

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

1. Kehamilan

a. ANC Trimester III

Asuhan kebidanan berkesinambungan di berikan kepada Ny. F umur 29 tahun, kehamilan 35⁺⁴ minggu dengan kehamilan fisiologis. Pengkajian awal dilakukan pada tanggal 26 Februari 2026 di rumah Ny. F. Alamat pasien di Bojong, Panjatan Kulonprogo . Ny. F sebagai Ibu Rumah Tangga dan suami Tn. AK bekerja sebagai Wiraswasta.

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. F usia 29 tahun dengan suami umur 27 tahun, kehamilan ini merupakan kehamilan kedua. Ibu mengatakan hari pertama haid terakhirnya adalah 22/06/2025 dan hari perkiraan lahirnya (HPL) adalah tanggal 29/03/2026. Ny F menikah pada bulan Februari 2015. Ny F belum pernah keguguran, haid teratur, siklus 30 hari, lama 5-7 hari dan tidak ada keluhan selama haid.

Selama hamil ini Ny. F melakukan pemeriksaan ANC secara rutin di Puskesmas, PMB maupun dokter spesialis kandungan. Selama hamil Ny. F rutin mengkonsumsi asam folat, tablet tambah darah, kalsium dan vitamin yang diresepkan oleh dokter kandungan maupun bidan. Ny. F saat ini datang dengan keluhan sering merasa nyeri punggung dan pinggang. Ny F tidak ada penyakit seperti asma, jantung, hipertensi, Diabetes Melitus maupun TBC. Dalam keluarga pasien tidak terdapat riwayat penyakit hipertensi, jantung ataupun penyakit menular.

Hasil pengkajian pada Ny. F mengatakan kadang perut terasa kenceng dan saat ini kontrol rutin kehamilan karena sudah dua minggu belum periksa hamil. Didapatkan hasil pada awal hamil ini ditemukan LILA 26 cm, BB awal hamil 57 Kg dan BB sekarang 69.2 Kg. TB

156 cm dengan IMT 28.4 kg/m². Berdasarkan pada data obyektif, ditemukan tanda – tanda vital dalam batas normal, TD 106/71 mmHg, nadi 83 x/mnt, respirasi 20 x/mnt, suhu 36.5°C. Pada pemeriksaan conjungtiva berwarna merah muda dan sklera putih.

Pada pemeriksaan palpasi abdomen, pada fundus uteri teraba lunak, bulat dan tidak melenting, disebelah kiri perut ibu teraba keras, seperti papan memanjang, di bagian bawah teraba keras dan melenting, kepala dapat digoyangkan belum masuk PAP (*konvergen*). TFU 27cm dengan taksiran berat janin 2325 gram. Pada pemeriksaan auskultasi didapatkan denyut jantung janin (DJJ) 144 x/mnt.

Riwayat pemeriksaan laboratorium pada tanggal 04-9-2025 Hb 11,7 gr/dl, HbsAg Non reaktif, HIV non reaktif, shypphilis non reaktif, protein urin negatif. Hasil pemeriksaan laboratorium pada TM III Hb 12 gr/dl, protein urine negatif. Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakan diagnosa Ny. F umur 29 tahun G1P0A0 hamil 35⁺⁴ minggu, janin, tunggal, hidup, *intrauterine*, punggung kiri, presentasi kepala, kepala belum masuk PAP dengan kehamilan fisiologis.

Penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan hasil pemeriksaan pada Ny. F bahwa pemeriksaan ibu dan janin adalah normal. Memberikan edukasi tentang tanda bahaya trimester III, tanda–tanda persalinan dan tentang his palsu/ braxton his, memberikan konseling kepada ibu apabila mendapatkan tanda– tanda tersebut diatas segera memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan, dapat ke Praktek Mandiri Bidan, Puskesmas ataupun ke rumah sakit.

Memberitahu ibu mengenai ketidaknyamanan kehamilan trimester III yaitu pegal-pegal, keputihan, sering kencing, cepat lelah, sesak nafas, dan kenceng-kenceng. Hal tersebut wajar terjadi pada ibu hamil trimester III. Menganjurkan ibu untuk mengurangi aktifitas berat dan beristirahat cukup agar pegal yang dirasakan dapat

berkurang. Memberitahu ibu tentang tanda-tanda bahaya pada kehamilan trimester III yaitu keluar cairan berbau dari jalan lahir, sakit kepala yang hebat disertai pandangan kabur, muntah yang berlebih sehingga tidak mau makan, bengkak pada kaki tangan dan wajah, nyeri yang hebat pada bagian perut bagian bawah, menggigil dan demam tinggi, gerakan janin berkurang atau tidak terasa. Memberikan KIE pada suami untuk memberi dukungan pada ibu agar ibu merasa tenang dan menjalani kehamilan trimester III ini dengan bahagia. Memberitahu ibu untuk melakukan kunjungan ulang di fasilitas kesehatan atau bidan minimal 2 minggu sekali atau setiap saat ibu ada keluhan. Selain itu, bidan menganjurkan suami untuk selalu siaga menemani Ny. F dan untuk mempersiapkan kebutuhan ibu dan bayi untuk persiapan persalinan. Memberikan tablet tambah darah diminum sehari 1 x pada malam hari, calcium laktat sehari 1x pada pagi hari, dan memberikan vitamin C sehari 1x pada malam hari.

b. ANC Trimester III Kunjungan Ulang

Kunjungan ulang dilakukan pada tanggal 5 Maret 2026 dengan keluhan perut kenceng namun masih jarang dan susah mencari posisi tidur. Saat ini belum mengeluarkan lendir darah, tidak ada pengeluaran cairan apapun dari jalan lahir. Usia kehamilan ibu saat ini adalah 36⁺⁴ minggu.

Berdasarkan data obyektif, ditemukan tanda – tanda vital dalam batas normal. Berat badan ibu 69.5 kg. Tanda – tanda vital dalam batas normal, TD 112/72 mmHg, nadi 86 x/mnt, respirasi 20 x/mnt, suhu 36.5°C. Pada pemeriksaan konjungtiva mata berwarna merah muda dan sklera putih, wajah tidak ada pembengkakan. Pada pemeriksaan obstetri palpasi abdomen didapatkan hasil TFU 2 jari dibawah PX, TFU menurut Mc. Donal 28 cm, TBJ 2635 gram, DJJ 140 x /mnt, teraba lunak tidak melenting di fundus uteri, teraba bagian kecil memanjang disebelah kiri ibu dan teraba bagian bawah keras,

bulat, melenting dan tidak dapat digoyangkan. Kepala sudah masuk PAP (*divergen*).

Diagnosa dari kasus ini adalah Ny. F umur 29 tahun G2P1A0 hamil 36⁺⁴ minggu janin tunggal, hidup, intaruterine, punggung kiri, presentasi kepala, sudah masuk PAP dengan kehamilan fisiologis. Keluhan yang dirasakan adalah perut kadang kencang, tetapi masih belum teratur, nyeri dibagian depan dan sulit mencari posisi tidur yang nyaman. Kebutuhan yang diberikan ibu adalah konseling tentang keluhan yang dirasakan ibu adalah kontraksi/ his palsu. Memberikan konseling tentang tanda – tanda persalinan.

2. Persalinan dan Bayi Baru Lahir

Pada tanggal 29 Maret 2026 Pukul 15.54 WIB, Ny. F mengabari bidan lewat whatsapp, mengatakan bahwa sudah mengeluarkan cairan dari jalan lahir dan sudah berada di rumah. Ny F mengatakan saat ini sudah menyiapkan perlengkapan persalinan untuknya dan perlengkapan bayinya. Ny. F kemudian datang ke IGD RSUD Wates pada tanggal 30 Maret 2026 pukul 12.48 Ny F mengatakan sudah dalam persalinan pembukaan 2 cm akan tetapi karena posisi janin yang tidak normal dan kepala tidak turun maka pukul 17.00.

Pada tanggal 30 Maret 2026, Ny F dipersiapkan operasi SC, sudah diminta untuk berpuasa, dilakukan pemeriksaan laboratorium dan suami pasien melakukan penandatanganan *inform consent* sebelum dilakukan tindakan *sectio caesarea*.

Pada pukul 18.25 WIB bayi Ny. F telah lahir dengan sehat dan selamat dengan persalinan SC. Proses persalinannya berjalan lancar. Setelah persalinan SC selesai dan kondisi ibu dalam keadaan stabil, Ny F dipindahkan dari ruang operasi ke ruang perawatan biasa. Ny F pada keesokan harinya mulai merasakan nyeri pada luka operasi, dan telah diberikan obat-obatan anti nyeri oleh bidan yang sedang bertugas. Ny F disarankan untuk mobilisasi bertahap mulai dari miring, duduk, berdiri

kemudian berjalan. Ny F juga dilatih untuk menyusui bayinya dengan posisi yang benar dan diberikan kie asi eksklusif oleh petugas. Pada hari berikutnya Ny. F dapat berjalan dan berkemih secara spontan sehingga diperbolehkan pulang bersama bayinya.

Bayi Ny. F lahir secara SC pada tanggal 30 Maret 2026 pada pukul 18.25 WIB. Bayi lahir menangis keras, jenis kelamin bayi perempuan. Pada pemeriksaan fisik bayi dalam keadaan normal, dengan BB 3280 gram, PB 50 cm, LK 34 cm, LD 32 cm. LILA 12 cm. Bayi Ny. NS juga dilakukan rawat gabung karena kondisi bayi sehat.

3. Masa Nifas dan Menyusui

a. *Post natal care* (PNC) 1

Pada tanggal 1/04/2026 pukul 18.00 WIB, bidan melakukan kunjungan melalui whatsapp. Ny. F mengatakan sangat bahagia atas kelahiran anaknya. Hasil pemeriksaan tanda vital terakhir oleh petugas mengatakan ibu dalam keadaan baik. Ibu mengatakan ASI sudah keluar tapi masih sedikit. melalui jalan lahir terdapat pengeluaran darah merah segar, selama $\pm$ 6 jam ibu sudah ganti pembalut sebanyak 2 kali. Ibu mengatakan masih merasa nyeri pada luka bekas operasi dan ibu sudah bergerak tidur miring dan posisi duduk serta mulai jalan-jalan. Saat ini Ny. F merasa sangat lega karena persalinan berjalan lancar, dan saat ini sedang masa pemulihan dan belajar mandiri untuk merawat bayinya. Pengeluaran lochea rubra (+) dalam jumlah normal. Berdasarkan anamnesa maka saat kunjungan diagnosa Ny. F usia 29 tahun P2A0AH2 post SC hari kedua. Penatalaksanaan yang dilakukan rumah sakit yaitu memberikan KIE tentang mobilisasi dini, perawatan luka jahitan, kebersihan diri dan daerah kewanitaan, menjaga kehangatan bayi, memberikan ASI eksklusif agar tercipta bonding yang baik antara ibu dan bayi, tanda-tanda bahaya nifas, serta pemenuhan nutrisi untuk pemulihan kondisi ibu.

b. *Post natal care* (PNC) II

Tanggal 06 April 2026 pukul 16.00 WIB melaksanakan kunjungan nifas. Ny. F mengatakan sudah kontrol setelah persalinan SC di RSUD Wates. Dari hasil kontrol luka jahitan sudah kering dan tidak lagi di verban. Hasil pemeriksaan KU ibu baik, kesadaran CM, TD 110/ 70 x/mnt, Nadi 89 x/mnt, Suhu 36.7°C, Respirasi 20 x/mnt. Palpasi TFU pertengahan simpisis pusat, jahitan operasi sudah kering. Pengeluaran dari jalan lahir berwarna coklat seperti awal menstruasi. Penatalaksanaan memberitahu ibu hasil pemeriksaannya, menilai adanya tanda – tanda demam, infeksi masa nifas. Memastikan ibu mendapat istirahat cukup, memastikan ibu mendapatkan makanan yang bergizi dan cukup cairan. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar.

4. Asuhan Neonatus

a. Kunjungan Neonatus 1

Dilakukan bidan pada tanggal 1 April 2026 jam 18.00 WIB di RSUD Wates saat bayi Ny. F berusia 2 hari. Ny. F mengatakan bahwa bayi sudah mulai menyusu pada ibu, bayi juga sudah BAB dan BAK normal. Pemeriksaan pada bayi yang dilakukan oleh bidan di RSUD Wates secara umum hasil normal, bayi gerak aktif dan tidak demam.

b. Kunjungan Neonatus II

Bidan melakukan kunjungan ke rumah Ny. F pada tanggal 6 April 2026 pukul 14.00 WIB. Pada anamnesa ibu mengatakan bayi tidak ada keluhan, ASI sudah keluar lancar dan bayi menyusu dengan baik. Ibu menyusui setiap saat bayi ingin menyusu atau minimal 2 jam sekali. BAB 3-4x sehari dan BAK 6-8x sehari. Tali pusat bayi belum lepas. BB bayi sudah naik dari awal lahir 3280 gram saat kontrol tanggal 5 April 2026 menjadi 3310 gram. Pada pemeriksaan fisik bayi tidak tampak ikterik, refleks hisap baik, S: 36.5°C, tampak tali pusat kering. Diagnosa By. Ny F usia 7 hari dengan neonatus normal.

Penatalaksanaan yang dilakukan bidan antara lain memberikan KIE tentang personal hygiene pada bayi, menganjurkan untuk memberikan ASI eksklusif, memberikan edukasi ibu tentang cara menyusui yang benar, memberitahu ibu tanda bahaya pada bayi dan memberitahu tentang jadwal imunisasi yang diperlukan bayi.

5. Asuhan KB

a. Kunjungan KB I

Pada tanggal 6 April 2026 bidan melakukan kunjungan rumah. Ibu menyatakan belum menggunakan kontrasepsi karena saat akan operasi sebelumnya tidak ditawarkan metode KB. Ibu juga merasa bingung dalam memilih metode kontrasepsi yang cocok dan aman. Hasil pemeriksaan menunjukkan kondisi umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 89 x/menit, dan suhu 36,7°C. Berdasarkan hasil tersebut, ibu Ny. F usia 29 tahun P2A0AH2 masa nifas hari ke-7 *post sectio caesarea* dengan nonkontrasepsi. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberikan informasi bahwa kondisi ibu dalam keadaan baik, memberikan KIE tentang berbagai metode kontrasepsi, menganjurkan ibu segera menentukan pilihan KB sebelum masa nifas berakhir, tetap memberikan ASI eksklusif, menjaga pemenuhan nutrisi dan istirahat yang cukup serta menghindari stres, serta melibatkan suami dalam pengambilan keputusan terkait pemilihan alat kontrasepsi.

b. Kunjungan KB II

Pada tanggal 13 April 2026 dilakukan kunjungan ke rumah Ny. F. ibu menyampaikan bahwa telah berdiskusi dengan suami dan memutuskan untuk menggunakan KB IUD setelah masa nifas selesai sesuai anjuran dokter terkait waktu pemasangannya. Hasil pemeriksaan menunjukkan kondisi umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 88 x/menit, dan suhu 36,6°C. Ny. F usia 29 tahun P2A0AH2 masa nifas hari ke-14 *post sectio caesarea* dengan non kontrasepsi. Penatalaksanaan yang

dilakukan yaitu memberitahu ibu bahwa kondisi saat ini baik, memberikan penguatan bahwa pilihan KB IUD sudah tepat karena termasuk metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP), menganjurkan ibu untuk mengikuti anjuran dokter terkait waktu pemasangan IUD, menyarankan ibu untuk datang ke Puskesmas untuk pemasangan IUD dan memberikan KIE mengenai penggunaan kontrasepsi sementara sebelum pemasangan IUD setelah masa nifas selesai, serta menyarankan ibu untuk melakukan kontrol ke fasilitas kesehatan terdekat apabila terdapat keluhan.

B. Kajian Teori

1. Asuhan Berkelanjutan (*Continuity of Care*)

Continuity of care dalam kebidanan merupakan serangkaian kegiatan pelayanan berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, serta keluarga berencana.⁸ Kemenkes RI menyatakan bahwa Asuhan Kebidanan Berkelanjutan terdiri dari Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual diselenggarakan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara menyeluruh terpadu dan berkesinambungan. *Continuity of care* yang dilakukan oleh bidan pada umumnya berorientasi untuk meningkatkan kesinambungan pelayanan dalam suatu periode.

Continuity of care memiliki 3 jenis pelayanan yaitu manajemen, informasi dan hubungan. Kesinambungan manajemen melibatkan komunikasi antar perempuan dan bidan. Kesinambungan informasi menyangkut ketersediaan waktu yang relevan. Kedua hal tersebut penting untuk mengatur dan memberikan pelayanan kebidanan.⁹ 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.¹⁰

2. Kehamilan

a. Definisi

Proses Kehamilan merupakan mata rantai yang bersinambung dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm.¹¹ Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi menjadi 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan.¹²

b. Perubahan anatomi dan fisiologis

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

Pada kehamilan cukup bulan ketebalan dinding uterus awalnya 5 mm dan beratnya 2 ons menjadi lebih dari 2 pon. Kapasitas awal kurang dari 10 ml meningkat menjadi 5000 ml atau lebih.¹³

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
Dua jari di bawah prosesus Xifoideus	40 minggu

Sumber: Manuaba dkk, 2010

Dalam memantau tumbuh kembang janin dengan mengukur Tinggi Fundus Uteri (TFU) dalam satuan sentimeter (cm) dengan alat pengukur metlin bahwa TFU sama dengan ± 2 cm dari usia kehamilan saat itu.¹⁴

b) Vagina dan Vulva

Akibat peningkatan hormon estrogen, vagina dan vulva mengalami hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva berwarna tampak lebih cerah, agak kebiruan (livide).¹⁴

c) Mammae

Mammae akan membesar, tegang, memiliki unsur laktogenik, dan memengaruhi sejumlah perubahan metabolik akibat adanya hormon somatomamotropin 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.¹³

2) Sistem Muskuloskeletal

Ligamen pelvis mengalami relaksasi dalam pengaruh relaksin dan esterogen, yang memungkinkan pelvis meningkat kemampuan

mengakomodasi bagian presentasi selama kala akhir kehamilan dan persalinan. Simfisis pubis akan melebar dan sendi sakro-koksigeal menjadi longgar, memungkinkan koksigis tergeser. Perubahan ini menyebabkan rasa tidak nyaman di punggung bawah seperti nyeri punggung bawah dan nyeri ligamen.¹⁵

3) 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.¹⁶

4) Sistem Metabolisme

Pada ibu hamil Basal Metabolic Rate (BMR) bertambah tinggi hingga 15-20 % yang umumnya ditemui pada trimester ketiga dan membutuhkan banyak kalori untuk dipenuhi sesuai kebutuhannya.¹⁷ Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sedangkan pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing 0,5 kg dan 0,3 kg.¹²

Tabel 2. Rekomendasi Penambahan Berat Badan Selama Kehamilan

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

Sumber: Saifuddin dkk, 2009

5) 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.¹⁴

b. 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.¹⁸

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.¹⁹

a) Kelompok faktor risiko

Faktor risiko pada ibu hamil dikelompokkan dalam 3 kelompok, berdasarkan kapan ditemukannya, cara pengenalan dan sifat/tingkat risikonya. Kelompok factor risiko dikelompokkan sebagaiberikut:¹⁹

(1) 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

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

Sumber: Rochjati(2015)

(2) 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

No	Faktor Risiko(FRII)	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

No	Faktor Risiko(FRII)	Batasan Kondisi Ibu
	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	Letak sungsang	Rasa berat menunjukan letak dari kepala janin di atas perut; kepala bayi ada diatas dalam rahim
8	Latak lintang	Rasa berat menunjukkan letak kepala janin di samping perut; kepala bayi dalam rahim terletakdi sebelah kanan atau kiri.

Sumber:Rochjati(2015)

(3) Kelompok III

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

Tabel 5. Faktor Risiko yang Terdapat dalam Kelompok III

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

Sumber:Rochjati(2015)

3. Persalinan

a. Definisi

Persalinan adalah serangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu, yang dimulai dengan kontraksi persalinan sejati ditandai oleh perubahan progresif pada serviks dan diakhiri dengan kelahiran plasenta. Menjelang persalinan, otot polos uterus mulai menunjukkan aktivitas kontraksi secara terkoordinasi, diselingi dengan suatu periode relaksasi dan mencapai puncaknya menjelang persalinan, serta secara berangsur menghilang pada periode postpartum. Mekanisme regulasi yang mengatur aktivitas kontraksi myometrium selama kehamilan, persalinan, dan kelahiran, sampai saat ini masih belum jelas benar. Persalinan dapat dibedakan menjadi tiga, yaitu:²⁰

1. Persalinan Spontan

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

2. Persalinan Buatan

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

3. Persalinan Anjuran

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

b. Etiologi

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

menyebabkan mulainya proses persalinan belum diketahui sehingga hanya ada teori-teori antara lain disebabkan oleh hormon, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh tekanan pada saraf, dan nutrisi. Dengan demikian dapat disebutkan beberapa teori yang dapat menyebabkan persalinan yaitu sebagai berikut:²¹

1) Teori Penurunan Progesteron

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

2) Teori Oksitosin

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

3) Teori Keregangan Otot Rahim

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

4) Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan.

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

5) Teori Janin

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

6) Teori Plasenta Menjadi Tua

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

c. Faktor yang mempengaruhi persalinan

Terdapat 4 faktor yang mempengaruhi kemajuan persalinan yaitu:

1. *Passage* (jalan lahir) yang meliputi ukuran panggul, bentuk panggul dan kemampuan serviks untuk membuka dan kemampuan vagina untuk meregang.
2. *Passenger* (janin) yang meliputi ukuran janin, terutama kepala janin, sikap janin, yang mendeskripsikan hubungan antara kepala, bahu, dan tungkai janin terhadap satu sama lain, letak janin, yang menunjukkan hubungan antara aksis panjang janin dengan aksis panjang ibu, presentasi janin, yang mendeskripsikan bagian janin yang masuk panggul pertama kali, posisi janin, yang menunjukkan arah bagian presentasi menghadap yaitu depan, samping, atau belakang panggul ibu.

3. *Power* (tenaga) yang meliputi frekuensi, durasi, dan intensitas kontraksi uterus, tekanan abdomen yang terjadi akibat mengejan pada kala II persalinan.
4. *Psycho* (kondisi psikis) yang meliputi persiapan fisik, emosi, dan intelektual ibu, pengalaman melahirkan ibu sebelumnya, sikap budaya ibu, dukungan dari orang yang penting bagi ibu.

d. Tanda persalinan

Tanda-tanda persalinan diantaranya adalah: ²¹

1) Tanda-tanda Persalinan Sudah Dekat

a) *Lightening*

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

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

b) Terjadinya His Permulaan

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

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

2) Tanda Masuk dalam Persalinan

a) Terjadinya His Persalinan

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

(1) *Bloody Show*

(2) Pengeluaran Cairan

e. Pathways Persalinan Normal

The flowchart illustrates the physiological and psychological changes during labor and delivery, starting from the onset of labor (HLS) and branching into various stages and outcomes.

Physiological Changes:

- Kelahiran dalam** (Intrauterine Birth) leads to **Perubahan hormon estrogen dan progesteron** (Hormonal changes).
- Perubahan plasenta** (Placental changes) leads to **Distensi peregang serviks** (Cervical stretching) and **Ekstensi melambak** (Slowing extension).
- HLS** (Onset of Labor) leads to **Power** (Power), **Pasangan** (Partner), and **Pasangan jalan lahir** (Partner's birth canal).
- Power** leads to **HLS (kontraksi otot rahim)** (Uterine contractions), **Kontraksi otot dinding perut** (Abdominal muscle contractions), **Kontraksi diafragma pelvis atas ke bawah mengempon** (Diaphragm contraction from upper to lower pelvis), and **Ketegangan dan kontraksi ligamentum retinaculum** (Tension and contraction of the retinaculum ligament).
- Pasangan** leads to **Jeram dan plasenta** (Hair and placenta).
- Pasangan jalan lahir** leads to **Perubahan kepala masuk panti PAP** (Head changes entering the PAP).
- Perubahan kepala masuk panti PAP** leads to **Perubahan TFU, pelekakan serviks, pendataran serviks, dilatasi pembukaan serviks** (Changes in fundal height, relaxation of the cervix, flattening of the cervix, and dilation of the cervical opening).
- Perubahan TFU, pelekakan serviks, pendataran serviks, dilatasi pembukaan serviks** leads to **Patus spontan** (Spontaneous delivery).
- Patus spontan** leads to **Pembukaan lengkap** (Complete opening).
- Pembukaan lengkap** leads to **Pengeluaran jeram** (Expulsion of hair).
- Pengeluaran jeram** leads to **Trauma jalan lahir** (Birth canal trauma) and **Luka** (Wound).
- Trauma jalan lahir** leads to **Trauma dan kedingkian kemih dan sekitarnya** (Trauma and urinary bladder and surrounding areas).
- Luka** leads to **Nyeri akut** (Acute pain) and **Risiko tinggi infeksi** (High risk of infection).
- Trauma dan kedingkian kemih dan sekitarnya** leads to **Over distensi** (Overdistension).
- Over distensi** leads to **Perubahan eliminasi urine** (Changes in urine elimination).
- Nyeri akut** leads to **Aktifitas terbatas** (Limited activity).
- Risiko tinggi infeksi** leads to **Imunobilitasi** (Immobility).
- Aktifitas terbatas** leads to **Perubahan peristaltik** (Changes in peristalsis).
- Imunobilitasi** leads to **Konstipasi** (Constipation).
- Perubahan peristaltik** leads to **Konstipasi** (Constipation).
- Perubahan peristaltik** leads to **Perubahan psikologis** (Psychological changes).
- Perubahan psikologis** leads to **Fase taking and taking hold** (Taking and holding phase) and **Fase letting go** (Letting go phase).
- Fase taking and taking hold** leads to **Kurang pengetahuan** (Lack of knowledge).
- Fase letting go** leads to **Perubahan peran** (Role change).
- Kurang pengetahuan** leads to **Perubahan peran** (Role change).
- Perubahan peran** leads to **Perubahan psikologis** (Psychological changes).
- Perubahan psikologis** leads to **Perubahan hormon estrogen dan progesteron** (Hormonal changes).
- Perubahan hormon estrogen dan progesteron** leads to **Hipofise anterior** (Anterior pituitary) and **Hipofise posterior** (Posterior pituitary).
- Hipofise anterior** leads to **Proletin** (Prolactin) and **Proteksi ASI** (Breast milk protection).
- Hipofise posterior** leads to **Oksitosin** (Oxytocin) and **Ekskresi ASI** (Breast milk excretion).
- Proletin** leads to **Produksi ASI** (Breast milk production).
- Produksi ASI** leads to **Pembengkakan payudara** (Breast swelling).
- Pembengkakan payudara** leads to **Nyeri** (Pain).
- Oksitosin** leads to **Kontraksi uterus** (Uterine contraction).
- Ekskresi ASI** leads to **Kuant** (Quantity) and **Lemah** (Weakness).
- Kontraksi uterus** leads to **Kuant** (Quantity) and **Lemah** (Weakness).
- Kuant** leads to **Intoksikasi uteri** (Uterine intoxication).
- Lemah** leads to **Resiko perdarahan** (Risk of bleeding).
- Intoksikasi uteri** leads to **Resiko tinggi terhadap kelainan volume cairan** (High risk of fluid volume abnormalities).
- Resiko perdarahan** leads to **Resiko tinggi terhadap kelainan volume cairan** (High risk of fluid volume abnormalities).
- Resiko tinggi terhadap kelainan volume cairan** leads to **Perubahan psikologis** (Psychological changes).

Psychological Changes:

- Perubahan psikologis** (Psychological changes) leads to **Fase taking and taking hold** (Taking and holding phase) and **Fase letting go** (Letting go phase).
- Fase taking and taking hold** leads to **Kurang pengetahuan** (Lack of knowledge).
- Fase letting go** leads to **Perubahan peran** (Role change).
- Kurang pengetahuan** leads to **Perubahan peran** (Role change).
- Perubahan peran** leads to **Perubahan psikologis** (Psychological changes).
- Perubahan psikologis** leads to **Perubahan hormon estrogen dan progesteron** (Hormonal changes).
- Perubahan hormon estrogen dan progesteron** leads to **Hipofise anterior** (Anterior pituitary) and **Hipofise posterior** (Posterior pituitary).
- Hipofise anterior** leads to **Proletin** (Prolactin) and **Proteksi ASI** (Breast milk protection).
- Hipofise posterior** leads to **Oksitosin** (Oxytocin) and **Ekskresi ASI** (Breast milk excretion).
- Proletin** leads to **Produksi ASI** (Breast milk production).
- Produksi ASI** leads to **Pembengkakan payudara** (Breast swelling).
- Pembengkakan payudara** leads to **Nyeri** (Pain).
- Oksitosin** leads to **Kontraksi uterus** (Uterine contraction).
- Ekskresi ASI** leads to **Kuant** (Quantity) and **Lemah** (Weakness).
- Kontraksi uterus** leads to **Kuant** (Quantity) and **Lemah** (Weakness).
- Kuant** leads to **Intoksikasi uteri** (Uterine intoxication).
- Lemah** leads to **Resiko perdarahan** (Risk of bleeding).
- Intoksikasi uteri** leads to **Resiko tinggi terhadap kelainan volume cairan** (High risk of fluid volume abnormalities).
- Resiko perdarahan** leads to **Resiko tinggi terhadap kelainan volume cairan** (High risk of fluid volume abnormalities).
- Resiko tinggi terhadap kelainan volume cairan** leads to **Perubahan psikologis** (Psychological changes).

References:

- Bobak (2000)
- Dwiyanti (1998)
- Farr (1999)
- Muramba (1998)
- Muramba (2003)
- Mochtar (1998)
- Ravirahardjo (2000)

4. Bayi Baru Lahir

a. Definisi

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.²²

b. Klasifikasi Neonatus²²

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. Neonatus 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)

c. 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.²³

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.²⁴

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 dandiselimuti walaupun berada dalam ruangan yang hangat. Pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi.

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.

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.

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.

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.

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.

d. Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya tiga kali yaitu:²⁵

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.

5. Nifas dan Menyusui

a. Definisi

Masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan. Masa nifas dimulai setelah

kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira – kira 6 minggu.²⁶

b. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

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

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

Involusi uteri dapat dikatakan sebagai proses kembalinya uterus pada keadaan semula atau keadaan sebelum hamil setelah melahirkan. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah seperti berikut ini:^{26,27}

Tabel 6. Perubahan Uterus Masa Nifas

Involusi	TFU		Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat		1000gr
Uri lahir	2 jari bawah pusat		750gr
1 minggu	Pertengahan simpisis	pusat	500 gr
2 minggu	Tidak teraba simpisis	diasas	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 7. 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.

2) 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.²⁶

3) Tanda tanda vital²⁸

a) Suhu Badan

Pasca melahirkan dapat naik +0,5o 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.

e) 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.²⁹

4) Sistem Sistem kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam hilang darah sekitar 300-400 cc. Perubahan terdiri dari volume darah dan hemokonsentrasi. Apabila pada persalinan pervaginam, hemokonsentrasi akan naik dan pada SC hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu.³⁰

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.³¹

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.³²

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.³³

d. 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:³⁴

- 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:³⁵

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* (Mengambil Alih Tugas sebagai Ibu Tanpa Bantuan NAKES)

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

e. 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.³⁶

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 jumlah 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.^{27,37} 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 susunannya harus seimbang, porsiya cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung alkohol, 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 sembuh luka (jika ada luka). Jika tidak ada kelainan, lakukan mobilisasi sedini mungkin, yaitu dua jam setelah persalinan 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.³⁶ 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 makanantinggi 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 kekiri atau kekanan 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.

f. 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.

g. 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.³⁶

- 1) Kunjungan Nifas Pertama (KF1) Adalah 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) Adalah 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) Adalah 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 ia alami dan memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, dan tandatanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.
- 4) Kunjungan Nifas Keempat (KF4) Adalah 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.

6. Keluarga Berencana

a. Definisi

Keluarga berencana merupakan usaha suami istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Prinsip dasar metode kontrasepsi adalah mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi telur wanita (fertilisasi) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang didalam rahim.³⁸

b. Tujuan Keluarga Berencana

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

yang kokoh bagi pelaksana program KB di masa mendatang untuk mencapai keluarga berkualitas.³⁹

Keluarga berencana memiliki beberapa tujuan yaitu: ³⁹

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

c. Sasaran Keluarga Berencana

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

Sasaran tidak langsung KB yaitu: ³⁹

- 1) Kelompok remaja usia 15-19 tahun karena remaja bukan target untuk menggunakan alat kontrasepsi secara langsung melainkan termasuk kelompok yang beresiko untuk melakukan hubungan seksual. Sehingga program KB pada sasaran remaja menjadi upaya promotif dan preventif untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan agar tidak berujung pada aborsi.
- 2) Organisasi-organisasi, lembaga kemasyarakatan, instansi pemerintah maupun swasta serta tokoh masyarakat dan pemuka agama yang diharapkan dapat memberikan dukungan kelembagaan dua anak cukup

d. Definisi Kontrasepsi

Kontrasepsi berasal dari kata kontra dan konsepsi. Kontra yang berarti "melawan" atau mencegah", sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur yang matang dengan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Jadi kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan akibat adanya pertemuan antara sel telur³⁹

e. Prinsip Kerja Kontrasepsi

Cara kerja kontrasepsi pada dasarnya adalah meniadakan pertemuan antara sel telur (ovum) dengan sel mani (sperma). Ada tiga cara untuk mencapai tujuan tersebut diantaranya adalah menekan keluarnya sel telur (ovulasi), menahan masuknya sperma ke dalam saluran kelamin wanita sampai mencapai ovum dan yang ketiga adalah menghalangi nidasi.³⁹

f. Macam-macam Metode Kontrasepsi

Macam-macam metode kontrasepsi dibagi atas antara lain:^{39,40}

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

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

b) Kontrasepsi mantap pada pria

Medis Operatif Pria (MOP), penyumbatan vas deferens secara mekanis dan penyumbatan vas deferens secara kimiawi.³⁹

g. Jenis Alat Kontrasepsi

Macam-macam alat kontrasepsi yang aman dan tidak mengganggu laktasi meliputi metode amenhorea 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: ^{38,39}

1) Metode Amenore Laktasi (MAL)

Metode Amenore 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

Segara 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.

3) 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).

1. 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.
2. Keterbatasan suntik progesteron Sering ditemukan gangguan haid, klien tergantung pada pelayanan kesehatan, tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu, terlambatnya kembali kesuburan setelah berhenti penghentian pemakaian.

4) 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).

5) 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.³⁸

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.

6) Kondom

Yakni alat kontrasepsi yang dibuat dari karet yang dipergunakan dipenis laki laki untuk menghindari sperma masuk kedalam vagina. Kondom termasuk kontrasepsi non hormonal.³⁸Yaitu 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 menngganggu hubungan seksual, dapat menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi, harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual, kondom rusak pada saat akan digunakan untuk hubungan seksual.

7. Ketuban Pecah Dini

a. Pengertian

Ketuban pecah dini (KPD) adalah kondisi di mana selaput ketuban pecah sebelum terdapat tanda-tanda persalinan dan setelah menunggu selama satu belum muncul tanda-tanda persalinan aktif. KPD dapat terjadi pada kehamilan aterm maupun pada kehamilan preterm. KPD merupakan salah satu keadaan kegawatdaruratan dalam bidang obstetri

karena kondisi ini menimbulkan risiko untuk ibu dan anak (Mardiyanti dan Hardiati 2023).

Ketuban pecah dini juga dikenal sebagai *premature rupture of membranes* (PROM), adalah kondisi di mana selaput ketuban pecah sebelum adanya tanda persalinan. Jika PROM terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu, kondisi ini disebut sebagai *preterm premature rupture of membranes* (PPROM) (Indrasuari, Pariartha, dan Wijaya 2023).

b. Etiologi

Ketuban pecah dini dapat terjadi akibat berkurangnya kekuatan membran atau meningkatnya tekanan intrauterin atau kombinasi dari kedua faktor tersebut. Penurunan kekuatan membran bisa disebabkan oleh infeksi yang seringkali berasal dari vagina atau serviks. Namun, penyebab pasti KPD belum diketahui atau tidak dapat ditemukan secara pasti (D. W. Astuti 2023).

Faktor risiko yang dapat menyebabkan KPD antara lain :

1) Pekerjaan

Kejadian ketuban pecah sebelum waktunya dapat disebabkan oleh kelelahan akibat aktivitas kerja yang berat. Oleh karena itu, ibu hamil disarankan untuk menghindari melakukan pekerjaan yang berat. Pola pekerjaan ibu hamil berpengaruh terhadap kebutuhan energi mereka. Aktivitas fisik yang berlebihan saat hamil dapat menyebabkan kelelahan yang berpotensi melemahkan korion amnion sehingga mengakibatkan KPD (Saifuddin dalam Fahimah 2020).

2) Paritas

Kehamilan pada paritas kedua dan ketiga dianggap lebih aman dalam masa reproduktif, karena dinding rahim belum mengalami banyak perubahan, dan serviks belum sering mengalami pembukaan sehingga mampu menopang selaput ketuban dengan baik. Sebaliknya, ibu dengan riwayat paritas tinggi lebih berisiko

mengalami KPD. Hal ini disebabkan oleh vaskularisasi pada rahim mengalami gangguan yang menyebabkan jaringan ikat selaput ketuban menjadi lebih rapuh sehingga mudah mengalami pecah secara spontan (Saifuddin dalam Fahimah 2020).

3) Umur Ibu

Umur dibagi menjadi 3 kategori, yaitu 35 tahun. Usia reproduksi yang dianggap aman untuk kehamilan dan persalinan adalah usia 20-35 tahun. Pada usia ini, organ reproduksi sudah matang dan siap untuk proses kehamilan. Kehamilan yang terjadi pada usia 35 tahun juga memiliki risiko kesehatan yang lebih tinggi baik bagi ibu maupun bayinya (Sarwono dalam Fahimah 2020).

4) Riwayat KPD sebelumnya

Wanita yang memiliki riwayat KPD sebelumnya memiliki risiko 2-4 kali lebih tinggi mengalami KPD kembali. Patogenesis KPD secara singkat melibatkan penurunan kandungan kolagen dalam membran ketuban, yang memicu terjadinya KPD dan juga ketuban pecah preterm. Wanita yang pernah mengalami KPD pada kehamilan sebelumnya atau 8 menjelang persalinan memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami KPD pada kehamilan berikutnya dibanding dengan wanita yang tidak pernah mengalami KPD sebelumnya. Hal ini disebabkan oleh komposisi membran ketuban yang menjadi rapuh dan kandungan kolagen yang semakin menurun pada kehamilan berikutnya (Sarwono dalam Fahimah 2020).

5) Anemia

Anemia selama kehamilan dapat membuat ibu hamil kurang mampu menghadapi kehilangan darah dan membuatnya rentan terhadap infeksi. Selain itu, anemia juga dapat menyebabkan hipoksia pada janin dan meningkatkan risiko persalinan prematur. Meskipun tampaknya janin dapat menyerap berbagai nutrisi dari ibunya, anemia dapat mengurangi kemampuan metabolisme tubuh, sehingga pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim

terganggu. Salah satu dampak anemia pada kehamilan meningkatnya risiko KPD (Sarwono dalam Fahimah 2020).

Menurut WHO dalam penelitian Rahmawati dan Ratulohain (2022) anemia berdasarkan hasil pemeriksaan dapat digolongkan menjadi :

- a) HB > 11 gr/dL, tidak anemia
- b) HB 10,0-10,9 gr/dL anemia ringan
- c) HB 7,0-9,9 gr/dL anemia sedang
- d) HB < 7 gr/dl Anemia berat

6) Kehamilan Ganda

Kehamilan ganda adalah kondisi di mana terdapat dua janin atau lebih. Kehamilan kembar memberikan risiko lebih tinggi baik bagi janin maupun ibu. Salah satu risikonya adalah KPD, pada kembar dua 50% dan kembar tiga meningkat hingga 90% (Prawirohardjo dalam Fahimah 2020). Hamil ganda dapat meningkatkan ketegangan rahim yang dapat menyebabkan selaput ketuban pecah sebelum waktunya. Kehamilan ganda menyebabkan distensi uterus yang berlebihan, yang dapat meningkatkan ketegangan rahim secara signifikan. Hal ini disebabkan oleh volume yang lebih besar dari isi rahim dan kantung (selaput ketuban) relatif kecil, tanpa pertahanan di bagian bawah rahim. Akibatnya, selaput ketuban menjadi tipis dan mudah pecah. Penyebabnya meliputi peningkatan massa plasenta dan produksi hormon yang dapat membuat ketegangan rahim meningkat, sehingga selaput ketuban dapat pecah sewaktu-waktu (Fahimah 2020).

7) Presentasi Janin

Pada tahap kehamilan akhir, janin tumbuh dengan cepat sehingga jumlah air ketuban relatif berkurang. Posisi bokong dengan kedua tungkai yang terlipat cenderung lebih besar dari pada kepala, menyebabkan bokong dipaksa menempati ruangan yang lebih luas di fundus uterus, sementara kepala berada di ruang yang lebih kecil

di segmen bawah uterus. Posisi sungsang ini dapat menyebabkan ketegangan rahim meningkat, yang dapat menyebabkan selaput ketuban pecah sebelum waktunya (Fahimah, 2020). Malpresentasi janin dapat meningkatkan risiko terjadinya KPD. Malpresentasi janin atau kelainan letak janin dapat membuat ketuban bagian yang terendah langsung menerima tekanan intra uteri yang dominan yaitu letak sungsang. Letak janin dalam rahim dipengaruhi oleh adaptasi janin terhadap ruangan dalam uterus yang tersedia. Pada kehamilan > 32 minggu, volume cairan ketuban lebih banyak memungkinkan janin bergerak lebih bebas, yang menyebabkan janin dalam posisi sungsang (Fahimah 2020).

8) Makrosomia

Kehamilan dengan makrosomia, di mana berat badan neonatus >4000 gram. Ini dapat menimbulkan distensi uterus yang berlebihan dan meningkatkan tekanan intra uterin yang dapat menekan selaput ketuban. Akibatnya, Selaput ketuban menjadi teregang, tipis, dan kekuatan membrannya menurun, sehingga meningkatkan risiko terjadinya KPD (Prawirohardjo dalam Fahimah 2020).

c. Patofisiologi

Proses terjadinya KPD dimulai dengan terjadi pembukaan serviks secara prematur, yang kemudian diikuti devaskularisasi kulit ketuban. Devaskularisasi ini menyebabkan nekrosis, sehingga jaringan ikat yang menopang ketuban makin berkurang. Selain itu, melemahnya daya tahan ketuban dipercepat dengan adanya infeksi yang mengeluarkan enzim proteolitik dan kolagenase. Akibatnya, ketuban pecah secara spontan (Putri Alfionita dan Lestari 2022).

d. Tanda dan Gejala

Tanda-tanda KPD meliputi keluarnya cairan ketuban yang merembes melalui vagina, dengan aroma yang berbeda seperti berbau amis dan tidak seperti bau amoniak. Cairan ini dapat berwarna pucat,

putih keruh, jernih, kuning, hijau atau kecoklatan. Produksi cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi hingga kelahiran. Saat ibu hamil duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah bisa menutup atau menyumbat kebocoran untuk sementara waktu. Gejala lain yang dapat terjadi termasuk demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, dan peningkatan denyut jantung janin (Sefin 2022).

e. Diagnosis

Menurut Prawirohardjo (2012) dalam penelitian Sefin (2022) diagnosis ketuban Pecah Dini, yaitu sebagai berikut:

- 1) Mengkonfirmasi pecahnya selaput ketuban dengan memeriksa ada tidaknya cairan ketuban di vagina. Jika tidak terlihat adanya cairan ketuban, dokter dapat mencoba menggerakkan sedikit bagian terbawah janin atau meminta pasien agar batuk atau mengejan.
- 2) Cairan ketuban juga dapat diverifikasi menggunakan tes lakmus (Nitrazin Test) di mana terjadi perubahan warna dari merah menjadi biru pada kertas lakmus sebagai tanda positifnya.
- 3) Menentukan usia kehamilan (jika perlu dilakukan dengan pemeriksaan USG).
- 4) Memeriksa apakah terdapat infeksi intrauterin. Tanda-tanda infeksi adalah apabila suhu ibu lebih dari 38°C, air ketuban keruh dan berbau, dan leukosit darah $>15.000/\text{mm}^3$. Pada janin dapat mengalami takikardia.
- 5) Memeriksa adanya tanda-tanda persalinan dan skoring pelvik.
- 6) Memeriksa adanya kontraksi yang teratur dan melakukan pemeriksaan dalam apabila akan dilakukan penanganan aktif (terminasi kehamilan).

f. Komplikasi

Adapun pengaruh KPD terhadap ibu dan janin penelitian Sefin (2022) yaitu:

- 1) Prognosis Ibu KPD dapat menyebabkan komplikasi pada ibu seperti infeksi dalam persalinan, infeksi pasca persalinan, partus lama, perdarahan pasca persalinan, peningkatan tindakan operatif obstetrik, serta risiko morbiditas dan mortalitas maternal yang meningkat.
- 2) Prognosis Janin Komplikasi yang dapat akibat KPD pada janin termasuk prematuritas (sindrom distes pernapasan, hipotermia, masalah pemberian makanan neonatal), retinopati prematur, perdarahan intraventrikular, enterokolitis nekrotik, gangguan otak dan risiko cerebral palsy, hiperbilirubinemia, anemia, sepsis, prolaps funikuli, hipoksia, dan asfiksia sekunder pusat, prolaps uteri, persalinan lama, skor APGAR rendah, ensefalopati, cerebral palsy, perdarahan intrakranial, gagal ginjal, distress pernapasan), dan oligohidromnion (menyebabkan sindrom deformitas janin, hipoplasia paru, deformitas ekstremitas dan pertumbuhan janin terhambat), serta risiko morbiditas dan mortalitas perinatal.

g. Penatalaksanaan

Menurut Putri Alfionita dan Lestari (2022) penanganan dari KPD bisa dilakukan dengan 2 cara yaitu:

- 1) Konservatif :
 - a) Rawat di rumah sakit.
 - b) Berikan Antibiotika (Ampisilin 4 x 500 mg atau Eritromisin bila tak tahan Ampisilin) dan Metrodinazol 2 x 500 mg selama 7 hari.
 - c) Jika umur kehamilan < 32-34 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar atau sampai tidak keluar lagi.
 - d) Pada usia kehamilan 32-34 minggu dapat diberikan Steroid (Deksametason IM 5 mg setiap 6 jam, 4 kali sehari) untuk memacu kematangan paru janin. Jika memungkinkan, periksa kadar lesitin dan sphingomyelin tiap minggu.
 - e) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, belum inpartu, tidak ada infeksi, dan tes busa negatif, pemberian Deksametason

disarankan, sambil memantau tanda- tanda infeksi dan kesejahteraan janin. Dapat dilakukan terminasi pada usia kehamilan 37 minggu.

- f) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah inpartu, tidak ada infeksi, berikan tokolitik (Salbutamol), Deksametason dan induksi sesudah 24 jam.
- g) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi beri antibiotik dan lakukan induksi.
- h) Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intra uterin).

2) Aktif

- a) Kehamilan >37 minggu, dapat diinduksi dengan oksitosin. Bila gagal lakukan seksio sesarea. Dapat pula diberikan Misoprostol 50 µg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali.
- b) Jika terdapat tanda-tanda infeksi, pemberian antibiotik dosis tinggi dianjurkan dan persalinan harus segera diakhiri. Jika pembukaan serviks mencapai 3 cm, induksi persalinan dapat dilakukan dengan tujuan melahirkan secara pervaginam.