekuensi yang kian sering, lama his berkisar 45-60 detik. Pengaruh his dapat menimbulkan dinding menjadi tebal pada korpus uteri, isthmus uteri menjadi teregang dan menipis, kanalis servikalis mengalami effacement dan pembukaan. His persalinan memiliki ciri-ciri sebagai berikut:<sup>32</sup>

(1) Pinggangnya terasa sakit dan menjalar ke depan.

- (2) Sifat his teratur, interval semakin pendek, dan kekuatan semakin besar.
  - (3) Terjadi perubahan pada serviks.
  - (4) Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan maka
  - (5) kekuatan hisnya akan bertambah.
- b) Keluarnya lendir bercampur darah perbagian (*show*)
- Lendir berasal dari pembukaan, yang menyebabkan lepasnya lendir berasal dari kanalis servikalis. Dengan pengeluaran darah disebabkan robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka.<sup>32</sup>
- c) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya
- Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun, apabila tidak tercapai maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum atau section caesaria.<sup>32</sup>
- d) Dilatasi dan *effacement*
- Dilatasi adalah terbukanya kanalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. Effacement adalah pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semula panjangnya 1-2 cm menjadi hilang sama sekali sehingga hanya tinggal ostium yang tipis, seperti kertas.<sup>32</sup>

f. Pathways persalinan normal



Gambar 2. Pathways Persalinan Normal

6. 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.<sup>33</sup>

Bayi baru lahir merupakan masa transisi dari suatu sistem yang teratur dan sebagian besar tergantung pada organ-organ ibunya, ke suatu sistem yang tergantung kemampuan genetik dan mekanisme homeostatik bayi itu sendiri. Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan oleh paparan atau kontaminasi mikroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Bayi baru lahir harus mendapat ASI dalam waktu satu jam setelah lahir. Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan mencoba segera menyusukan bayi setelah tali pusat diklem dan dipotong.<sup>34</sup>

a. Klasifikasi Neonatus<sup>33</sup>

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

b. Penanganan bayi baru lahir

1) Pemotongan dan pengikatan tali pusat

Setelah penilaian sepiantas dan tidak ada tanda asfiksia pada bayi, dilakukan manajemen bayi baru lahir normal dengan mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, kemudian bayi diletakkan di atas dada atau perut ibu. Setelah pemberian oksitosin pada ibu, lakukan pemotongan tali pusat dengan satu tangan melindungi perut bayi. Perawatan tali pusat adalah dengan tidak membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apa pun pada tali pusat. Perawatan rutin untuk tali pusat adalah selalu cuci tangan sebelum memegangnya, menjaga tali pusat tetap kering dan terpapar udara, membersihkan dengan air, menghindari dengan alkohol karena menghambat pelepasan tali pusat, dan melipat popok di bawah umbilicus.<sup>35</sup>

## 2) Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu 10 untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusui. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusui pertama biasanya berlangsung pada menit ke- 45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusui dari satu payudara.<sup>34</sup>

## 3) Mempertahankan suhu tubuh bayi

Mekanisme pengaturan temperatur bayi belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak dilakukan pencegahan kehilangan panas maka bayi akan mengalami hipotermia. Hipotermia dapat terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada dalam ruangan yang hangat. Pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi.<sup>34</sup>

## 4) Pemberian salep mata

Pemberian salep atau tetes mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis (tetrasiklin 1%, oxytetrasiklin 1% atau 11 antibiotika lain). Pemberian salep atau tetes mata harus tepat 1 jam setelah kelahiran. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari 1 jam setelah kelahiran.<sup>34</sup>

## 5) Penyuntikan Vitamin K1

Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (*Phytomenadione*) 1 mg intramuskuler di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir.<sup>34</sup>

6) Pemberian imunisasi Hepatitis B

Pemberian imunisasi Hepatitis B (HB0) dosis tunggal di paha kanan Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam di paha kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati. <sup>34</sup>

7) Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (BBL)

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi. Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan dianjurkan tetap berada di fasilitas tersebut selama 24 jam karena risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan. Serta dilanjutkan saat kunjungan tindak lanjut (KN) yaitu 1 kali pada umur 1-3 hari, 1 kali pada umur 4-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari. <sup>34</sup>

8) Pemberian ASI Eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berusia 0-6 bulan dan jika memungkinkan dilanjutkan dengan pemberian ASI dan makanan pendamping sampai usia 2 tahun. Pemberian ASI eksklusif mempunyai dasar hukum yang diatur dalam SK Menkes Nomor 450/Menkes/SK/IV/2004 tentang pemberian ASI Eksklusif pada bayi 0-6 bulan. Setiap bayi mempunyai hak untuk dipenuhi kebutuhan dasarnya seperti Inisiasi Menyusu Dini (IMD), ASI Eksklusif, dan imunisasi serta pengamanan dan perlindungan bayi baru lahir dari upaya penculikan dan perdagangan bayi. <sup>34</sup>

c. Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya tiga kali yaitu:<sup>36</sup>

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.
- d. Ikterus neonatorum

Ikterus neonatorum merupakan keadaan perubahan warna kuning pada kulit, sklera, dan mukosa akibat peningkatan kadar bilirubin

dalam darah (*hiperbilirubinemia*). Kondisi ini sering ditemukan pada bayi baru lahir terutama pada minggu pertama kehidupan akibat imaturitas fungsi hati dan peningkatan pemecahan eritrosit setelah lahir. Ikterus neonatorum dapat bersifat fisiologis maupun patologis tergantung waktu muncul, kadar bilirubin, serta kondisi klinis bayi.<sup>37</sup>

Secara fisiologis, bilirubin terbentuk dari hasil pemecahan hemoglobin eritrosit. Bilirubin indirek yang terbentuk akan diangkut ke hati untuk mengalami proses konjugasi menjadi bilirubin direk agar dapat diekskresikan melalui empedu dan saluran cerna. Pada neonatus, proses konjugasi bilirubin belum berlangsung optimal karena fungsi enzim hati masih imatur sehingga terjadi peningkatan bilirubin indirek dalam darah yang memunculkan manifestasi ikterus.<sup>38</sup>

Ikterus fisiologis umumnya muncul setelah usia 24 jam, mencapai puncak pada hari ke-3 sampai ke-5, dan menghilang dalam waktu 1–2 minggu tanpa disertai gangguan kondisi umum bayi. Sebaliknya, ikterus patologis muncul sebelum usia 24 jam, kadar bilirubin meningkat cepat, berlangsung lebih lama, atau disertai tanda klinis lain seperti bayi tampak lemas, malas menyusu, kejang, maupun hepatosplenomegali.<sup>39</sup> Faktor risiko ikterus neonatorum meliputi:

- 1) Prematuritas
- 2) Inkompatibilitas golongan darah ABO maupun rhesus
- 3) Trauma lahir
- 4) Infeksi
- 5) Polisitemia
- 6) Kurangnya asupan ASI
- 7) Dehidrasi, serta peningkatan hemolisis.
- 8) Bayi dengan keterlambatan pemberian ASI atau frekuensi menyusu yang kurang juga berisiko mengalami peningkatan kadar bilirubin akibat berkurangnya eliminasi bilirubin melalui feses dan urin.<sup>40</sup>

Penilaian derajat ikterus dapat dilakukan menggunakan klasifikasi Kramer berdasarkan penyebaran warna kuning pada tubuh bayi.

Tabel 6. Derajat ikterus neonatorum berdasarkan klasifikasi Kramer

Derajat Kramer	Lokasi Ikterus	Perkiraan Kadar Bilirubin
I	Kepala dan leher	± 5 mg/dL
II	Dada sampai umbilikus	± 9 mg/dL
III	Abdomen bawah hingga paha	± 11–12 mg/dL
IV	Lengan dan tungkai bawah	± 15 mg/dL
V	Telapak tangan dan kaki	>15 mg/dL

Sumber: Eichenwald et al<sup>37</sup>

SOP 21: NCU
page 1

## Jaundice

### Risk Factors

- ✓ LBW/prematurity
- ✓ Haemolysis (e.g. Rhesus or ABO incompatibility)
- ✓ Sepsis
- ✓ Severe haematoma
- ✓ Previous baby with severe jaundice in the family
- ✓ Malaria, congenital syphilis and others

### Classification

Physiologic Jaundice	Pathologic Jaundice
Starts after 2 days of life	Within the first 2 days of life
Mild jaundice (low bilirubin levels or Kramer grade 1-4)	Severe jaundice (high bilirubin levels or Kramer grade 5)
Self-limiting	All premature neonates with jaundice
Can turn into pathological jaundice	Anaemia with jaundice Prolonged jaundice (> 14 days)

### Assessment of Jaundice

- ✓ Serum bilirubin: Most reliable test
- ✓ Visual inspection of skin colour:
  - Observe in good day light
  - Press the skin to see the colour beneath
  - Check from head to palms and soles
- ✓ Check for pallor, infection, haematoma, hepatosplenomegaly, dehydration, weight loss
- ✓ In special cases:
  - Blood group of mother and baby
  - Direct bilirubin, FBP, blood smear

### Treatment

- ✓ Continue breastfeeding
- ✓ Phototherapy
  - For term babies with grade 5
  - For preterm babies with any grade**NO** phototherapy in case of prolonged jaundice or jaundice due to syphilis
- ✓ Exchange transfusion
  - If bilirubin is above exchange transfusion threshold
  - If no improvement under phototherapy
- ✓ In case of severe jaundice and anaemia
  - Start with sepsis treatment and check for Rhesus and ABO incompatibility
- ✓ In case of prolonged jaundice (> 2 weeks of age for term and > 3 weeks for preterm neonates)
  - Differentiate between unconjugated and conjugated bilirubin (conjugated: direct bilirubin is > 25 µmol/L or > 25 % of total bilirubin)

### Grading of Severity

**Kramer's rule:** Grading system used to estimate bilirubin levels

**Grade 1**  
Head and neck only

**Grade 2**  
Upper trunk up to umbilicus

**Grade 3**  
Lower trunk below umbilicus to knee

**Grade 4**  
Arms and lower legs below knee

**Grade 5**  
Palms and soles

Avoid giving Ceftriaxone to neonates with jaundice!

MoHCDGEC (2019) National Guideline for Neonatal Care and Establishment of Neonatal Care Unit, p 111-115

Gambar 3. Derajat ikterus neonatorum berdasarkan klasifikasi Kramer.

Ikterus neonatorum memerlukan pemantauan ketat karena kadar bilirubin yang terlalu tinggi dapat menyebabkan komplikasi neurologis berupa *bilirubin encephalopathy* dan kernikterus. Kernikterus merupakan kondisi deposisi bilirubin pada jaringan otak yang dapat menyebabkan gangguan neurologis permanen bahkan kematian apabila tidak ditangani dengan tepat.<sup>39</sup>

Tatalaksana ikterus neonatorum dilakukan berdasarkan usia bayi, kadar bilirubin serum, kondisi klinis, dan faktor risiko yang menyertai. Pada ikterus fisiologis ringan, penatalaksanaan utama meliputi optimalisasi pemberian ASI dengan frekuensi menyusui minimal setiap 2–3 jam untuk meningkatkan eliminasi bilirubin melalui urin dan feses. Bayi juga perlu dipantau kondisi umum, warna kulit, frekuensi BAK dan BAB, serta kecukupan asupan nutrisi.

Pada hiperbilirubinemia dengan kadar bilirubin tinggi, terapi utama yang diberikan adalah fototerapi. Fototerapi bekerja dengan mengubah bilirubin indirek menjadi bentuk yang lebih mudah larut dalam air sehingga dapat diekskresikan tanpa proses konjugasi di hati. Selama fototerapi diperlukan pemantauan suhu tubuh, hidrasi, frekuensi menyusui, serta perlindungan mata bayi untuk mencegah komplikasi terapi.<sup>41</sup> Penelitian Demirtaş juga menyebutkan bahwa intervensi tambahan seperti penggunaan *white cover* dan pijat bayi dapat membantu meningkatkan kenyamanan bayi selama menjalani fototerapi.<sup>42</sup>

Apabila kadar bilirubin sangat tinggi atau terjadi tanda ensefalopati bilirubin akut, dapat dilakukan transfusi tukar sebagai tindakan emergensi untuk menurunkan kadar bilirubin secara cepat. Oleh karena itu, deteksi dini dan pemantauan hiperbilirubinemia sangat penting dilakukan guna mencegah komplikasi neurologis jangka panjang pada neonatus.

Edukasi kepada orang tua merupakan bagian penting dalam penatalaksanaan ikterus neonatorum. Orang tua perlu diberikan informasi mengenai tanda bahaya seperti bayi tampak semakin kuning, malas menyusu, demam, kejang, tangisan melengking, atau bayi tampak lemas sehingga dapat segera membawa bayi ke fasilitas kesehatan apabila ditemukan tanda bahaya tersebut.

## 7. Nifas dan menyusui

Masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan. Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu.<sup>43</sup>

### a. Perubahan fisiologis masa nifas

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

#### 1) Sistem reproduksi

##### a) Uterus

Involusi uteri dapat dikatakan sebagai proses kembalinya uterus pada keadaan semula atau keadaan sebelum hamil setelah melahirkan. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah seperti berikut ini.<sup>43 44</sup>

Tabel 7. Perubahan Uterus Masa Nifas

Involusi	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gr
Uri lahir	2 jari bawah pusat	750 gr
1 minggu	Pertengahan simpisis pusat	500 gr
2 minggu	Tidak teraba diatas simpisis	350 gr
6 minggu	Normal	50 gr
8 minggu	Normal tapi sebelum hamil	30 gr

Selama masa nifas, ibu akan mengeluarkan lochea, Lokia adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas yang berasal

dari campuran antara darah dan decidua, biasanya berwarna merah muda atau putih pucat, memiliki bau amis meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lochea mengalami perubahan warna karena proses involusi.

Tabel 8. Perubahan warna lochea

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

#### b) Payudara

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis, yaitu produksi susu dan sekresi susu (*let down*). Selama sembilan bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi untuk menghambat kelenjar *pituitary* akan mengeluarkan prolaktin (hormon laktogenik). Ketika bayi menghisap puting, reflek saraf merangsang *lobus posterior pituitary* untuk menyekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang reflek *let down* (mengalirkan), sehingga menyebabkan ejeksi ASI melalui *sinus aktiferus* payudara ke duktus yang terdapat pada puting. Ketika ASI dialirkan karena isapan bayi atau dengan dipompa sel-sel acini terangsang untuk menghasilkan ASI lebih banyak.<sup>43</sup>

2) Tanda tanda vital<sup>45</sup>

a) Suhu badan

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

b) Nadi

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

c) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari.

d) Pernafasan

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

3) Penurunan berat badan

Wanita mengalami penurunan berat badan rata-rata 12 pon (4,5 kg) pada waktu melahirkan. Penurunan ini mewakili gabungan berat bayi, plasenta dan cairan amnion. Wanita dapat kembali mengalami penurunan berat badan sebanyak 5 pon selama minggu pertama pascapartum karena kehilangan cairan.<sup>46</sup>

4) Sistem S\sisitem kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam hilang darah sekitar 300-400 cc. Perubahan terdiri dari volume darah dan hemokonsentrasi. Apabila pada persalinan pervaginam, hemokonsentrasi akan naik dan pada

SC hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu.<sup>46</sup>

5) Sistem muskuloskeletal

Sistem muskuloskeletal pada ibu selama masa pemulihan/postpartum termasuk penyebab relaksasi dan kemudian hipermobilitas sendi serta perubahan pada pusat gravitasi. Stabilisasi sendi lengkap akan terjadi pada minggu ke-6 sampai ke-8 setelah wanita melahirkan. Dinding abdominal lembek setelah proses persalinan karena peregangan selama kehamilan.<sup>31</sup>

6) Perubahan sistem pencernaan

Setelah kelahiran plasenta, maka terjadi pula penurunan produksi progesteron. Sehingga hal ini dapat menyebabkan heartburn dan konstipasi terutama dalam beberapa hari pertama. Kemungkinan terjadi hal ini karena kurangnya keseimbangan cairan selama persalinan dan adanya reflek hambatan defekasi dikarenakan adanya rasa nyeri pada perineum karena adanya luka episiotomy.<sup>47</sup>

7) Perubahan sistem perkemihan

Diuresis dapat terjadi setelah 2-3 hari postpartum. Dieresis terjadi karena saluran urinaria mengalami dilatasi. Kondisi ini akan kembali normal setelah 4 minggu postpartum. Pada awal postpartum, kandung kemih mengalami edema, kongesti, dan hipotonik. Hal ini disebabkan oleh adanya overdistensi pada saat kala dua persalinan dan pengeluaran urine yang tertahan selama proses persalinan. Sumbatan pada uretra disebabkan oleh adanya trauma saat persalinan berlangsung dan trauma ini dapat berkurang setelah 24 jam postpartum.<sup>33</sup>

b. Perubahan psikologis ibu nifas

Periode Postpartum menyebabkan stress emosional terhadap ibu baru, bahkan lebih menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang hebat.

Faktor-faktor yang mempengaruhi suksesnya masa transisi ke masa menjadi orang tua pada masa postpartum, yaitu:<sup>48</sup>

- 1) Respon dan dukungan dari keluarga dan teman
- 2) Hubungan antara pengalaman melahirkan dan harapan serta aspirasi
- 3) Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lain
- 4) Pengaruh budaya

Dalam menjalani adaptasi psikososial menurut Rubin setelah melahirkan, ibu akan melalui fase-fase sebagai berikut:<sup>35</sup>

- 1) Masa *Taking In* (fokus pada diri sendiri)

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

- 2) Masa *Taking On* (fokus pada bayi)

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

- 3) Masa *Letting Go* (menggambil alih tugas sebagai ibu tanpa bantuan nakes)

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

c. Kebutuhan dasar ibu nifas

1) Kebersihan diri

- a) Perawatan 3-4 hari di rumah sakit cukup untuk mengembalikan fisik ibu yang baru bersalin dengan operasi. Sebelum pulang, sebaiknya ibu menguasai bagaimana cara merawat luka operasi. Biasanya, pasien diminta datang kembali ke dokter untuk pemantauan perawatan luka tujuh hari setelah pulang. Pasien boleh mandi seperti biasanya, setelah hari ke-5 operasi. Setelah itu keringkan dan rawat luka seperti biasa.
- b) Jahitan bekas luka di perut ibu akan ditutupi kain kasa lembut. Kasa perut harus di lihat satu hari pascabedah. Apabila basah dan berdarah arus dibuka dan diganti. Umumnya, kasa perut dapat diganti pada hari ke 3-4 sebelum pulang dan seterusnya pasien menggantinya setiap hari. Luka dapat diberi salep Betadin sedikit.
- c) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Memastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah di sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Memberikan nasehat ibu untuk membersihkan diri setiap kali selesai buang air kecil atau besar.
- d) Memberikan saran kepada ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik, dan dikeringkan di bawah matahari atau disterika.
- e) Memberikan saran kepada ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.<sup>46</sup>

2) Nutrisi dan cairan

Ibu yang melahirkan secara normal, tidak ada pantangan diet. Dua jam setelah melahirkan ibu boleh minum dan makan seperti

biasa bila ingin. Namun perlu diperhatikan jumpal kalori dan protein ibu menyusui harus lebih besar daripada ibu hamil, kecuali apabila ibu tidak menyusui bayinya. Kebutuhan pada masa menyusui meningkat hingga 25% yaitu untuk produksi ASI dan memenuhi kebutuhan cairan yang meningkat tiga kali dari biasanya. Penambahan kalori pada ibu menyusui sebanyak 500 kkal tiap hari.<sup>27,37</sup>

Makanan yang dikonsumsi ibu berguna untuk melaksanakan aktivitas, metabolisme, cadangan dalam tubuh, proses produksi ASI serta sebagai ASI itu sendiri yang akan dikonsumsi bayi untuk pertumbuhan dan perkembangannya. Makanan yang dikonsumsi juga perlu memenuhi syarat, seperti susunanya harus seimbang, porsinya cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung alcohol, nikotin serta bahan pengawet dan pewarna. Menu makanan yang seimbang mengandung unsur-unsur, seperti sumber tenaga, pembangunan, pengatur dan perlindungan.

### 3) Ambulasi

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

Tahapan mobilisasi dini dilakukan setelah kala IV. Setelah kala IV ibu bisa turun dari tempat tidurnya dan beraktivitas seperti biasa, hal ini dikarenakan pada masa persalinan kala IV ibu memerlukan istirahat yang cukup untuk memulihkan tenaga pada proses penyembuhan.<sup>46</sup> Dalam persalinan normal, setelah 1 atau 2 jam

persalinan ibu harus melakukan rentang gerak dalam tahapan mobilisasi dini, jika ibu belum melakukannya dalam rentang waktu tersebut maka ibu belum melakukan mobilisasi secara dini (late ambulation).

Dalam waktu sekitar 2-6 jam bidan akan membantu ibu untuk melakukan mobilisasi dini, misalnya duduk di tempat tidur, duduk di bagian samping tempat tidur, serta mulai jalan dengan jarak yang dekat. Jika semakin cepat ibu dapat bergerak kembali maka proses menyusui dan merawat anak akan semakin cepat dan mudah dilakukan oleh ibu. Mobilisasi dini yang baik dapat mengurangi terjadinya perdarahan abnormal karena dengan melakukan mobilisasi dini maka kontraksi uterus akan baik, sehingga fundus uteri akan keras. Mobilisasi yang tidak baik dapat menyebabkan involusi uteri yang tidak baik sehingga darah-darah yang tersisa tidak dapat dikeluarkan dan menyebabkan infeksi.

#### 4) Eliminasi

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

Pengeluaran air seni akan meningkat 24-48 jam pertama sampai hari ke-5 setelah melahirkan. Hal ini terjadi karena volume darah meningkat pada saat hamil tidak diperlukan lagi setelah persalinan. Oleh karena itu, ibu perlu belajar berkemih secara spontan dan tidak menahan buang air kecil ketika ada rasa sakit pada jahitan.

Menahan buang air kecil akan menyebabkan terjadinya bendungan air seni dan gangguan kontraksi rahim sehingga pengeluaran cairan vagina tidak lancar. Sedangkan buang air besar akan sulit karena ketakutan akan rasa sakit, takut jahitan terbuka atau karena adanya haemoroid (wasir). Kesulitan ini dapat dibantu dengan mobilisasi dini, mengonsumsi makanan tinggi serat dan cukup minum.

#### 5) Istirahat

Wanita pasca persalinan harus cukup istirahat. Delapan jam pasca persalinan, ibu harus tidur terlentang untuk mencegah perdarahan. Sesudah 8 jam, ibu boleh miring ke kiri atau ke kanan untuk mencegah trombosis. Ibu dan bayi ditempatkan pada satu kamar.

Pada hari kedua, bila perlu dilakukan latihan senam. Pada hari ketiga umumnya sudah dapat duduk, hari keempat berjalan dan hari kelima sudah dapat dipulangkan. Makanan yang diberikan harus bermutu tinggi dan cukup kalori, cukup protein dan banyak buah. Anjurkan untuk mencegah kelelahan yang berlebihan, usahakan untuk rileks dan istirahat yang cukup, terutama saat bayi sedang tidur. Meminta bantuan suami atau keluarga ketika ibu merasa lelah. Putarkan dan dengarkan lagu-lagu klasik disaat ibu dan bayi sedang istirahat untuk menghilangkan rasa tegang dan lelah.

#### 6) Seksualitas

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

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

Tanda-tanda bahaya masa nifas adalah sebagai berikut:

- 1). Perdarahan pervaginam yang luar biasa atau tiba-tiba bertambah banyak (lebih dari perdarahan haid biasa atau bila memerlukan pergantian pembalut-pembalut 2 kali dalam setengah jam).
- 2). Pengeluaran cairan vagina yang berbau busuk.
- 3). Rasa sakit dibagian bawah abdomen atau punggung.
- 4). Sakit kepala yang terus menerus, nyeri ulu hati, atau masalah penglihatan.
- 5). Pembengkakan diwajah atau ditangan.
- 6). Demam, muntah, rasa sakit sewaktu BAK atau jika merasa tidak enak badan.
- 7). Payudara yang bertambah atau berubah menjadi merah panas dan atau terasa sakit.
- 8). Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama.
- 9). Rasa sakit merah, lunak dan atau pembengkakan dikaki.
- 10). Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya atau dirinya sendiri.
- 11). Merasa sangat letih dan nafas terengah-engah.

e. Kunjungan ulang masa nifas (KF)

Waktu kunjungan nifas KF1-KF3 menurut Panduan pelayanan operasional persalinan dan nifas normal bagi tenaga kesehatan (2015) menganjurkan ibu untuk melakukan kontrol/ kunjungan masa nifas setidaknya 4 kali:

1) Kunjungan nifas pertama (KF1)

Kunjungan nifas pada masa mulai dari 6-48 jam setelah persalinannya. Asuhan yang diberikan meliputi mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, memberikan konseling bagaimana cara mencegah atonia uteri, pemberian ASI awal, melakukan hubungan antara ibu dan bayi, menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.

2) Kunjungan nifas kedua (KF2)

Kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah persalinan. Asuhan yang diberikan pada KF2 yaitu memastikan involunsi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal; menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal; memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup; memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi; memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit; memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

3) Kunjungan nifas ketiga (KF3)

Kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah persalinan. Asuhan pada KF3 yaitu menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang Ny. Oalami dan memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, dan tandatanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.

#### 4) Kunjungan nifas keempat (KF4)

Kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 setelah persalinan. Asuhan yang diberikan yaitu Menanyakan penyulit-penyulit yang di alami ibu selama masa nifas dan Memberikan konseling KB secara dini.

### 8. Keluarga Berencana

Kontrasepsi merupakan berbagai macam alat atau metode yang digunakan oleh satu pihak atau kedua belah pihak untuk menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel sperma dan sel telur (ovum) yang sudah matang.<sup>49</sup> Kontrasepsi berasal dari kata kontra, berarti “mencegah” atau “melawan” dan konsepsi yang berarti pertemuan sel telur yang matang dan sel sperma yang mengakibatkan kehamilan. Kontrasepsi adalah menghindari terjadinya kehamilan akibat pertemuan sel telur matang (ovum) dengan sel sperma yang telah dibuahi.<sup>50</sup>

Program keluarga berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. Kontrasepsi merupakan komponen penting dalam pelayanan Kesehatan reproduksi sehingga dapat mengurangi risiko kematian dan kesakitan selama kehamilan.<sup>50</sup> Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan. Upaya yang dilakukan dalam pelayanan kontrasepsi dapat bersifat sementara maupun bersifat permanen.<sup>51</sup>

#### a. Pelayanan kontrasepsi

Pelayanan kontrasepsi adalah pemberian atau pemasangan kontrasepsi maupun tindakan–tindakan lain yang berkaitan kontrasepsi kepada calon dan peserta Keluarga Berencana yang dilakukan dalam fasilitas pelayanan KB. Penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi dilakukan dengan cara yang dapat dipertanggungjawabkan dari segi agama, norma 6 budaya, etika, serta segi kesehatan.<sup>52</sup>

Pelayanan kontrasepsi merupakan komponen utama program KB dengan fungsi memberikan layanan konseling dan pemakaian kontrasepsi. Pelayanan Kontrasepsi dilakukan secara berkesinambungan mulai dari Pra pelayanan, Pelayanan Kontrasepsi dan Pasca Pelayanan. Pada saat pra pelayanan dilakukan: pemberian komunikasi, informasi dan edukasi, pelayanan konseling, penapisan kelayakan medis dan permintaan persetujuan tindakan tenaga Kesehatan.<sup>53</sup>

Konseling yang diberikan meliputi manfaat, kesesuaian alat kontrasepsi, kemungkinan gejala samping dan cara-cara mengatasi, dan alternatif pilihan alat kontrasepsi. Pelayanan kontrasepsi perlu dibarengi dengan pelayanan konseling. Prinsip konseling membuat ibu mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan kebutuhan kesehatan mereka. Pilihan alat kontrasepsi termasuk metode kontrasepsi jangka panjang: Metode Operatif Pria (MOP) atau Metode Operatif Wanita (MOW) sebagai sterilisasi, Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR), Implan; dan metode kontrasepsi jangka pendek: Pil, Suntikan, dan alat/cara kontrasepsi lain.<sup>53</sup>

Pelayanan Kontrasepsi adalah Pemberian kondom, pil, suntik, pemasangan atau pencabutan implant, pemasangan atau pencabutan AKDR, pelayanan tubektomi, pelayanan vasektomi. Pelayanan kontrasepsi dapat dilakukan pada: Masa Interval, Pasca Persalinan, Pasca Keguguran dan Pelayanan kontrasepsi darurat. Pascapelayanan Kontrasepsi meliputi Pemberian konseling dan Pelayanan medis/rujukan apabila di perlukan setelah dilakukan pelayanan kontrasepsi.<sup>53</sup>

b. Standarisasi pelayanan kontrasepsi

Langkah-langkah dalam pelayanan kontrasepsi dilakukan meliputi:

1) Pra Pelayanan

a) Komunikasi, Informasi dan Edukasi

- (1) Pelayanan KIE dilakukan di lapangan oleh tenaga penyuluh KB/PLKB dan kader serta tenaga kesehatan. Pelayanan KIE dapat dilakukan secara berkelompok ataupun perorangan.
- (2) Tujuan untuk memberikan pengetahuan, mengubah sikap dan perilaku terhadap perencanaan keluarga baik untuk menunda, menjarangkan/membatasi kelahiran melalui penggunaan kontrasepsi.
- (3) KIE dapat dilakukan melalui pertemuan, kunjungan rumah dengan menggunakan/memanfaatkan media antara lain media cetak, media sosial, media elektronik, Mobil Unit Penerangan (MUPEN), dan Public Service Announcement (PSA).
- (4) Penyampaian materi KIE disesuaikan dengan kearifan dan budaya lokal.<sup>54</sup>

b) Konseling

Konseling dilakukan untuk memberikan berbagai masukan dalam metode kontrasepsi dan hal-hal yang dianggap perlu untuk diperhatikan dalam metode kontrasepsi yang menjadi pilihan klien berdasarkan tujuan reproduksinya. Tindakan konseling ini disebut sebagai *informed choice*.<sup>54</sup>

c) Penapisan

Penapisan klien merupakan upaya untuk melakukan kajian tentang kondisi kesehatan klien dengan menggunakan alat bantu berupa diagram lingkaran Kriteria Kelayakan Medis Kontrasepsi (Roda 19 KLOP). Kondisi kesehatan dan karakteristik individu akan menentukan pilihan metode kontrasepsi yang diinginkan dan tepat untuk klien. Tujuan utama penapisan klien adalah:<sup>54</sup>

- (1) Ada atau tidak adanya kehamilan;

- (2) Menentukan keadaan yang membutuhkan perhatian khusus misalnya menyusui atau tidak menyusui pada penggunaan KB pasca persalinan;
- (3) Menentukan masalah kesehatan yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut misalnya klien dengan HIV.

Klien tidak selalu memberikan informasi yang benar tentang kondisi kesehatannya, sehingga petugas kesehatan harus mengetahui bagaimana keadaan klien sebenarnya, bila diperlukan petugas dapat mengulangi pertanyaan yang berbeda. Perlu juga diperhitungkan masalah sosial, budaya atau agama yang mungkin berpengaruh terhadap respon klien tersebut termasuk pasangannya. Untuk sebagian besar klien bisa diselesaikan dengan cara anamnesis terarah, sehingga masalah utama dikenali atau kemungkinan hamil dapat dicegah. Beberapa metode kontrasepsi tidak membutuhkan pemeriksaan fisik maupun pemeriksaan panggul, kecuali AKDR, tubektomi, dan vasektomi dan pemeriksaan laboratorium untuk klien dilakukan apabila terdapat indikasi medis.<sup>54</sup>

d) Persetujuan

Tindakan Tenaga Kesehatan Persetujuan tindakan tenaga kesehatan merupakan persetujuan tindakan yang menyatakan kesediaan dan kesiapan klien untuk ber-KB. Persetujuan tindakan medis secara tertulis diberikan untuk pelayanan kontrasepsi seperti suntik KB, AKDR, implan, tubektomi dan vasektomi, sedangkan untuk metode kontrasepsi pil dan kondom dapat diberikan persetujuan tindakan medis secara lisan. Setiap pelayanan kontrasepsi harus memperhatikan hak-hak reproduksi individu dan pasangannya, sehingga harus diawali dengan pemberian informasi yang lengkap, jujur dan

benar 20 tentang metode kontrasepsi yang akan digunakan oleh klien tersebut.<sup>54</sup> Penjelasan persetujuan tindakan tenaga kesehatan sekurangnya mencakup beberapa hal berikut:

- (1) Tata cara tindakan pelayanan;
- (2) Tujuan tindakan pelayanan yang dilakukan;
- (3) Alternatif tindakan lain;
- (4) Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi; dan
- (5) Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan.

## 2) Pelayanan kontrasepsi

Menurut waktu pelaksanaannya, pelayanan kontrasepsi dilakukan pada:

- a) masa interval, yaitu pelayanan kontrasepsi yang dilakukan selain pada masa pasca persalinan dan pasca keguguran
- b) pasca persalinan, yaitu pada 0 - 42 hari sesudah melahirkan
- c) pasca keguguran, yaitu pada 0 - 14 hari sesudah keguguran
- d) pelayanan kontrasepsi darurat, yaitu dalam 3 hari sampai dengan 5 hari pascasenggama yang tidak terlindung dengan kontrasepsi yang tepat dan konsisten.

Tindakan pemberian pelayanan kontrasepsi meliputi pemasangan atau pencabutan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR), pemasangan atau pencabutan Implan, pemberian Suntik, Pil, Kondom, pelayanan Tubektomi dan Vasektomi serta pemberian konseling Metode Amenore Laktasi (MAL).<sup>54</sup>

## 3) Pasca pelayanan

Konseling pasca pelayanan dari tiap metode kontrasepsi sangat dibutuhkan. Konseling ini bertujuan agar klien dapat mengetahui berbagai efek samping dan komplikasi yang mungkin terjadi. Klien diharapkan juga dapat membedakan masalah yang dapat ditangani sendiri di rumah dan efek samping atau komplikasi yang harus mendapat pelayanan medis. Pemberian informasi yang

baik akan membuat klien lebih memahami tentang metode kontrasepsi pilihannya dan konsisten dalam penggunaannya.<sup>54</sup>

c. Metode kontrasepsi

NO	METODE	KANDUNGAN		MASA PERLINDUNGAN		MODERN/TRADISIONAL	
		HORMONAL	NON HORMONAL	MKJP	NON MKJP	MODERN	TRADISIONAL
1	AKDR Cu		√	√		√	
2	AKDR LNG	√		√		√	
3	Implan	√		√		√	
4	Suntik	√			√	√	
5	Pil	√			√	√	
6	Kondom		√		√	√	
7	Tubektomi/ MOW		√	√		√	
8	Vasektomi/ MOP		√	√		√	
9	Metode Amenore Laktasi/ MAL		√		√	√	
10	Sadar Masa Subur		√		√		√
11	Sanggama Terputus		√		√		√

Gambar 4. Tabel Pengklasifikasian Metode Kontrasepsi

Metode kontrasepsi dibagi atas tiga yaitu berdasarkan kandungan, masa perlindungan, cara modern dan tradisional sesuai dengan penggolongan di tabel. Metode kontrasepsi yang digunakan dalam program pemerintah adalah berdasarkan masa perlindungan yaitu Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) dan non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (non-MKJP).

Pemahaman yang jelas dan transparan diperlukan untuk klasifikasi Metode Kontrasepsi Modern/Tradisional yang umum digunakan. Departemen Kesehatan Reproduksi dan Riset dari Organisasi Kesehatan Dunia (The World Health Organization Department of Reproductive Health and Research) dan United States Agency for International Development (USAID) mengadakan konsultasi teknis pada bulan Januari 2015 untuk mengatasi masalah yang berkaitan dengan klasifikasi Metode Kontrasepsi Modern/Tradisional.

Dalam konsultasi tersebut disepakati bahwa Metode Kontrasepsi Modern harus memiliki karakteristik sebagai berikut: dasar yang kuat

dalam biologi reproduksi, protokol yang tepat untuk penggunaan yang benar dan data yang ada menunjukkan bahwa metode tersebut telah diuji dalam studi yang dirancang dengan tepat untuk menilai kemanjuran dalam berbagai kondisi. Dengan karakteristik ini, metode kontrasepsi baru ketika mereka datang di pasar umumnya akan dimasukkan sebagai modern. Semua inovasi kontrasepsi baru harus diuji terhadap kriteria ini untuk didefinisikan sebagai "modern".

d. Efektivitas Kontrasepsi

Metode Keluarga Berencana	Angka Kehamilan Tahun Pertama <sup>a</sup> (Trussell & Aiken <sup>b</sup> )		Angka Kehamilan 12 bulan <sup>c</sup> (Polis et al. <sup>d</sup> )
	Penggunaan konsisten dan benar	Penggunaan biasa	Penggunaan biasa
Implan	0,1	0,1	0,6
Vasektomi	0,1	0,15	
Tubektomi	0,5	0,5	
AKDR Levonorgestrel	0,5	0,7	
AKDR Copper	0,6	0,8	1,4
MAL (6 bulan)	0,9 <sup>e</sup>	2 <sup>e</sup>	
Kontrasepsi Suntik Kombinasi	0,05 <sup>e</sup>	3 <sup>e</sup>	
Kontrasepsi Suntik Progestin	0,2	4	1,7
Kontrasepsi Pili Kombinasi	0,3	7	5,5
Kontrasepsi Pili Progestin	0,3	7	
Kondom Pria	2	13	5,4
Sadar Masa Subur			
Metode Hari Standar	2	12	
Metode 2 Hari	4	14	
Metode Ovulasi	3	23	
Senggama Terputus	4	20	13,4
Kondom Perempuan	5	21	
Tanpa Metode	85	85	

0 - 0,9	Sangat Efektif
1 - 9	Efektif
10 - 19	Efektif Sedang
20 +	Kurang Efektif

Sumber : Keluarga Berencana Buku Pedoman Global Untuk Penyedia Layanan Edisi 2018

e. Macam-macam metode kontrasepsi

Macam-macam metode kontrasepsi dibagi atas antara lain.<sup>55,56</sup>

1) Metode Tradisional

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

2) Metode Alamiah tanpa Alat

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

3) Metode Alamiah dengan Alat (Metode Barrier)

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

4) Metode Modern

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

5) Metode mantap

a) Kontrasepsi mantap pada wanita

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

c) Kontrasepsi mantap pada pria

d) Medis Operatif Pria (MOP), penyumbatan vas deferens secara mekanis dan penyumbatan vas deferens secara kimiawi.<sup>55</sup>

f. Jenis alat kontrasepsi

Macam-macam alat kontrasepsi yang aman dan tidak mengganggu laktasi meliputi metode amenorea laktasi (MAL), pil progestin, suntik progestin, implan dengan progestin dan alat kontrasepsi dalam rahim. Semua metode baik hormonal maupun non hormonal dapat digunakan sebagai metode dalam pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan, akan tetapi pada masa menyusui bayi ini beberapa yang disarankan agar tidak mengganggu produksi ASI yaitu diantaranya:<sup>55</sup>

1) Metode Amenore Laktasi (MAL)

Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, hanya Air Susu Ibu saja tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya.

a) Keuntungan kontrasepsi

Segera efektif, tidak mengganggu senggama, tidak ada efek samping secara sistematis, tidak perlu pengawasan medis, tidak perlu obat atau alat dan tanpa mengeluarkan biaya.

b) Keuntungan nonkontrasepsi

Keuntungan non kontrasepsi bagi bayi yaitu akan mendapat kekebalan pasif (mendapat antibodi perlindungan lewat air susu ibu), sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal dan terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air susu lain atau formula. Sedangkan bagi Ibu dapat mengurangi perdarahan pascapersalinan, mengurangi risiko anemia dan meningkatkan hubungan psikologis ibu dan bayi.

2) Pil Progestin

Pil progestin (minipills) adalah pil kontrasepsi yang hanya mengandung progestin saja tanpa estrogen dengan dosis progestin yang kecil (0,5 atau kurang). Pil progestin dapat mulai diberikan dalam 6 minggu pertama pasca persalinan.

a) Keuntungan Cocok untuk perempuan yang menyusui, efektif pada masa laktasi, tidak menurunkan kadar ASI, tidak memberikan efek samping estrogen.

b) Keterbatasan

Mengalami gangguan haid, harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama, bila lupa satu pil saja kegagalan menjadi lebih besar, risiko kehamilan ektopik cukup tinggi, mual.

2) Suntik Progestin

Suntik progestin merupakan suntik yang digunakan untuk tujuan kontrasepsi parenteral, mempunyai efek progestagen yang kuat dan sangat efektif. Jenisnya yaitu Depo Medroksi Progesteron Asetat (Depo Provera) dan Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat).

- a) Keuntungan dari suntik progestin yaitu: Pencegahan kehamilan jangka panjang, tidak berpengaruh pada hubungan suami istri, tidak pengaruh pada ASI, sedikit efek samping, dapat digunakan pada perempuan usia > 35 tahun.
- b) Keterbatasan suntik progesteron Sering ditemukan gangguan haid, klien tergantung pada pelayanan kesehatan, tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu, terlambatnya kembali kesuburan setelah berhenti penghentian pemakaian

### 3) Implant

Implant adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga hingga lima tahun. Metode ini sangat efektif (0,2-1 kehamilan per 100 perempuan).

#### a) Keuntungan implant

Daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang (sampai 5 tahun), pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan, bebas dari pengaruh estrogen, tidak mengganggu kegiatan senggama, tidak mengganggu ASI, klien hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan, dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan.

#### b) Keterbatasan implant

Pada penggunaan jangka panjang dapat terjadi amenorea, progestin dapat memicu pertumbuhan miom, dapat terjadi perforasi uterus pada saat insersi (<1/1000 kasus).

### 4) IUD

IUD merupakan kontrasepsi sangat efektif dan berjangka panjang. Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi. Sangat efektif yaitu 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan). Cara kerja IUD antara lain menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi,

mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, mencegah sperma dan ovum bertemu.<sup>57</sup>

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

*Intrauterine device* (IUD) pasca plasenta merupakan metode kontrasepsi jangka panjang yang dipasang segera setelah plasenta lahir, yaitu dalam waktu kurang dari 10 menit pasca pengeluaran plasenta. Kontrasepsi ini termasuk metode kontrasepsi reversibel jangka panjang (*long acting reversible contraception/LARC*) yang memiliki efektivitas tinggi dan aman digunakan pada periode postpartum, termasuk pada ibu menyusui.<sup>58</sup> Penggunaan kontrasepsi pasca persalinan penting dilakukan untuk mencegah kehamilan dengan jarak terlalu dekat yang dapat meningkatkan risiko komplikasi maternal maupun neonatal.

IUD bekerja dengan menciptakan reaksi inflamasi steril pada endometrium sehingga menghambat fertilisasi dan implantasi. Efektivitas IUD sangat tinggi dengan angka kegagalan kurang dari 1% per tahun serta memiliki durasi penggunaan jangka panjang hingga 8-10 tahun tergantung jenis alat kontrasepsi yang digunakan.<sup>59</sup> Selain itu, fertilitas dapat kembali segera setelah alat kontrasepsi dilepas sehingga metode ini menjadi pilihan yang efektif bagi pasangan yang masih merencanakan kehamilan di masa mendatang.

Pemasangan IUD pasca plasenta memiliki berbagai keuntungan, antara lain praktis karena dilakukan segera setelah persalinan, tidak mengganggu produksi ASI, tidak memerlukan kunjungan ulang khusus untuk pemasangan, serta dapat meningkatkan cakupan penggunaan kontrasepsi postpartum.<sup>60</sup> WHO juga menyebutkan bahwa kontrasepsi postpartum berperan penting dalam menurunkan angka *unmet need* KB dan membantu optimalisasi kesehatan ibu serta anak melalui pengaturan jarak kehamilan.<sup>58</sup>

Meskipun demikian, penggunaan IUD pasca plasenta dapat menimbulkan beberapa efek samping seperti kram perut ringan, *spotting*, perdarahan menstruasi yang lebih banyak atau lebih lama, serta risiko ekspulsi alat terutama pada awal penggunaan. Oleh karena itu, akseptor perlu diberikan edukasi mengenai tanda bahaya penggunaan IUD seperti nyeri perut hebat, perdarahan banyak, demam, keputihan berbau, maupun benang IUD yang tidak teraba sehingga dapat segera memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan apabila muncul keluhan tersebut.

Kontrol ulang setelah pemasangan IUD pasca plasenta perlu dilakukan untuk memastikan posisi alat kontrasepsi tetap baik dan tidak terdapat komplikasi. Selain itu, akseptor juga perlu diberikan edukasi mengenai pemeriksaan benang IUD secara mandiri dan pentingnya menjaga kebersihan organ reproduksi guna mencegah infeksi selama penggunaan kontrasepsi.

#### 5) Kondom

Yakni alat kontrasepsi yang dibuat dari karet yang dipergunakan dipenis laki laki untuk menghindari sperma masuk kedalam vagina. Kondom termasuk kontrasepsi non hormonal.<sup>57</sup> Yaitu alat kontrasepsi guna menghalangi secara mekanik. Alat ini dapat mengantisipasi kehamilan dengan menghalangi pertemuan sel telur dengan sperma secara mencegah sperma agar tidak masuk ke

vagina. kondom aman untuk ibu menyusui karena tidak mengganggu proses laktasi.

a) Keuntungan penggunaan kondom

Efektif apabila digunakan dengan benar, tidak mengganggu produksi ASI, tidak mengganggu kesehatan, harganya murah dan dapat dibeli secara umum dan tidak perlu resep bidan maupun dokter.

b) Kekurangan penggunaan kondom

Efektifitas tidak terlalu tinggi, cara penggunaan sangat mempengaruhi efektifitas dari kontrasepsi, agak mengganggu hubungan seksual, dapat menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi, harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual, kondom rusak pada saat akan digunakan untuk hubungan seksual.