

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

1. Asuhan Kebidanan Kehamilan

a. 23 Februari 2026 (ANC TM III di Puskesmas)

Pengkajian pada ibu hamil ini dilakukan pada tanggal 23 februari 2026 pada Ny. D usia 36 tahun G3P1Ab1Ah1 usia kehamilan 31 minggu dengan kehamilan gemelli. Berdasarkan hasil pengkajian data subjektif, diperoleh bahwa ibu mengeluhkan sering mengalami kesemutan pada tangan dan kaki serta vitamin kehamilan yang telah habis. Kehamilan ini merupakan kehamilan yang diinginkan dan ibu merasa bersyukur atas kehamilan yang sedang dijalani. Ibu menikah satu kali pada usia 23 tahun dan telah menjalani pernikahan selama 13 tahun dengan dukungan keluarga yang baik terhadap kehamilannya. Riwayat menstruasi ibu normal dengan menarche usia 11 tahun, siklus teratur 28 hari, lama menstruasi 6-7 hari, dan tidak terdapat keluhan *flour albus* maupun *dismenore*.

Berdasarkan riwayat kehamilan saat ini, ibu rutin melakukan *antenatal care* sejak usia kehamilan 5 minggu 3 hari di puskesmas dengan kunjungan yang sesuai standar pada setiap trimester. Keluhan selama kehamilan meliputi mual muntah pada trimester pertama, kesemutan pada tangan yang terjadi pada trimester kedua hingga trimester ketiga disertai dengan kaki yang kadang bengkak. Pola nutrisi ibu cukup baik dengan konsumsi makanan bergizi seperti nasi, sayur, ayam, tahu, tempe, susu, dan air putih, meskipun asupan cairan masih perlu ditingkatkan. Aktivitas sehari-hari ibu masih melakukan pekerjaan rumah tangga seperti menyapu, mencuci, dan memasak dengan waktu istirahat malam sekitar 6-7 jam. *Personal hygiene* ibu baik, ditunjukkan dengan

kebiasaan mandi dua kali sehari, menjaga kebersihan genetalia, serta penggunaan pakaian dalam berbahan katun yang tidak lembab.

Riwayat obstetri menunjukkan bahwa ibu pernah melahirkan satu kali secara spontan aterm pada tahun 2014 dengan bayi perempuan berat lahir 2950 gram tanpa komplikasi, kemudian mengalami abortus pada tahun 2024. Saat ini ibu menjalani kehamilan ketiga dengan janin gemelli intrauterin. Riwayat kesehatan ibu dan keluarga tidak ditemukan penyakit sistemik seperti hipertensi, diabetes, maupun penyakit menular. Tidak terdapat riwayat keturunan kembar pada keluarga ibu maupun suami. Secara psikologis, ibu memiliki penerimaan yang baik terhadap kehamilan kembarnya dan memahami bahwa kondisi tersebut termasuk kehamilan risiko tinggi sehingga membutuhkan perhatian khusus dan pemantauan lebih ketat.

Berdasarkan data objektif, keadaan umum ibu baik dengan kesadaran *compos mentis*. Hasil pemeriksaan tanda vital menunjukkan tekanan darah 97/65 mmHg, MAP 75,66 mmHg, nadi 68 kali/menit, respirasi 21 kali/menit, dan suhu 36°C yang masih dalam batas normal. Pemeriksaan antropometri menunjukkan tinggi badan 155 cm, berat badan sebelum hamil 47 kg dan saat ini 61 kg dengan IMT normal serta LILA 26 cm yang menunjukkan status gizi ibu cukup baik. Pemeriksaan fisik kepala hingga ekstremitas tidak ditemukan kelainan maupun edema patologis. Pada pemeriksaan abdomen didapatkan perut membesar sesuai usia kehamilan gemelli dengan hasil palpasi Leopold menunjukkan letak janin melintang. Auskultasi denyut jantung janin terdengar pada dua *punctum maximum* dengan frekuensi 145 kali/menit dan 152 kali/menit yang menunjukkan kondisi kedua janin baik. Hasil pemeriksaan USG menunjukkan kehamilan gemelli intrauterin dengan kedua janin aktif, estimasi berat janin

1683 gram dan 1584 gram. Pemeriksaan laboratorium trimester pertama menunjukkan hemoglobin 11,2 g/dL, gula darah sewaktu normal, protein urine negatif, serta pemeriksaan infeksi menular seperti HIV, sifilis, dan hepatitis B negatif.

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut, Ny. D termasuk dalam kehamilan risiko tinggi karena usia ibu >35 tahun dan kehamilan gemelli. Oleh karena itu, penatalaksanaan asuhan kebidanan yang diberikan meliputi edukasi mengenai tanda bahaya kehamilan gemelli, anjuran istirahat cukup, mengurangi aktivitas berat, pemenuhan nutrisi tinggi protein dan kalsium, pemantauan gerakan janin, pemberian vitamin kehamilan, dukungan psikologis, serta rujukan ke rumah sakit untuk pemantauan lebih lanjut oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi. Selain itu, dilakukan pendampingan *continuity of care* mulai dari kehamilan hingga nifas dan keluarga berencana guna mendukung kesehatan ibu dan janin secara optimal.

b. 05 Maret 2026 (Kunjungan Rumah)

Pada kunjungan rumah tanggal 5 Maret 2026 pukul 13.00 WIB, usia kehamilan Ny. D telah memasuki 32 minggu 3 hari. Berdasarkan hasil anamnesis, ibu mengatakan masih mengalami kesemutan pada kedua tangan dan mulai merasakan bengkak pada kedua kaki terutama setelah beraktivitas cukup lama. Ibu mengatakan masih dapat melakukan aktivitas sehari-hari namun lebih mudah merasa lelah dibandingkan sebelumnya. Ibu juga mengatakan tidak terdapat keluhan lain seperti nyeri kepala, pandangan kabur, nyeri ulu hati, maupun kontraksi yang teratur.

Hasil pemeriksaan objektif menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis. Tanda vital dalam batas normal yaitu tekanan darah 101/66 mmHg, nadi 70 kali per menit, respirasi 21 kali per menit, dan suhu 36°C. Pemeriksaan mata menunjukkan konjungtiva merah muda dan sklera putih sehingga

tidak ditemukan tanda anemia. Pemeriksaan abdomen menunjukkan pembesaran uterus melebar sesuai kehamilan gemelli dengan letak lintang. Pada pemeriksaan ekstremitas ditemukan edema pada kedua kaki namun tidak disertai varises ataupun tanda preeklampsia lainnya.

Penatalaksanaan yang diberikan meliputi penyampaian hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu dan janin dalam keadaan baik serta tanda vital masih dalam batas normal. Ibu diberikan KIE mengenai kesemutan pada tangan dan kaki yang merupakan salah satu ketidaknyamanan trimester III. Ibu juga diberikan edukasi mengenai tanda bahaya edema patologis yang mengarah pada preeklampsia seperti bengkak mendadak pada wajah dan tangan, sakit kepala hebat, pandangan kabur, nyeri ulu hati, dan tekanan darah tinggi. KIE mengenai persiapan persalinan juga diberikan meliputi persiapan biaya, kendaraan, donor darah, perlengkapan ibu dan bayi, serta pendamping persalinan mengingat kehamilan gemelli memiliki kemungkinan persalinan lebih awal. Ibu juga diberikan edukasi mengenai tanda-tanda persalinan seperti kontraksi teratur, keluar lendir bercampur darah, nyeri pinggang menjalar ke perut bawah, dan pecahnya ketuban agar ibu dan keluarga mampu mengenali tanda persalinan sejak dini.

c. 17 Maret 2026 (*WhatsApp Chat*)

Pemantauan kehamilan ibu juga dilakukan melalui *WhatsApp Chat* pada tanggal 17 Maret 2026 pukul 17.00 WIB, dimana usia kehamilan Ny. D mencapai 34 minggu 1 hari. Ibu mengatakan pada tanggal 09 Maret 2026 mengalami pengeluaran flek darah disertai prongkol kecil sehingga segera memeriksakan diri ke IGD RSUD Panembahan Senopati. Setelah dilakukan pemeriksaan, ibu menjalani rawat inap selama tiga hari dengan diagnosis *Partus Prematurus Imminens* (PPI) dan ISK bakterial pada usia kehamilan ibu 33 minggu. Ibu mengatakan bahwa selama

perawatan telah mendapatkan terapi dan kondisinya kini membaik. Saat dilakukan pemantauan, ibu mengatakan tidak ada lagi pengeluaran flek darah, tidak terdapat keputihan, dan tidak merasa pusing. Ibu juga mengatakan mengetahui bahwa ISK yang dialaminya kemungkinan dipicu oleh kebiasaan sering menahan pipis selama beraktivitas di rumah.

Berdasarkan kondisi tersebut, ibu diberikan edukasi bahwa kebiasaan menahan BAK dapat meningkatkan risiko infeksi saluran kemih karena urine yang tertahan terlalu lama dapat mempermudah pertumbuhan bakteri di saluran kemih. Selanjutnya, pemberian KIE mengenai cara mencegah flek darah pada trimester III, KIE mengenai tanda bahaya trimester III seperti perdarahan pervaginam, sakit kepala hebat, pandangan kabur, bengkak pada wajah dan tangan, ketuban pecah dini, demam tinggi, dan gerakan janin berkurang.

2. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir

a. Asuhan Kebidanan Persalinan

Asuhan kebidanan persalinan pada Ny. D usia 36 tahun G3P1Ab1Ah1 usia kehamilan 34 minggu 2 hari dengan kehamilan gemelli, ketuban pecah dini, janin ganda intrauterine presentasi kepala dan presentasi bokong dilakukan di RSUD Panembahan Senopati Bantul berdasarkan pengkajian tanggal 17 Maret 2026 pukul 23.00 WIB. Berdasarkan data subjektif, ibu mengatakan keluar cairan dari jalan lahir sejak pukul 22.00 WIB yang dirasakan bukan air pipis. Ibu juga mengatakan merasakan kenceng-kenceng namun masih jarang dan belum adekuat. Ibu tidak mengeluhkan adanya flek darah maupun pusing. Berdasarkan hasil pemeriksaan di rumah sakit, keadaan umum ibu dalam kondisi baik dengan tekanan darah 121/76 mmHg. Hasil pemeriksaan obstetri melalui palpasi Leopold dan USG menunjukkan kehamilan gemelli intrauterine dengan presentasi

janin pertama kepala (preskep) dan janin kedua bokong (presbo). Pada pemeriksaan dalam didapatkan pembukaan serviks 2 cm dengan ketuban yang sudah rembes.

Berdasarkan kondisi tersebut bidan melakukan penatalaksanaan berupa pemberian dukungan psikologis kepada ibu agar tetap tenang selama proses persalinan. Pemantauan kemajuan persalinan dilakukan secara berkala meliputi observasi his, denyut jantung janin (DJJ), dan kondisi umum ibu. Selain itu dilakukan pemberian induksi misoprostol 25 mcg setiap 6 jam pervaginam seri pertama sesuai advis dokter untuk membantu proses pematangan serviks dan stimulasi kontraksi uterus. Ibu juga dianjurkan untuk miring ke kiri guna membantu meningkatkan perfusi uteroplasenta dan menjaga oksigenasi janin tetap optimal. Mengingat kondisi kehamilan gemelli dengan presentasi janin pertama kepala dan janin kedua bokong serta adanya ketuban pecah dini pada usia kehamilan preterm, direncanakan tindakan *section caesarea emergency* pada tanggal 18 Maret 2026 pukul 07.30 WIB.

Ibu mengatakan bahwa pada tanggal 18 Maret 2026 pukul 07.00 WIB dilakukan pemeriksaan dalam ulang dan didapatkan pembukaan serviks sudah lengkap. Namun demikian, walaupun persalinan telah memasuki kala II, ibu tetap dianjurkan melahirkan melalui prosedur *sectio caesarea* karena mempertimbangkan kondisi presentasi janin kedua bokong pada kehamilan gemelli serta risiko komplikasi yang dapat terjadi apabila dilakukan persalinan pervaginam. Setelah kedua bayi berhasil dilahirkan dengan selamat, ibu juga dilakukan pemasangan IUD pasca salin sebagai metode kontrasepsi jangka panjang sesuai dengan rencana KB ibu sebelumnya.

b. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Asuhan kebidanan bayi baru lahir pada By. Ny. D bayi I dilakukan di RSUD Panembahan Senopati Bantul pada tanggal 18 Maret 2026 pukul 07.34 WIB. Bayi lahir dari ibu usia 36 tahun dengan kehamilan gemelli usia kehamilan 34 minggu 2 hari melalui tindakan *sectio caesarea emergency* atas indikasi *Preterm Premature Rupture of Membranes* (PPROM). Berdasarkan data subjektif dari anamnesis ibu dan buku KIA, ibu mengatakan bayi pertama lahir pada pukul 07.34 WIB dan bayi kedua lahir pada pukul 07.41 WIB. Kedua bayi tersebut segera dilakukan jepit potong tali pusat setelah lahir. Bayi kemudian diserahkan kepada perawat ruang bayi untuk mendapatkan dilakukan resusitasi awal dan asuhan pasca resusitasi yaitu pemasangan *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP) untuk membantu mempertahankan fungsi pernapasan dan menjaga oksigenasi tetap adekuat.

Selanjutnya bayi dibawa ke ruang NICU menggunakan inkubator guna menjaga kestabilan suhu tubuh serta mendapatkan pemantauan intensif. Nilai APGAR bayi adalah 5 pada menit pertama, 7 pada menit kelima, dan 8 pada menit kesepuluh yang menunjukkan adanya perbaikan kondisi bayi setelah dilakukan tindakan resusitasi. Bayi pertama lahir dengan berat badan 2090 gram, panjang badan 43,5 cm, dan lingkar kepala 29 cm, adapun bayi kedua lahir dengan berat lahir 1825 gram, panjang badan 43 cm, dan lingkar kepala 29 cm, sehingga kedua bayi tersebut dikategorikan sebagai bayi kurang bulan dengan BBLR.

3. Asuhan Kebidanan Neonatus

a. 20 Maret 2026 (KN 1, usia 48 jam)

Asuhan neonatus untuk kunjungan pertama dilakukan pada sata kedua bayi berusia 48 jam dan sedang dirawat di ruang NICU. Saat ini bayi baru dipasang nasal kanul FiO 25% dengan aliran 2 lpm setelah sebelumnya dipasang CPAP 30%. Pemeriksaan fisik

pada bayi telah dilakukan dan mendapatkan hasil dalam batas normal dan tidak ada kelainan. Riwayat penatalaksanaan pada pelayanan neonatal yang telah diberikan pada usia 0-6 jam atau pada tanggal 18 Maret 2026 meliputi pemberian injeksi vitamin K dan salep mata telah dilakukan pada pukul 08.00 WIB dan dilanjutkan dengan imunisasi HB-0 pada pukul 09.00 WIB. IMD tidak dilakukan karena bayi langsung dirawat di NICU pasca persalinan dan tidak dilakukan rawat gabung.

Selanjutnya, pada kunjungan neonatus (KN) 1 penatalaksanaan yang dilakukan diantaranya adalah pemberian observasi ketat tanda vital bayi, identifikasi tanda bahaya pada bayi, skrining hipotiroid kongenital (SHK) pertama dan skrining penyakit jantung bawaan (PJB) juga telah dilakukan dengan hasil lulus (normal), KIE pemberian SHK yang kedua yaitu pada tanggal 03 April 2026, perawatan tali pusat, pemberian ASI melalui spuit yang berasal dari ASI yang telah diperah ibu, menjaga kehangatan bayi dan mendokumentasikan setiap asuhan di rekam medis elektronik.

b. 23 Maret 2026 (KN 2, usia 5 hari)

Berdasarkan anamnesa pada ibu serta catatan pada buku KIA, pada usia bayi lima hari, bayi dalam keadaan baik yang saat ini terpasang nasal kanul FiO 25% dengan aliran 2 lpm. Tali pusat telah puput pagi tadi dengan tidak adanya tanda infeksi, BAB (+), BAK (+), refleks aktif, tidak ada tanda ikhterik pada bayi. Penatalaksanaan yang dilakukan diantaranya observasi tanda vital bayi, pemberian ASI eksklusif pada bayi melalui gelas ASI dan juga pemberian ASI secara langsung oleh Ny. D, pemberian edukasi mengenai teknik menyusui yang benar pada Ny. D, KIE *kangaroo mother care* (KMC) pada Ny. D dan mendokumentasikan asuhan yang telah diberikan ke dalam rekam medis elektronik.

c. 30 Maret 2026 (KN 3, usia 13 hari)

Pengkajian neonatus dilakukan pada tanggal 30 Maret 2026 pukul 14.30 WIB pada bayi kembar Ny. D. Berdasarkan data subjektif, ibu mengatakan kedua bayi tidak memiliki keluhan, menyusu kuat, BAB dan BAK normal, serta tidak muntah maupun demam. Pemeriksaan objektif menunjukkan keadaan umum kedua bayi baik. Bayi I memiliki berat badan lahir 2090 gram, panjang badan 43,5 cm, lingkar kepala 29 cm, dan berat badan terakhir 1950 gram. Bayi II memiliki berat badan lahir 1825 gram, panjang badan 43 cm, lingkar kepala 30 cm, dan berat badan terakhir 1700 gram. Pada kedua bayi, kulit tampak kemerahan tanpa ruam, tali pusat sudah puput tanpa tanda infeksi, gerakan ekstremitas aktif, dan refleks neonatal positif. Berdasarkan hasil pengkajian ditegakkan analisis By. Ny. D (Bayi I dan Bayi II) BBLR, kurang bulan, usia 12 hari dalam keadaan normal.

Penatalaksanaan yang diberikan meliputi penyampaian hasil pemeriksaan bahwa kondisi kedua bayi stabil, namun berat badan masih berada di bawah berat badan lahir sehingga pemenuhan nutrisi perlu diperhatikan. Ibu dianjurkan memberikan ASI eksklusif dan dilakukan evaluasi serta edukasi teknik menyusui yang benar agar bayi memperoleh ASI secara optimal. Selain itu, ibu diberikan edukasi mengenai perawatan bayi BBLR dan kurang bulan, terutama menjaga kehangatan tubuh untuk mencegah hipotermia, seperti membedong bayi, menghindari paparan udara dingin, menyediakan lingkungan yang hangat, serta menjemur bayi secara aman pada pagi hari. Ibu juga diberikan KIE mengenai tanda bahaya neonatus, seperti tidak mau menyusu, muntah berlebihan, demam, hipotermia, kejang, serta kulit pucat atau kebiruan, dan dianjurkan segera membawa bayi ke fasilitas kesehatan apabila tanda tersebut muncul. Pada akhir kunjungan,

ibu dianjurkan melakukan kontrol ulang sesuai jadwal yang telah ditentukan rumah sakit.

d. 12 April 2026 (KN 3, usia 25 hari)

Kunjungan neonatus selanjutnya dilakukan pada tanggal 12 April 2026 pukul 11.00 WIB di rumah pada bayi kembar Ny. D. Berdasarkan data subjektif, ibu mengatakan kedua bayi dalam keadaan sehat, tidak muntah, serta BAB dan BAK normal. Pemeriksaan objektif menunjukkan keadaan umum kedua bayi baik. Bayi I memiliki berat badan lahir 2090 gram dengan berat badan terakhir 2200 gram, panjang badan 43,5 cm, dan lingkaran kepala 29 cm. Bayi II memiliki berat badan lahir 1825 gram dengan berat badan terakhir 1950 gram, panjang badan 43 cm, dan lingkaran kepala 30 cm. Pada kedua bayi, kulit tampak kemerahan tanpa ruam, tali pusat sudah puput tanpa tanda infeksi, gerakan aktif, dan refleks neonatal positif. Berdasarkan hasil pengkajian ditegakkan analisis By. Ny. D (Bayi I dan Bayi II) BBLR, kurang bulan, usia 25 hari, dengan Bayi I menunjukkan peningkatan berat badan yang baik dan Bayi II masih memerlukan pemantauan pertumbuhan.

Penatalaksanaan yang diberikan meliputi penyampaian hasil pemeriksaan bahwa kondisi kedua bayi secara umum baik. Ibu dianjurkan tetap memberikan ASI eksklusif untuk mendukung pertumbuhan, meningkatkan daya tahan tubuh, dan memenuhi kebutuhan nutrisi bayi. Dilakukan kembali edukasi dan demonstrasi teknik menyusui yang benar agar proses menyusui efektif. Ibu juga dianjurkan rutin melakukan metode kanguru (KMC) serta menjaga kehangatan bayi dengan pakaian hangat, topi, kaos kaki, dan menghindari paparan udara dingin. Selain itu, diberikan edukasi mengenai pentingnya menjaga kebersihan diri dan lingkungan untuk mencegah infeksi. KIE tentang imunisasi dasar, khususnya imunisasi BCG, juga diberikan dengan

penjelasan bahwa imunisasi dapat diberikan sesuai kondisi bayi dan advis dokter anak. Ibu memahami seluruh penjelasan yang diberikan serta bersedia melakukan kontrol rutin untuk pemantauan pertumbuhan, perkembangan, dan imunisasi bayi.

4. Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui

a. 20 Maret 2026 (KF 1, hari ke-2)

Asuhan pada kunjungan nifas yang pertama dilakukan pada tanggal 20 Maret 2026. Ibu mengatakan tidak memiliki keluhan, pengeluaran ASI (+), tanda vital dalam batas normal dengan tekanan darah 116/61 mmHg, nadi 77 kali per menit, suhu 36.0°C, respirasi 18 kali per menit, dan saturasi oksigen 99%. Adapun TFU ibu adalah 3 jari bawah pusat dengan kontraksi keras, tidak ada tanda infeksi pada luka jahitan SC, perineum bersih, *lochea rubra*, tidak ada tanda infeksi dan pengeluaran dalam batas normal. Mobilisasi aktif dengan sudah jalan ke ruang bayi. Ibu telah dilakukan pemasangan IUD pasca salin. Adapun terapi yang telah diberikan diantaranya adalah vitamin A 200.000 SI sebanyak 2 kapsul. Adapun penatalaksanaan asuhan yang diberikan diantaranya adalah pemberian KIE mengenai cara perah ASI yang baik dan benar, teknik menyusui dan pemberian ASI eksklusif, pemberian KIE tanda bahaya masa nifas dan observasi mengenai tanda bahaya nifas pada ibu serta melakukan dokumentasi setelah pemberian asuhan dilakukan.

b. 23 Maret 2026 (KF 2, hari ke-5)

Pengkajian dilakukan pada tanggal 23 Maret 2026 pukul 17.00 WIB melalui WhatsApp chat pada Ny. D usia 36 tahun P2Ab1Ah3 *post sectio caesarea emergency* atas indikasi *Preterm Premature Rupture of Membranes* (PPROM). Berdasarkan data subjektif, ibu mengatakan tidak terdapat keluhan berat, ASI sudah keluar lancar, perdarahan nifas dalam batas normal dengan warna merah kecoklatan, namun nyeri pada luka jahitan operasi masih terasa.

Hasil pengkajian objektif menunjukkan keadaan umum ibu baik dan kesadaran compos mentis.

Penatalaksanaan yang diberikan dimulai dengan memberikan ucapan selamat kepada ibu atas kelahiran kedua bayinya serta memberikan dukungan psikologis terkait kondisi bayi yang masih menjalani perawatan di rumah sakit, pemberian KIE mengenai keluhan nyeri luka jahitan operasi yang masih dirasakan pada nifas hari ke-5 sebagai kondisi yang masih fisiologis karena proses penyembuhan jaringan masih berlangsung dan cara mempercepat proses penyembuhan luka jahitan.

Selanjutnya diberikan KIE mengenai tanda bahaya masa nifas, edukasi mengenai pemenuhan nutrisi selama masa nifas, dan anjuran konsumsi tablet tambah darah dan kalsium. Edukasi mengenai cara pemerahan dan menyimpan ASI juga diberikan karena bayi masih dirawat di rumah sakit. Ibu dianjurkan memompa ASI hingga payudara terasa kosong, menyimpan ASI dalam kantong khusus, serta memberi label tanggal pemerahan sebelum dikirim ke rumah sakit.

c. 30 Maret 2026 (KF 3, hari ke-10)

Pengkajian dilakukan pada tanggal 30 Maret 2026 pukul 14.30 WIB melalui kunjungan rumah pada Ny. D usia 36 tahun P2Ab1Ah3 post SC nifas hari ke-10. Berdasarkan data subjektif, ibu mengatakan terkadang kurang tidur pada malam hari dan sedikit merasa pusing, namun ASI sudah keluar banyak, perdarahan dalam batas normal, dan luka jahitan hanya sedikit nyeri. Pemeriksaan objektif menunjukkan keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, tekanan darah 99/61 mmHg, nadi 68 kali per menit, respirasi 20 kali per menit, suhu 36,3°C, payudara tanpa bendungan ASI maupun puting lecet, TFU pertengahan pusat-simfisis, luka operasi masih tertutup plester, serta terdapat

edema ringan pada kedua kaki. Berdasarkan hasil pemeriksaan tersebut, kondisi ibu termasuk nifas hari ke-10 normal post SC.

Penatalaksanaan dimulai dengan menyampaikan hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu dan tanda vital masih dalam batas normal, dilanjutkan dengan pemberian KIE mengenai keluhan kurang tidur pada malam hari dan cara mengatasinya, edukasi kebutuhan nutrisi masa nifas kembali diberikan dengan menganjurkan konsumsi makanan tinggi protein dan cairan cukup guna membantu pemulihan tubuh dan memperlancar produksi ASI, KIE mengenai teknik menyusui yang benar dan pentingnya pemberian ASI eksklusif dan edukasi ulang mengenai tanda bahaya masa nifas.

d. 04 April 2026 (KF 3, hari ke-17)

Pengkajian dilakukan pada tanggal 04 April 2026 pukul 11.00 WIB di Puskesmas pada Ny. D usia 36 tahun P2Ab1Ah3 post SC nifas hari ke-17. Berdasarkan data subjektif, ibu datang untuk kontrol nifas dan mengatakan tidak memiliki keluhan, BAK dan BAB lancar, tidak demam, serta nyeri luka jahitan sudah tidak dirasakan. Hasil pemeriksaan objektif menunjukkan keadaan umum baik dengan kesadaran compos mentis, tekanan darah 113/63 mmHg, nadi 68 kali per menit, respirasi 20 kali per menit, suhu 36,3°C, ASI keluar lancar tanpa bendungan payudara, luka operasi tampak kering dan bersih tanpa tanda infeksi, TFU tiga jari di atas simfisis, serta pengeluaran lochea alba dalam batas normal.

Penatalaksanaan dilakukan dengan menyampaikan kepada ibu bahwa hasil pemeriksaan dalam batas normal sehingga proses pemulihan nifas berjalan baik. Selanjutnya diberikan KIE mengenai *personal hygiene*, pemberian ASI eksklusif, dukungan psikologis juga diberikan agar ibu tetap tenang dan percaya diri dalam menjalani masa adaptasi merawat bayi kembar. Selanjutnya ibu diberikan tablet tambah darah sebanyak 20 tablet dengan

anjanan diminum satu kali sehari pada malam hari. Ibu juga diinformasikan mengenai jadwal kunjungan nifas berikutnya pada hari ke-35 untuk evaluasi posisi IUD menggunakan USG.

e. 12 April 2026 (KF 3, hari ke-25)

Pengkajian dilakukan pada tanggal 12 April 2026 pukul 13.00 WIB melalui kunjungan rumah pada Ny. D usia 36 tahun P2Ab1Ah3 post SC nifas hari ke-25. Berdasarkan data subjektif, ibu mengatakan tidak memiliki keluhan, tidak pusing, BAK dan BAB lancar, serta ASI keluar lancar. Pemeriksaan objektif menunjukkan keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, tekanan darah 99/61 mmHg, nadi 68 kali per menit, respirasi 20 kali per menit, suhu 36,3°C, payudara tanpa bendungan maupun lecet, TFU sudah tidak teraba, luka operasi tampak kering dan bersih tanpa tanda infeksi, serta ekstremitas dalam keadaan baik.

Penatalaksanaan dimulai dengan menyampaikan hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu dan tanda vital dalam batas normal, edukasi frekuensi menyusui pada bayi dan kebutuhan nutrisi bayi, edukasi mengenai pentingnya pemenuhan nutrisi selama masa nifas, dan anjuran untuk tetap kontrol nifas sesuai jadwal di puskesmas untuk memantau kondisi kesehatan ibu serta evaluasi KB pasca persalinan. Dukungan dan motivasi terus diberikan agar ibu tetap semangat menjalani masa nifas dan menyusui kedua bayinya.

f. (KF 4, hari ke-40)

Pada kunjungan nifas hari ke-40, Ny. D usia 36 tahun P2Ab1Ah3 post sectio caesarea emergency atas indikasi PPRM berada dalam kondisi normal. Ibu mengatakan tidak memiliki keluhan dan telah melakukan kontrol IUD pasca salin pada nifas hari ke-35 dengan hasil posisi IUD baik serta tidak ditemukan tanda ekspulsi. Ibu juga tidak mengalami pengeluaran lokhea, keluhan pada payudara, maupun gangguan menyusui. Hasil

pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis.

Asuhan yang diberikan meliputi edukasi untuk melanjutkan pemberian ASI eksklusif dan menyusui bayi sesering mungkin dengan teknik yang benar. Ibu juga diberikan KIE mengenai keamanan berhubungan seksual setelah masa nifas karena telah menggunakan kontrasepsi IUD, serta edukasi tentang pemantauan pertumbuhan dan perkembangan bayi prematur, stimulasi dini, tanda perkembangan normal usia 1 bulan, pentingnya kontrol tumbuh kembang secara rutin, dan pemberian imunisasi dasar sesuai jadwal. Ibu memahami seluruh penjelasan yang diberikan dan seluruh asuhan telah didokumentasikan.

5. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

a. 18 Maret 2026

Pengkajian dilakukan pada tanggal 18 Maret 2026 pukul 07.50 WIB di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Berdasarkan data subjektif, ibu mengatakan ingin dilakukan pemasangan KB IUD segera setelah proses persalinan selesai. Ibu juga mengatakan sebelumnya pernah menggunakan kontrasepsi IUD pada tahun 2014 sampai tahun 2022 tanpa mengalami keluhan maupun efek samping selama penggunaan. Dari hasil pemeriksaan objektif didapatkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis. Berdasarkan hasil pengkajian tersebut ditegakkan analisis Ny. D usia 36 tahun P2Ab1Ah3 akseptor lama KB IUD *post SC* dan insersi IUD.

Setelah tindakan *sectio caesarea* selesai dan dilakukan pemasangan IUD pasca salin, ibu diberikan konseling dan edukasi mengenai penggunaan KB IUD pasca persalinan. Dijelaskan bahwa IUD merupakan salah satu metode kontrasepsi jangka panjang yang efektif, aman digunakan pada ibu menyusui, serta dapat membantu menjarangkan kehamilan berikutnya. Karena

pemasangan dilakukan segera setelah persalinan, ibu dianjurkan melakukan kontrol ulang atau evaluasi setelah memasuki masa nifas lebih dari 30 hari, saat ukuran uterus sudah hampir kembali seperti sebelum hamil sehingga posisi IUD dapat dievaluasi dengan lebih optimal.

Ibu juga diberikan penjelasan mengenai kemungkinan terjadinya ekspulsi atau pergeseran IUD pasca pemasangan sehingga penting untuk melakukan pemeriksaan ulang di fasilitas kesehatan seperti puskesmas, klinik, maupun rumah sakit. Evaluasi posisi IUD dapat dilakukan melalui pemeriksaan USG abdomen untuk memastikan alat kontrasepsi masih berada pada posisi yang tepat di dalam kavum uteri. Selain itu, ibu dianjurkan segera memeriksakan diri apabila mengalami keluhan seperti nyeri perut hebat, perdarahan banyak, keputihan berbau, demam, atau apabila benang IUD tidak teraba. Setelah diberikan penjelasan, ibu memahami edukasi yang disampaikan dan bersedia melakukan kontrol ulang sesuai jadwal yang dianjurkan.

b. 04 April 2026

Pada tanggal 04 April 2026 pukul 11.00 WIB, Ny. D melakukan kunjungan di puskesmas. Berdasarkan data subjektif, ibu mengatakan tidak memiliki keluhan terkait kontrasepsi yang digunakan saat ini, tidak mengalami keputihan berbau maupun perdarahan yang berlebihan. Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis, berat badan 57 kg, tekanan darah 113/63 mmHg, nadi 68 kali per menit, respirasi 20 kali per menit, dan suhu 36,3°C. Pemeriksaan genitalia menunjukkan pengeluaran lokhea alba dalam batas normal dan tidak dilakukan pemeriksaan menggunakan spekulum. Berdasarkan hasil pengkajian ditegakkan analisis Ny. D usia 36 tahun P2Ab1Ah3 sebagai akseptor lama KB IUD pasca SC dan insersi IUD.

Penatalaksanaan yang diberikan yaitu menyampaikan kepada ibu bahwa kondisi kesehatannya saat ini dalam keadaan baik dan tanda-tanda vital berada dalam batas normal sehingga ibu merasa lega. Selanjutnya diberikan KIE mengenai tanda bahaya penggunaan IUD, seperti nyeri perut hebat, perdarahan banyak, demam, keputihan berbau, atau benang IUD yang tidak teraba, serta dianjurkan segera memeriksakan diri apabila mengalami keluhan tersebut. Ibu juga diedukasi untuk menjaga kebersihan area genitalia guna mencegah infeksi. Selain itu dijelaskan bahwa IUD merupakan metode kontrasepsi jangka panjang yang efektif, aman digunakan selama menyusui, dan tidak memengaruhi produksi maupun kualitas ASI. Ibu memahami seluruh penjelasan yang diberikan. Pada akhir kunjungan, ibu diinformasikan mengenai jadwal kunjungan ulang yang dilakukan bersamaan dengan kunjungan nifas keempat atau pada hari ke-35 pascapersalinan untuk evaluasi posisi IUD melalui pemeriksaan USG. Seluruh asuhan yang telah diberikan kemudian didokumentasikan.

B. Kajian Teori

1. Konsep Dasar Kehamilan

a. Definisi Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40).⁷

Definisi dari 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 (Saifuddin, 2002). Kehamilan adalah mulai dari ovulasi sampai partus lamanya 280 hari (40 minggu) dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu). Pembagian kehamilan dibagi dalam 3 trimester : trimester I, dimulai dari konsepsi sampai tiga bulan (0-12minggu); trimester II, dimulai dari bulan keempat sampai enam bulan (13-28minggu); trimester III dari bulan tujuh sampai Sembilan bulan (29-42minggu).⁸

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender Internasional. Untuk melakukan asuhan antenatal yang baik, diperlukan pengetahuan dan kemampuan untuk mengenali perubahan fisiologi yang terkait dengan proses kehamilan.⁹

Pengenalan dan pemahaman tentang perubahan fisiologi tersebut menjadi modal dasar dalam mengenali kondisi patologi yang dapat mengganggu status kesehatan ibu ataupun bayi yang dikandungnya. Dengan kemampuan tersebut, penolong atau petugas kesehatan dapat mengambil tindakan yang tepat dan perlu untuk memperoleh luaran yang optimal dari kehamilan dan persalinan.¹⁰

b. Fisiologi Kehamilan

1) Pengangkutan ovum ke oviduktus

Pada ovulasi ovum dibedakan ke dalam rongga abdomen tapi langsung diambil oleh oviduktus, ditangkap fimbrie. Fimbrie dilapisi oleh silia yaitu tonjolan-tonjolan halus mirip rambut yang bergetar seperti gelombang ke arah interior oviduktus.¹¹

2) Pengangkutan sperma ke oviduktus

Setelah ditaruh di vagina saat ejakulasi, sperma-sperma tersebut harus berjalan melewati kanalis servikalis, uterus dan kemudian menuju telur di sepertiga atas oviduktus.¹¹

3) Fertilisasi

Untuk membuahi sebuah ovum, sebuah sperma mula-mula harus melewati korona radiata dan zona pelusida. Enzim-enzim akrosom, yang terpajan saat membran akrosom rusak saat sperma berkontak dengan korona radiata, memungkinkan sperma membuat terowongan menembus sawar-sawar protektif tersebut.¹¹

4) Implantasi

Ovum yang sudah dibuahi membelah dengan cepat selama perjalanannya dalam tuba falopii. Bila kelompok sel yang disebut sebagai morula mencapai cavum uteri maka terbentuklah "*inner cell mass*". Pada stadium Blastosis, *mass* tersebut dibungkus dengan sel trofoblas primitif.¹¹

5) Plasentasi

Villi terdapat di seluruh permukaan blastosis. Dengan demikian membesarnya blastosis, desidua superfisial (desidua kapsularis) akan tertekan dan kehamilan akan semakin mengembang ke arah dalam cavum uteri.¹¹

c. Perubahan Fisiologi pada ibu hamil

Perubahan Fisiologi pada ibu selama masa kehamilan antara lain sebagai berikut.

1) Sistem Reproduksi

Uterus akan membesar pada bulan-bulan pertama dibawah pengaruh estrogen dan progesteron yang kadarnya meningkat. Berat uterus itu normal lebih kurang 30 gram. Pada akhir kehamilan (40 minggu), berat uterus itu menjadi 1.000 gram.¹¹

2) Sistem Darah

Volume darah semakin meningkat dimana jumlah serum darah lebih banyak dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi semacam pengenceran darah (hemodilusi) dengan puncaknya pada umur hamil 32 minggu. Serum darah (volume darah) bertambah sebesar 25% sampai 30% sedangkan sel darah bertambah sekitar 20%.¹¹

3) Sistem Pernapasan

Pernafasan Pada kehamilan terjadi juga perubahan sistem respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan oksigen (O₂). Disamping itu juga terjadi desakan diafragma, karena dorongan rahim yang membesar pada umur kehamilan 32 minggu.¹¹

4) Sistem Pencernaan

Karena pengaruh estrogen pengeluaran asam lambung meningkat, dapat menyebabkan terjadinya mual dan sakit atau pusing kepala pada pagi hari, yang disebut morning sickness, muntah yang disebut emesis gravidarum, sedangkan muntah yang berlebihan sehingga mengganggu kehidupan sehari-hari disebut hiper emesis progesteron juga menimbulkan gerak usus makin berkurang dan dapat menyebabkan obstipasi.¹¹

5) Perubahan Pada Kulit

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh melanophore stimulating hormone lobus anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis hiperpigmentasi ini terjadi pada striae gravidarum livide atau alba, aerola papilla mammae, pada pipi (Cloasma gravidarum).¹¹

d. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala kehamilan diklasifikasikan menjadi tiga bagian yaitu:

- 1) Tanda dan gejala kehamilan pasti, antara lain:
 - a) Ibu merasakan gerakan kuat bayi di dalam perutnya. Sebagian besar ibu mulai merasakan tendangan bayi pada usia kehamilan lima bulan.
 - b) Bayi dapat dirasakan di dalam Rahim. Semenjak umur kehamilan 6 atau 7 bulan.
 - c) Denyut jantung bayi dapat terdengar. Saat usia kehamilan menginjak bulan ke-5 atau ke-6 denyut jantung bayi terkadang dapat didengar menggunakan instrument yang dibuat untuk mendengarkan, seperti stetoskop atau fetoskop.
 - d) Tes kehamilan medis menunjukkan bahwa ibu hamil. Tes ini dilakukan dengan perangkat tes kehamilan di rumah atau di laboratorium dengan urine atau darah ibu.⁸
- 2) Tanda dan gejala kehamilan tidak pasti
 - a) Ibu tidak menstruasi
Hal ini seringkali menjadi pertama kehamilan. Jika ini terjadi, ada kemungkinan ibu hamil, tanda sebab berhentinya haid adalah pertanda dibuahnya sel telur oleh sperma. Kemungkinan penyebab tanda lain adalah gizi buruk, masalah emosi, atau menopause (berhenti haid).
 - b) Mual atau ingin muntah
Banyak ibu hamil yang merasakan mual di pagi hari (*morning sickness*), namun ada beberapa ibu yang mual sepanjang hari. Kemungkinan penyebab lain dari mual adalah penyakit atau parasit.
 - c) Payudara menjadi peka
Payudara lebih lunak, sensitif, gatal dan berdenyut seperti kesemutan dan jika disentuh terasa nyeri. Hal ini menunjukkan peningkatan produksi hormon estrogen dan progesteron.

d) Ada bercak darah dan kram perut

Adanya bercak darah dan kram perut disebabkan oleh implantasi atau menempelnya embrio ke dinding ovulasi atau lepasnya sel telur matang dari rahim. Hal ini merupakan keadaan yang normal.

e) Ibu merasa letih dan mengantuk sepanjang hari

Rasa letih dan mengantuk umum dirasakan pada 3 atau 4 bulan pertama kehamilan. Hal ini diakibatkan oleh perubahan hormon dan kerja ginjal, jantung serta paru-paru yang semakin keras untuk ibu dan janin. Kemungkinan penyebab lain tanda ini adalah anemia, gizi buruk, masalah emosi dan terlalu banyak bekerja.

f) Sakit kepala

Sakit kepala terjadi karena lelah, mual, dan tegang serta depresi yang disebabkan oleh perubahan hormon tubuh saat hamil. Meningkatnya pasokan darah ke tubuh juga membuat ibu hamil pusing setiap ganti posisi.

g) Ibu sering berkemih

Tanda ini terjadi pada 3 bulan pertama dan 1 hingga 2 bulan terakhir kehamilan. Kemungkinan penyebab lain tanda ini adalah stress, infeksi, diabetes, ataupun infeksi saluran kemih.

h) Sembelit

Sembelit dapat disebabkan oleh meningkatnya hormon progesteron. Selain mengendurkan otot Rahim, hormon itu juga mengendurkan otot dinding usus, sehingga memperlambat gerakan usus agar penyerapan nutrisi janin lebih sempurna.

i) Sering meludah

Sering meludah atau hipersalivasi disebabkan oleh perubahan kadar estrogen.

j) Temperatur basal tubuh naik

Temperatur basal adalah suhu yang diambil dari mulut saat bangun pagi. Temperatur ini sedikit meningkat setelah ovulasi dan akan turun ketika mengalami haid.

k) Ngidam

Tidak suka atau tidak ingin makanan tertentu merupakan ciri khas ibu hamil. Penyebabnya adalah perubahan hormon.⁸

3) Tanda dan gejala kehamilan palsu

Pseudocyesis (kehamilan palsu) merupakan keyakinan dimana seorang wanita merasakan dirinya sedang hamil namun sebenarnya ia tidak hamil. Wanita yang mengalami pseudocyesis akan merasakan sebagian besar atau bahkan semua tanda-tanda dan gejala kehamilan. Meskipun penyebab pastinya masih belum diketahui, dokter menduga bahwa faktor psikologislah yang mungkin menjadi penyebab tubuh untuk “berpikir bahwa ia hamil”. Tanda-tanda kehamilan palsu diantaranya:

a) Gangguan menstruasi.

b) Perut bertumbuh.

c) Payudara membesar dan mengencang, perubahan pada puting dan mungkin produksi ASI.

d) Merasakan pergerakan janin.

e) Mual dan muntah.

f) Kenaikan berat badan.⁸

2. Konsep Dasar Kehamilan Risiko Tinggi

a. Definisi Kehamilan Risiko Tinggi

Kehamilan risiko tinggi adalah kehamilan yang kemungkinan dapat menyebabkan terjadinya bahaya atau komplikasi baik terhadap ibu maupun janin yang dikandungnya selama masa kehamilan, melahirkan ataupun nifas bila dibandingkan dengan

kehamilan persalinan dan nifas normal akibat adanya gangguan/komplikasi kehamilan. Pada kehamilan risiko tinggi terdapat tindakan khusus terhadap ibu dan janin.¹⁰

b. Klasifikasi Kehamilan Risiko Tinggi

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

1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR)

Kehamilan risiko rendah dimana ibu seluruh ibu hamil berisiko terhadap kehamilannya untuk ibu hamil dengan kehamilan risiko rendah jumlah skor 2 yaitu tanpa adanya masalah atau faktor risiko. Persalinan dengan kehamilan risiko rendah dalam dilakukan secara normal dengan keadaan ibu dan bayi sehat, tidak dirujuk dan dapat ditolong oleh bidan.¹⁰

2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT)

Kehamilan risiko tinggi dengan jumlah skor 6-10, adanya satu atau lebih penyebab masalah pada kehamilan, baik dari pihak ibu maupun bayi dalam kandungan yang memberi dampak kurang menguntungkan baik bagi ibu atau calon bayi. Kategori KRT memiliki risiko kegawatan tetapi tidak darurat.¹⁰

3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST)

Kehamilan risiko sangat tinggi (KRST) dengan jumlah skor $\geq$ 12. Ibu hamil dengan dua atau lebih faktor risiko meningkat dan memerlukan ketepatan waktu dalam melakukan tindakan rujukan serta pertolongan persalinan yang memadai di Rumah Sakit ditangani oleh Dokter spesialis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa KRST merupakan kelompok risiko terbanyak penyebab kematian maternal.¹⁰

c. Pengelompokan faktor risiko tinggi kehamilan

- 1) Faktor risiko tinggi menjelang kehamilan. Faktor genetika yaitu faktor keturunan dan faktor lingkungan yang dipengaruhi oleh pendidikan dan sosial.
- 2) Faktor risiko tinggi yang bekerja selama hamil atau keadaan yang dapat merangsang kehamilan. Kebiasaan ibu seperti merokok, minum minuman alkohol, kecanduan obat dll. Penyakit yang mempengaruhi kehamilan misalnya hipertensi gestasional, toksemia gravidarum.
- 3) Faktor risiko saat persalinan.
- 4) Faktor risiko pada neonatus.⁸

d. Batasan Faktor Risiko

Batasan dalam faktor risiko atau masalah dapat dibagi menjadi tiga yaitu ada potensi gawat obstetri (APGO), ada gawat obstetri (AGO), dan ada gawat darurat obstetri (AGDO). Kelompok faktor risiko ada ibu hamil dikelompokkan menjadi 3 yaitu kelompok I, II, III berdasarkan kapan ditemukan, cara pengenalan dan sifat atau tingkat risikonya.¹²

1) Ada Potensi Gawat Obstetri (APGO)

- a) Kelompok I Ada Potensi Gawat Obstetrik (APGO) ada 10 faktor risiko, yaitu:

i) Primi muda

Ibu yang hamil pertama kali pada usia ≤ 16 tahun, dimana pada usia tersebut reproduksi belum siap dalam menerima kehamilan kondisi rahim dan panggul yang masih kecil, akibat dari ini janin mengalami gangguan. Disisi lain mental ibu belum siap menerima kehamilan dan persalinan. Bahaya yang terjadi jika usia terlalu muda yaitu premature, perdarahan antepartum, perdarahan post partum. Hasil penelitian disalah satu Rumah Sakit, ibu hamil yang dikategorikan dalam

primi muda sangat rendah yakni hanya mencapai angka 1,7%.²² Faktor risiko yang berpengaruh terhadap terjadinya komplikasi persalinan adalah ibu yang berumur < 20 tahun.⁹

ii) Primi tua

Primi tua adalah wanita yang mencapai usia 35 tahun atau lebih pada saat hamil pertama. Ibu dengan usia ini mudah terjadi penyakit pada organ kandungan yang menua, jalan lahir juga tambah kaku. Ada kemungkinan lebih besar ibu hamil mendapatkan anak cacat, terjadi persalinan macet dan perdarahan.¹³

iii) Anak terkecil kurang dari 2 tahun

Ibu hamil yang jarak kelahiran dengan anak terkecil kurang dari 2 tahun. Kesehatan fisik dan rahim ibu masih butuh cukup istirahat. Ada kemungkinan ibu juga masih menyusui. Anak masih butuh asuhan dan perhatian orang tuanya.¹³

iv) Primi tua sekunder

Ibu hamil dengan persalinan terakhir >10 tahun yang lalu. Ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah-olah menghadapi persalinan yang pertama lagi. Bahaya yang dapat terjadi yaitu persalinan dapat berjalan tidak lancar dan perdarahan pasca persalinan.¹⁴

v) Grande multi

Ibu yang pernah hamil atau melahirkan 4 kali atau lebih, hal ini dikarenakan ibu sering melahirkan maka kemungkinan akan banyak ditemui keadaan seperti kesehatan terganggu ataupun kekendoran pada dinding rahim. Bahaya yang dapat terjadi yaitu kelainan letak, persalinan letak lintang, robekan rahim pada kelainan letak lintang, persalinan lama dan perdarahan pasca

persalinan. Grande multi para juga dapat menyebabkan solusio plasenta dan plasenta previa.¹⁴

vi) Umur 35 tahun atau lebih

Ibu hamil berusia 35 tahun atau lebih, dimana pada usia tersebut terjadi perubahan pada jaringan alat-alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi. Selain itu ada kecenderungan didapatkan penyakit lain dalam tubuh ibu. Bahaya yang dapat terjadi tekanan darah tinggi dan pre-eklamsia, ketuban pecah dini, persalinan tidak lancar atau macet, perdarahan setelah bayi lahir.¹⁴

vii) *Intra Uteri Fetal Death* (IUFD)

Dengan tanda-tanda gerakan janin tidak terasa lagi dalam 12 jam, perut dan payudara mengecil, tidak terdengar denyut jantung.

viii) Tinggi badan 145 cm atau kurang

Ibu hamil pertama sangat membutuhkan perhatian khusus. Luas panggul ibu dan besar kepala janin mungkin tidak proporsional, dalam hal ini ada dua kemungkinan yang terjadi. Pertama, panggul ibu sebagai jalan lahir ternyata sempit dengan janin atau kepala tidak besar dan kedua panggul ukuran normal tetapi anaknya besar atau kepala besar. Selanjutnya, ibu hamil kedua, dengan kehamilan lalu bayi lahir cukup bulan tetapi mati dalam waktu (umur bayi) 7 hari atau kurang. Ibu hamil dengan kehamilan sebelumnya belum pernah melahirkan cukup bulan, dan berat badan lahir rendah <2500 gram. Bahaya yang dapat terjadi yaitu persalinan berjalan tidak lancar dan bayi sukar lahir. Kebutuhan pertolongan medis yang diperlukan adalah persalinan operasi sesar.¹⁵

ix) Riwayat Obstetri Buruk (ROB)

Riwayat Obstetrik Buruk dapat terjadi pada ibu hamil dengan kehamilan kedua, dimana kehamilan yang pertama mengalami keguguran, lahir belum cukup bulan, lahir mati, lahir hidup lalu meninggal pada umur <7 hari, kehamilan ketiga atau lebih dengan kehamilan yang lalu pernah mengalami keguguran >2 kali dan kehamilan kedua atau lebih dengan kehamilan terakhir janin mati dalam kandungan 2 kali.¹⁵

x) Persalinan yang lalu dengan tindakan

Persalinan yang ditolong dengan alat melalui jalan lahir biasa atau pervaginam dengan bantuan alat, seperti persalinan yang ditolong dengan alat melalui jalan lahir biasa atau pervaginam (tindakan dengan cunam/forsep/vakum). Bahaya yang dapat terjadi yaitu robekan atau perlukaan jalan lahir dan perdarahan pasca persalinan. Selain itu juga terdapat uri manual, yaitu tindakan pengeluaran plasenta dari rongga rahim dengan menggunakan tangan. Tindakan ini dilakukan apabila setelah 30 menit uri tidak lahir sendiri dan apabila terjadi perdarahan uri belum juga lahir.¹⁵

xi) Bekas operasi sesar

Ibu hamil pada persalinan yang lalu dilakukan operasi sesar. Oleh karena itu pada dinding rahim ibu terdapat cacat bekas luka operasi. Bahaya pada robekan rahim yaitu kematian janin dan kematian ibu, perdarahan dan infeksi.¹⁵

b) Kelompok II Ada Gawat Obstetrik (AGO) ada 8 faktor risiko

Ada gawat obstetrik (AGO) adalah tanda bahaya pada saat kehamilan yang meliputi penyakit yang menyertai kehamilan ibu, diantaranya sebagai berikut:

i) Anemia

Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi, dan merupakan jenis anemia yang pengobatannya relatif mudah bahkan murah. Anemia pada kehamilan memberi pengaruh kurang baik, seperti kematian muda, kematian perinatal, prematuritas, dapat terjadi cacat bawaan, cadangan zat besi kurang.¹⁵

ii) Malaria

Bila malaria disertai dengan panas tinggi dan anemia, maka akan mengganggu ibu hamil dan kehamilannya. Bahaya yang dapat terjadi yaitu abortus, *intrauterine fetal death* (IUFD), dan persalinan prematur.¹⁵

iii) Tuberkulosis paru

Tuberkulosis paru tidak secara langsung berpengaruh pada janin, namun tuberkulosis paru berat dapat menurunkan fisik ibu, tenaga, dan air susu ibu (ASI) ikut berkurang. Bahaya yang dapat terjadi yaitu keguguran, bayi lahir belum cukup umur, dan janin mati dalam kandungan.¹⁵

iv) Payah jantung

Bahaya yang dapat terjadi yaitu payah jantung bertambah berat, kelahiran premature. Penyakit jantung memberi pengaruh tidak baik kepada kehamilan dan janin dalam kandungan. Apabila ibu menderita hipoksia dan sianosis, hasil konsepsi dapat menderita pula dan mati, yang kemudian disusul oleh abortus.¹⁶

v) Diabetes mellitus

Ibu pernah mengalami beberapa kali kelahiran bayi yang besar, pernah mengalami kematian janin dalam rahim pada kehamilan minggu-minggu terakhir dan ditemukan glukosa dalam air seni. Bahaya yang dapat terjadi yaitu persalinan premature, hidramnion, kelainan bawaan, makrosomia, kematian janin dalam kandungan sesudah kehamilan ke-36, kematian bayi perinatal (bayi lahir hidup kemudian mati <7 hari). Selain itu dalam kehamilan diabetes dapat menimbulkan preeklamsia, kelainan letak janin, dan insufisiensi plasenta.¹⁵

vi) *Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome (HIV/AIDS)*

Bahaya yang dapat terjadi yaitu gangguan pada sistem kekebalan tubuh dan ibu hamil muda terkena infeksi. Kehamilan memperburuk progresivitas infeksi HIV. Bahaya HIV pada kehamilan adalah pertumbuhan intra uterin terhambat dan berat lahir rendah, serta peningkatan risiko premature.¹⁵

vii) Toksoplasmosis

Toksoplasmosis penularan melalui makanan mentah atau kurang masak, yang tercemar kotoran kucing yang terinfeksi. Bahaya yang dapat terjadi yaitu infeksi pada kehamilan muda menyebabkan abortus, infeksi pada kehamilan lanjut menyebabkan kongenital dan hidrosefalus.¹⁵

viii) Preeklamsia ringan

Tanda-tandanya yaitu edema pada tungkai dan muka karena penumpukan cairan disela-sela jaringan tubuh, tekanan darah tinggi, dalam urin terdapat proteinuria, sedikit bengkak pada tungkai bawah atau kaki pada

kehamilan 6 bulan keatas mungkin masih normal karena tungkai banyak digantung atau kekurangan vitamin B1. Bahaya bagi janin dan ibu yaitu menyebabkan gangguan pertumbuhan janin, dan janin mati dalam kandungan.¹⁵

Selain penyakit-penyakit yang menyertai ibu hamil, kondisi kehamilan juga dapat menjadi faktor, diantaranya adalah:

i) Hamil kembar

Kehamilan kembar adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih. Rahim ibu membesar dan menekan organ dalam dan menyebabkan keluhan-keluhan seperti sesak nafas, edema kedua bibir kemaluan dan tungkai, varises, dan haemorrhoid. Bahaya yang dapat terjadi yaitu keracunan kehamilan, hidramnion, anemia, persalinan premature, kelainan letak, persalinan sukar, dan perdarahan saat persalinan.¹⁴

ii) Hidramnion atau Hamil kembar air

Hidramnion adalah kehamilan dengan jumlah cairan amnion lebih dari 2 liter, dan biasanya tampak pada trimester III, dapat terjadi perlahan-lahan atau sangat cepat. Bahaya yang dapat terjadi yaitu keracunan kehamilan, cacat bawaan pada bayi, kelainan letak, persalinan premature, dan perdarahan pasca persalinan.¹⁴

iii) Janin mati dalam rahim atau *intrauterine fetal death* (IUFD)

Keluhan yang dirasakan yaitu tidak terasa gerakan janin, perut terasa mengecil, dan payudara mengecil. Pada kehamilan normal gerakan janin dapat dirasakan pada umur kehamilan 4-5 bulan. Bila Gerakan janin

berkurang, melemah, atau tidak bergerak sama sekali dalam 12 jam, kehidupan janin mungkin terancam. Bahaya yang dapat terjadi pada ibu dengan janin mati dalam rahim yaitu gangguan pembekuan darah ibu, disebabkan dari jaringan-jaringan mati yang masuk ke dalam darah ibu.¹³

iv) Hamil serotinus/hamil lebih bulan

Hamil serotinus adalah ibu dengan usia kehamilan >42 minggu dimana fungsi dari jaringan uri dan pembuluh darah menurun. Dampaknya dapat menyebabkan distosia karena aksi uterus tidak terkoordinir, janin besar, dan moulding (*moulase*) kepala kurang sehingga sering dijumpai partus lama, kesalahan letak, insersia uteri, distosia bahu, dan perdarahan pasca persalinan.¹³

v) Letak sungsang

Letak sungsang adalah dimana letak janin dalam rahim dengan kepala diatas dan bokong atau kaki dibawah. Bahaya yang dapat terjadi yaitu bayi lahir dengan gawat napas yang berat dan bayi dapat mati.¹³

vi) Letak lintang

Kelainan letak janin didalam rahim pada kehamilan tua (hamil 8-9 bulan), dimana kepala ada di samping kanan atau kiri dalam rahim ibu. Bayi letak lintang tidak dapat lahir melalui jalan lahir biasa, karena sumbu tubuh janin melintang terhadap sumbu tubuh ibu. Bahaya yang dapat terjadi pada kelainan letak lintang yaitu pada persalinan yang tidak di tangani dengan benar, dapat terjadi robekan rahim. Akibatnya adalah perdarahan yang mengakibatkan anemia berat, infeksi, ibu syok dan dapat menyebabkan kematian ibu dan janin.¹⁴

- c) Kelompok III Ada Gawat Darurat Obstetrik (AGDO), ada 2 faktor risiko.

Ada gawat darurat obstetrik adalah adanya ancaman nyawa pada ibu dan bayinya yang terdiri dari:

- i) Perdarahan pada saat kehamilan

Perdarahan antepartum adalah perdarahan sebelum persalinan atau perdarahan terjadi sebelum kelahiran bayi. Tiap perdarahan keluar dari liang senggama pada ibu hamil setelah 28 minggu, disebut perdarahan antepartum. Perdarahan antepartum harus dapat perhatian penuh, karena merupakan tanda bahaya yang dapat mengancam nyawa ibu dan janinnya, perdarahan dapat keluar sedikit-sedikit tapi terus menerus, lama kelamaan ibu menderita anemia berat atau sekaligus banyak yang menyebabkan ibu syok dan bayi dapat mengalami kelahiran prematur sampai kematian janin karena asfiksia. Perdarahan dapat terjadi pada plasenta previa dan solusio plasenta. Biasanya disebabkan karena trauma atau kecelakaan dan tekanan darah tinggi atau pre-eklamsia sehingga terjadi perdarahan pada tempat melekat plasenta yang menyebabkan adanya penumpukan darah beku dibelakang plasenta.¹⁵

- ii) Preeklamsia berat dan Eklamsia

Preeklamsia berat terjadi bila ibu dengan preeklamsia ringan tidak dirawat dan ditangani dengan benar. Preeklamsia berat dapat mengakibatkan kejang-kejang atau eklamsia. Bahaya yang dapat terjadi yaitu ibu dapat tidak sadar (koma sampai meninggal).¹⁵

e. Konsep Dasar Kehamilan Ganda (*Gemeli*)

1) Definisi Kehamilan Ganda (*Gemeli*)

Kehamilan *gemeli* yaitu adanya kehadiran dua janin dalam satu kandungan. Faktor yang mempengaruhi terjadinya kehamilan gemeli antara lain usia ibu, paritas, riwayat kembar dalam keluarga dan penggunaan terapi reproduksi yang disengaja untuk mendapatkan kehamilan kembar. Pada kehamilan gemeli ini juga menyebabkan resiko tingginya kelahiran prematur, pembatasan pertumbuhan janin dalam rahim (IUGR), dan kemungkinan kelainan kongenital.⁵

Pada kehamilan *gemeli* mempunyai dua tipe utama yaitu:

- a) Kembar monozigotik, yaitu satu sel telur yang dibuahi oleh satu sperma, kemudian membelah diri waktu setelah fertilisasi.
- b) Kembar dizigotik, terjadinya dua sel telur yang dibuahi oleh dua sperma yang berbeda, sehingga akan memperpleh hasil pembuahan kombinasi genetik yang berbeda.¹⁷

2) Etiologi Kehamilan Ganda (*Gemeli*)

Kehamilan ganda/kembar/gemeli dapat terjadi akibat pembuahan dua oosit oleh dua sperma, menghasilkan kembar dizigotik, atau dari pembuahan satu oosit yang kemudian akan membelah menjadi dua struktur serupa, masing-masing mampu berkembang menjadi individu, menghasilkan kembar monozigotik.¹⁷

Kehamilan dizigotik merupakan mayoritas dan terjadi secara spontan karena peningkatan konsentrasi hormon perangsang folikel (FSH) pada wanita. Oleh karena itu, faktor risiko terjadinya adalah: geografi (lebih sering terjadi di negara-negara dengan iklim yang lebih ringan), etnis (etnis kulit hitam), multiparitas, usia ibu lanjut (hiperstimulasi ovarium karena peningkatan gonadotropin antara usia 35 dan 39 tahun),

kondisi sosial ekonomi rendah, penggunaan kontrasepsi oral, 8 riwayat keluarga (7–15% populasi memiliki gen dominan untuk kehamilan kembar), dan penggunaan teknik reproduksi berbantuan.¹⁸

Kehamilan monozigotik terjadi pada 30% kehamilan kembar dan sebagian besar ditentukan oleh faktor genetik. Fertilisasi in vitro merupakan faktor risiko untuk kehamilan monozigotik, karena prosedur embrio dapat menghasilkan perubahan pada zona pellucida. Berbeda dengan kehamilan dizigotik, yang selalu dikorionik, korionisitas pada kehamilan monozigotik ditentukan oleh waktu pembelahan kedua massa sel. Jika pembelahan terjadi dalam 72 jam pertama setelah fertilisasi, kehamilan bersifat dikorionik dan diamniotik. Jika pembelahan terjadi antara hari ke-4 dan ke-8, kehamilan bersifat monokorionik dan diamniotik. Jika pembelahan terjadi setelah hari kedelapan, kehamilan bersifat monokorionik dan monoamniotik. Sekitar 75% kehamilan monozigotik adalah monokorionik dan, di antara kehamilan monokorionik, sekitar 2% diantaranya adalah monoamniotik.¹⁷

3) Pengaruh Kehamilan Ganda (*Gemeli*)

Pengaruh kehamilan gemeli terhadap ibu dan janin sebagai berikut:

- a) Pada kehamilan kembar biasanya akan terjadi distensi uterus yang berlebihan, dan sering melewati batas normal. Hal ini yang memicu terjadinya kelahiran prematur. Semakin banyak janin yang ada di kandungan semakin pendek pula usia kehamilan pada ibu.
- b) Pada hasil palpasi abdomen akan terasa lebih besar dan terasa dua atau lebih bagian tubuh janin.

- c) Auskultasi akan menunjukkan lebih dari satu denyut jantung pada janin dan perbedaannya bisa lebih dari 10 kali denyut permenit.
 - d) Kebutuhan nutrisi pada kehamilan gemeli ini juga meningkat, apabila ibu mengalami kekurangan gizi bisa berakibat ibu mengalami anemia serta penyakit difisiensi lainnya.
 - e) Janin yang berasal dari kehamilan gemeli cenderung lahir prematur dan sebagian akan memerlukan perawatan intensif neonatal (NICU).
 - f) Bayi kembar yang dilahirkan sebelum usia 35 minggu beresiko mengalami penyakit Membran Hialin (HMD) atau yang biasa disebut dengan distress pernapasan.
 - g) Rentan terjadinya asfiksia saat kelahiran janin dan depresi perinatal yang disebabkan oleh beberapa kondisi seperti prolaps tali pusat, plasenta previa dan ruptur uteri.
 - h) Risiko mengalami *cerebralpalsy* yang lebih tinggi.¹⁹
- 4) Pemeriksaan Antenatal pada Kehamilan Ganda (*Gemeli*)
- Kehamilan ganda dapat digolongkan kehamilan dengan risiko tinggi, oleh karena itu pengawasan ibu hamil ganda dalam pelayanan antenatal adalah sebagai berikut.
- a) Diet ibu hamil ganda
 - i) Memerlukan kalori yang lebih tinggi 300 kal/Kg.
 - ii) Komposisi makanan sebaiknya 5 (lima) sempurna sehingga tumbuh kembang janin menjadi lebih baik.
 - iii) Pemberian vitamin, Fe, dan asam folat perlu mendapat perhatian sehingga tidak menimbulkan cacat jasmani dan juga dapat mencapai IQ yang cukup.
 - iv) Kebutuhan protein dapat diatasi dengan tambahan satu telur setiap hari.²⁰
 - b) Pemeriksaan fisik

- i) Pemeriksaan antenatal dilakukan lebih sering dengan jadwal pada usia kehamilan 0-28 minggu setiap 3-4 minggu, 28-32 minggu setiap dua minggu dan 33-40 minggu setiap satu minggu.
- ii) Pemeriksaan laboratorium dilakukan dengan lengkap saat pertama datang sehingga terdapat gambaran umum. Berdasarkan hasilnya, nasihat diet dan tambahan vitamin atau Fe dan lainnya dapat dijadwalkan. Untuk meningkatkan nilai gizi, maka dengan mudah dapat dianjurkan agar menambah makanan hanya dengan “satu telur” setiap hari.²¹
- c) Pemeriksaan ultrasonografi
 - i) Dilakukan untuk kepastian hamil ganda.
 - ii) Mengikuti tumbuh kembang janin intrauteri sehingga diketahui secara dini kemungkinan komplikasi hamil ganda.
 - iii) Berdasarkan hasilnya, dapat dilakukan sikap untuk dapat mencapai *well born baby* dan *well health mother*.
 - iv) Jika perlu, dilakukan pemeriksaan biofisik profil janin intrauteri.
 - v) Dengan USG, kedudukan masing-masing janin dapat dipastikan. Hanya dengan memperhatikan tinggi fundus uteri, kehamilan ganda mempunyai beberapa diferensial diagnosis, antara lain hidramnion, hamil dengan mola hidatidosa, dan hamil dengan janin makrosomia serta adanya kemungkinan kesalahan mengingat hari pertama menstruasi.²¹

3. Konsep Dasar Persalinan

a. Definisi Persalinan

Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-40 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi pada ibu maupun janin.²²

Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan dan dapat hidup di luar uterus melalui vagina secara spontan. Pada akhir kehamilan, uterus secara progresif lebih peka sampai akhirnya timbul kontraksi kuat secara ritmis sehingga bayi dilahirkan. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.²³

b. Jenis Persalinan

Ada beberapa jenis persalinan diantaranya adalah sebagai berikut.

1) Persalinan normal

Persalinan normal adalah jenis persalinan dimana bayi lahir melalui vagina, tanpa memakai alat bantu, tidak melukai ibu maupun bayi (kecuali episiotomi), dan biasanya dalam waktu kurang dari 24 jam. Kekuatan mengejan ibu akan mendorong janin ke bawah masuk ke rongga panggul. Saat kepala janin memasuki ruang panggul, maka posisi kepala sedikit menekuk menyebabkan dagu dekat dengan dada janin. Posisi janin ini akan memudahkan kepala lolos melalui jalan lahir, yang diikuti dengan beberapa gerakan proses persalinan selanjutnya. Setelah kepala janin keluar, bagian tubuh yang lain akan

mengikuti, mulai dari bahu, badan, dan kedua kaki buah hati anda.²³

2) Persalinan dengan vakum

Proses persalinan dengan alat bantu vakum adalah dengan meletakkan alat di kepala janin dan dimungkinkan untuk dilakukan penarikan, tentu dengan sangat hati-hati. Persalinan ini juga disarankan untuk ibu hamil yang mengalami hipertensi. Persalinan vakum bisa dilakukan apabila panggul ibu cukup lebar, ukuran janin tidak terlalu besar, pembukaan sudah sempurna, dan kepala janin sudah masuk ke dalam dasar panggul.²³

3) Persalinan dibantu forsep

Persalinan forsep adalah persalinan yang menggunakan alat bantu yang terbuat dari logam dengan bentuk mirip sendok. Persalinan ini bisa dilakukan pada ibu yang tidak bisa mengejan karena keracunan kehamilan, asma, penyakit jantung atau ibu hamil mengalami darah tinggi. Memang persalinan ini lebih berisiko apabila dibandingkan persalinan dengan bantuan vakum. Namun bisa menjadi alternatif apabila persalinan vakum tidak bisa dilakukan, dan anda tidak ingin melakukan persalinan *sectio caesaria*.²³

4) Persalinan dengan *sectio caesaria*

Persalinan *sectio caesaria* adalah jenis persalinan yang menjadi solusi akhir, apabila proses persalinan normal dan penggunaan alat bantu sudah tidak bisa lagi dilakukan untuk mengeluarkan janin dari dalam kandungan. Persalinan ini adalah dengan cara mengeluarkan janin dengan cara merobek perut dan rahim, sehingga memungkinkan dilakukan pengambilan janin dari robekan tersebut.²³

c. Konsep Dasar Persalinan dengan *Sectio caesarea*

1) Definisi

Istilah *Sectio caesarea* berasal dari bahasa latin *Caedere* yang artinya memotong. *Sectio caesarea* dilakukan bila proses melahirkan normal tidak memungkinkan karena dapat membahayakan jiwa ibu dan anak yang dilahirkan. *Sectio caesarea* adalah mengeluarkan hasil konsepsi melalui pembuatan sayatan pada dinding uterus melalui dinding perut. *Sectio caesarea* secara umum diartikan diartikan sebagai proses pengeluaran janin dengan dilakukannya insisi pada dinding abdomen (laparotomi) dan pada dinding uterus (histerotomi).²⁴

2) Etiologi

Etiologi operasi *sectio caesarea* ada dua, yaitu sebagai berikut:

a) Etiologi yang berasal dari Ibu

Etiologi yang berasal dari ibu yaitu pada primigravida (ibu dengan kelahiran pertama kali) dengan kelainan letak, primipara tua (melahirkan bayi hidup untuk pertama kali) disertai kelainan letak, ketidakseimbangan antara kepala janin dan panggul ibu, terdapat sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, placenta previa terutama pada primigravida, *solusio placenta* tingkat I-II, komplikasi kehamilan yaitu preeklampsieklampsia, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan seperti kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya.²⁵

b) Etiologi yang berasal dari janin

Etiologi yang berasal dari janin yaitu *fetal distress*/gawat janin, mal presentasi dan mal posisi kedudukan janin, prolaps tali pusat dengan pembukaan kecil, dan kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstraksi. kehamilan ganda

atau biasa disebut kembar adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih dalam satu rahim dengan satu atau dua plasenta, adanya bobot badan bayi yang ukurannya lebih dari normal dikatakan normal bila 2.500- 4000 gram bila bobot bayi di atas 4000 gram atau lebih dinamakan bayi besar (*giant baby*).²⁵

3) Patofisiologi *Sectio caesarea*

Sectio caesarea adalah suatu proses persalinan buatan yang dilakukan melalui pembedahan dengan cara melakukan insisi pada dinding perut dan dinding rahim ibu, dengan syarat rahim harus dalam keadaan utuh, serta janin memiliki bobot badan di atas 500 gram. Jika bobot janin dibawah 500 gram, maka tidak perlu dilakukan tindakan persalinan *sectio caesarea*. Dampak fisiologis yang sering muncul dirasakan oleh pasien pasca *sectio caesarea* ini terutama rasa nyeri akibat dari efek pembedahan tersebut, rasa nyeri yang sering timbul setelah dilakukan tindakan *sectio caesarea* terjadi akibat adanya torehan jaringan yang mengakibatkan kontinuitas jaringan terputus, nyeri juga terjadi akibat adanya stimulasi ujung saraf oleh bahan kimia yang dilepas pada saat operasi atau karena iskemi jaringan akibat gangguan aliran darah ke satu bagian jaringan. Jika hal tersebut tidak segera diatasi maka akan menimbulkan efek yang berbahaya dan akan mengganggu proses penyembuhan. Hal ini terjadi karena rasa nyeri yang berkepanjangan dapat menimbulkan beberapa gangguan, baik pada aspek fisik maupun psikis klien, nyeri merupakan bentuk stressor yang dapat menimbulkan berbagai respons, seperti tidak mampu bernafas dengan dalam, gangguan mobilitas, menurunkan nafsu makan, dan mengganggu tidur sehingga menghambat proses penyembuhan. Selain itu, rasa nyeri yang

tidak segera diatasi akan berdampak pada masalah psikologis pasien.²⁶

4) Indikasi

Indikasi ialah syarat yang harus dipenuhi untuk menentukan perlu atau tidaknya tindakan dilakukan. Ada dua faktor yang mempengaruhi indikasi medis dilakukannya *sectio caesarea* yaitu faktor janin dan faktor ibu. Faktor dari janin diantaranya adalah bayi terlalu besar, kelainan letak janin, ancaman gawat janin, janin abnormal, faktor plasenta, kelainan tali pusat, dan bayi kembar. Sedangkan faktor ibu terdiri dari usia, jumlah anak yang dilahirkan, keadaan panggul, penghambat jalan lahir, kelainan kontraksi lahir, ketuban pecah dini (KPD), dan preeklamsia.²⁶

5) Jenis-Jenis Insisi *Sectio caesarea*

Jenis insisi yang sering digunakan pada *sectio caesarea* berdasarkan lokasinya yaitu:

a) Insisi Abdominal

i) Insisi garis tengah sub umbilikal

Pembedahan dengan jenis insisi ini mudah, cepat, dan perdarahan minimal. Bekas luka pada jenis insisi ini kemungkinan tidak terlihat, akan tetapi dapat menimbulkan rasa tidak nyaman pasca operasi.

ii) Insisi transversal (*Pfannenstiel*)

Insisi jenis ini memuaskan secara kosmetik, menimbulkan luka jahitan dan rasa tidak nyaman lebih sedikit berkurang, memingkatkan mobilitas yang lebih baik. Pada operasi yang berulang, jenis insisi ini sulit dilakukan.²⁴

b) Insisi Uterus

i) *Sectio caesarea* segmen bawah

Insisi transversa ini dibuat pada bagian bawah rahim yang sedang hamil, tepatnya di belakang peritoneum uterovesikal. Keuntungan insisi ini antara lain perdarahan yang ditimbulkan lebih sedikit karena daerah tersebut memiliki pembuluh darah yang lebih sedikit, mencegah penyebaran infeksi ke rongga perut, serta memiliki risiko ruptur yang lebih rendah pada bekas luka insisi. Tetapi terdapat kerugian yang ditimbulkan pada insisi ini diantaranya adalah meningkatkan risiko kerusakan khususnya pada prosedur pengulangan akibat lokasi uterus yang berdekatan dengan kandung kemih, dan meningkatnya kehilangan darah mungkin terjadi akibat perluasan ke sudut lateral atau dibelakang kandung kemih.

ii) *Sectio caesarea* klasik

Lokasi insisi *sectio caesarea* klasik yaitu vertikal di garis tengah uterus. Indikasi yang dilakukan insisi ini diantaranya adalah pada gestasi dini dengan perkembangan buruk pada segmen bawah, perlekatan fibroid yang menghalangi akses ke segmen bawah, posisi janin transversa, plasenta previa anterior, terdapat karsinoma serviks, dan membutuhkan kecepatan penanganan seperti setelah kematian ibu.²⁴

4. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Bayi baru lahir adalah masa kehidupan bayi pertama di luar rahim sampai dengan usia 28 hari dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menjadi di luar rahim. Pada masa ini terjadi pematangan organ hampir di semua sistem.

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram.²³

b. Klasifikasi

Bayi baru lahir dibagi dalam beberapa klasifikasi, yaitu:

- 1) Bayi baru lahir menurut masa gestasinya
 - a) Kurang bulan (*preterm infant*) : <37 minggu.
 - b) Cukup bulan (*term infant*) : 37-42 minggu.
 - c) Lebih bulan (*postterm infant*) : 42 minggu atau lebih.
- 2) Bayi baru lahir 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.
 - b) Sesuai/ kecil/ besar ukuran masa kehamilan.
- 4) Bayi baru lahir berdasarkan tahapan
 - a) Umur 0 - 7 hari disebut neonatal dini.
 - b) Umur 8 - 28 hari disebut neonatal lanjut.²⁷

c. Konsep Dasar Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

1) Definisi BBLR

Bayi berat lahir rendah atau (BBLR) merupakan suatu kondisi dimana bayi baru lahir yang berat badannya pada saat dilahirkan kurang dari angka normal yaitu 2500 gram (sampai dengan 2499 gram) atau kurang tanpa memperhatikan usia kehamilan. BBLR merupakan salah satu masalah kesehatan yang sangat memerlukan perhatian lebih di berbagai negara terutama pada negara berkembang seperti Indonesia, dijelaskan bahwa BBLR merupakan bayi yang lahir dengan berat kurang

dari 2500 gr. Bayi dengan berat badan yang rendah merupakan salah satu yang perlu mendapat perhatian yang khusus karena terdapat suatu penyakit maternal dan fetal sebagai faktor yang bisa atau dapat mengurangi terjadinya BBLR, kedua pada bayi dengan BBLR sangat mempunyai terjadinya risiko mortalitas dan juga mordibitas yang cukup tinggi.²⁸

2) Klasifikasi BBLR

Bayi berat lahir rendah (BBLR) merupakan kondisi dimana bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram, hal ini dilakukan ketika berat bayi yang ditimbang dalam waktu satu jam pertama setelah dilahirkan. Beberapa cara mengelompokkan bayi dengan BBLR yaitu menurut harapan hidup pada bayi yaitu:

- a) Bayi berat lahir rendah (BBLR) atau bayi dengan berat lahir dengan 1500-2500 gram.
- b) Bayi berat lahir sangat rendah (BBLSR) atau *Very Low Birth Weight* (ELBW) merupakan bayi dengan berat lahir 1000-1500 gram.
- c) Bayi berat lahir ekstrim rendah (BBLER) atau dengan kata lain *Extremely Low Birth Weight* (ELBW) yaitu bayi dengan berat lahir yang kurang dari 1000 gram.²⁹

Menurut masa gestasinya sendiri dibagi menjadi prematuritas murni yaitu pada masa gestasinya kurang dari waktu 37 minggu dari berat badannya dan dismaturitas, bayi baru lahir dengan berat badan kurang dari berat badan yang seharusnya pada masa gestasinya.²⁹

3) Faktor Risiko BBLR

Beberapa faktor resiko yang dapat menyebabkan masalah BBLR yaitu:

- a) Faktor ibu

- i) Usia, persentase kejadian BBLR lebih tinggi terjadi pada ibu yang berumur 35 tahun (30,0%) dibandingkan dengan yang tidak BBLR (14,2%).
- ii) Paritas, ibu grandemultipara (melahirkan anak empat atau lebih) 2,4 kali lebih berisiko untuk melahirkan anak BBLR.
- iii) Gizi Kurang saat hamil menyebabkan persalinan sulit/lama, persalinan sebelum waktunya (prematur), serta perdarahan setelah persalinan.
- iv) Jarak kehamilan, ibu yang memiliki jarak kelahiran <2 tahun berisiko 3,231 kali lebih besar melahirkan anak BBLR di bandingkan dengan ibu yang memiliki jarak kelahiran >2 tahun.
- v) Pola hidup, ibu yang dia terkena paparan asap rokok dan sering mengkonsumsi alkohol dapat menyebabkan hipoksia pada janin dan menurunkan aliran darah umbilikal sehingga pertumbuhan janin akan mengalami gangguan sehingga anak akan lahir dengan BBLR.³⁰

b) Faktor kehamilan

Pada faktor kehamilan yang mempengaruhi yaitu eklampsia/preeklampsia, ketuban pecah dini, perdarahan antepartum, dan umur kehamilan kurang dari 37 minggu.³⁰

c) Faktor janin

Terdiri dari cacat bawaan (kelainan kongenital) dan infeksi dalam rahim.³⁰

4) Manifestasi Klinis

Secara umum, tanda dan gejala pada bayi BBLR yaitu:

- a) Berat badan bayi kurang dari normal dibawah 2500 gram.
- b) Memiliki panjang badan <45 cm, pada lingkar dada <30 cm dan lingkar pada kepala <33 cm.
- c) Ukuran kepala lebih besar dari pada tubuh bayi.

- d) Memiliki rambut lanugo yang masih banyak, adanya jaringan lemak dibagian subkutan tipis atau sedikit.
- e) Tulang rawan dan daun telinga masih belum cukup, sehingga masih elastis dan belum cukup sempurna, bagian tumit mengkilap dan pada bagian telapak kaki masih terasa halus.
- f) Area genetalia masih belum sempurna, pada bayi dengan jenis kelamin perempuan pada bagian labia minora masih belum tertutup oleh labia mayora, sedangkan bayi dengan jenis kelamin laki-laki testis masih belum turun kedalam skrotum, pigmentasi dan rugue pada skrotum masih kurang.
- g) Pergerakan yang dilakukan bayi masih cukup kurang dan lemah, tangis bayi lemah, pernapasan pada bayi juga masih belum cukup teratur, dan masih sering terjadinya apneu.
- h) Pada bayi biasanya suhu tubuh masih mudah untuk berubah bisa menjadi hipotermi, bayi lebih banyak menghabiskan waktunya dengan tidur dari pada terbangun, sehingga hal ini dapat membuat refleks yaitu menghisap dan menelan belum cukup sempurna.²⁹

5) Patofisiologi

Patofisiologi dari berat badan lahir rendah atau BBLR biasanya disebabkan oleh dua faktor utama yaitu kelahiran prematur (usia gestasi <37 minggu), *intrauterine growth restriction* (IUGR), atau kombinasi keduanya. Kelahiran prematur sendiri biasanya disebabkan oleh banyak faktor yang mempunyai kaitan erat atau mempunyai hubungan antara faktor fetus (gawat janin dan kehamilan ganda), faktor plasenta (disfungsi plasenta, plasenta previa, dan solusio plasenta), uterus, dan faktor maternal (preeklampsia, penyakit kronis (ginjal, jantung) dan infeksi). Apabila terjadi suatu gangguan atau

kelainan pada salah satu faktor diatas, maka menimbulkan ketidakmampuan uterus untuk mempertahankan fetus dan kontraksi uterus sebelum waktunya, sehingga terjadilah kelahiran prematur. Pada faktor terjadinya BBLR yang disebabkan oleh IUGR, yang mana memiliki gangguan pada faktor ibu, janin, dan plasenta yang menyebabkan terjadinya gangguan perfusi uterus plasenta dan nutrisi janin. Perfusi yang tidak baik, letak plasenta yang abnormal, hipertensi dalam kehamilan, merokok, kehamilan ganda, infeksi intrauterin (termasuk HIV dan malaria), karakteristik dari maternal, malnutrisi pada ibu, indeks masa tubuh ibu rendah yang dapat menyebabkan terjadinya BBLR.³⁰

Bayi lahir dengan berat badan rendah atau BBLR seringkali mengalami beberapa masalah karena karakteristik organ tubuh bayi yang belum matang sempurna. Fungsi pencernaan pada bayi dengan kondisi BBLR belum sempurna, sehingga dalam penyerapan makanan dan aktivitas 9 otot pencernaan makanan belum sempurna, pengosongan lambung berkurang, serta mudah terjadi regurgitasi isi lambung. Pada sistem pencernaan bayi baru lahir kapasitas lambung hanya sebesar 5–7 ml setiap kali minum. Ukuran lambungnya seukuran kelereng dan dinding lambungnya tidak bisa melar untuk menerima lebih banyak cairan. Maka dari itu, bayi baru lahir hanya membutuhkan nutrisi asi yang mana kandungan dari asi tersebut memiliki kolostrum yang kualitas dan kuantitasnya sangat sempurna untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi.³⁰

Air Susu Ibu (ASI) merupakan satu- satunya makanan bagi bayi usia 6 bulan pertama yang mencukupi seluruh unsur kebutuhan bayi. Pada ASI dengan 24 jam pertama mengandung kolostrum yang berguna untuk meningkatkan daya tahan tubuh. Selain itu ASI juga mengandung whey atau

protein utama dari susu yang berbentuk cair lebih banyak dari pada casein (protein utama dari susu yang berbentuk gumpalan) yang mana mempunyai fungsi ASI lebih mudah diserap tubuh bayi, yang mana pada bayi dengan BBLR, organ pencernaan untuk penyerapan belum sempurna sehingga asi ini baik dan mempunyai pengaruh untuk peningkatan berat badan bayi. Nutrisi berupa ASI juga dapat ditoleransi dengan lebih baik, ASI juga mengandung semua kebutuhan nutrisi, termasuk AA, DHA, sphingomyelin, dan sialic acid.³⁰

BBLR pada prematuritas murni bukan hanya berdampak masalah pada fungsi sistem pencernaan namun pada sistem organ lainnya seperti pada fungsi organ vital pada bayi seperti hati, usus, paru, jantung, ginjal, otak, mata dan kulit yang belum sempurna. Terjadinya BBLR bisa menyebabkan permukaan tubuh yang relatif lebih luas, jaringan lemak subkutan yang lebih tipis dan fungsi organ yang belum baik. Permukaan tubuh yang lebih luas menyebabkan penguapan berlebih dan mudah terpapar dengan suhu luar, yang berefek pada bayi yang akan mudah kehilangan cairan dan kehilangan panas yang mengakibatkan terjadinya dehidrasi dan hipotermia. Pada Jaringan subkutan yang tipis bisa menyebabkan terjadinya hipotermia dan malnutrisi akibat dari kekurangan cadangan energi yang akhirnya menimbulkan hipoglikemia. Bayi baru lahir dengan prematuritas muni juga mengalami risiko infeksi yang lebih tinggi akibat daya tahan tubuh yang belum sempurna.³⁰

6) Komplikasi

Ada beberapa komplikasi yang terjadi pada bayi baru lahir rendah atau BBLR yaitu terdapat sindrom aspirasi meconium yang dimana dapat menyebabkan kesulitan bernapas pada bayi, adaapaun bayi mengalami asfiksia neonatrum, terjadinya

hiperbilirubinnemia yaitu bayi dismatur yang mengalami hiperbilirubinnemia, hal ini sangat mungkin disebabkan karena adanya salah satu gangguan pertumbuhan pada organ hati, hipoglikemi simptomatik, terutama yaitu pada bayi berjenis kelamin laki-laki, mengalami penyakit membrane hialin yang biasanya dapat disebabkan karena adanya surfaktan oleh paru-paru yang belum sempurna atau cukup, sehingga terjadinya alveoli kolaps.²⁹

7) Pemeriksaan Penunjang

Bayi baru lahir rendah atau BBLR dapat dilakukan pemeriksaan diagnostic meliputi anamnesis berupa menanyakan usia pada ibu, menanyakan mengenai hari pertama haid terakhir, riwayat persalinan sebelumnya, paritas, menanyakan terkait kenaikan berat badan ibu selama hamil, menanyakan terkait aktivitas, penyakit yang diderita ibu sebelum dan selama hamil, dan mengkonsumsi obat-obatan yang diminum oleh ibu selama hamil. Untuk pemeriksaan fisik berupa mengukur berat badan kurang dari 2500 gram, adanya tanda prematuritas (bila bayi kurang bulan), apakah bayi cukup bulan atau lebih bulan (bila bayi masih kecil untuk masa kehamilan).²⁹

8) Penatalaksanaan BBLR

Berat badan lahir rendah (BBLR) harus cepat mendapatkan penanganan yang tepat dalam mengatasi masalah-masalah yang sedang terjadi pada bayi. Berikut ini penanganan pada bayi dengan BBLR:

a) Mempertahankan suhu tubuh pada bayi

Untuk mempertahankan suhu tubuh pada bayi dalam rentang normal dan dapat mencegah terjadinya hipotermi pada bayi. Pada bayi yang mengalami premature biasanya akan cepat untuk mengalami kehilangan panas dibadan,

sehingga dapat terjadinya hipotermia, karena pada area pusat dalam pengaturan panas dibadan bayi masih belum berfungsi dengan sangat baik. Oleh karena itu biasanya pada bayi dengan premature harus segera dirawat didalam inkubator sehingga panas dibadan dapat menyerupai rahim.³¹

b) Mencegah infeksi dengan ketat

Dalam hal ini penanganan pada bayi BBLR benar-benar harus memperhatikan prinsip-prinsip pencegahan infeksi karena bayi masih sangat rentan terhadap suatu infeksi. Penanganan infeksi terhadap bayi yaitu dengan melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh ataupun menggendong bayi.²⁷

c) Pengawasan pada nutrisi dan ASI

Pada reflex menelan pada bayi dengan BBLR masih belum cukup sempurna. Oleh karena itu, biasanya pemberian nutrisi yang harus dilakukan dengan cara berhati-hati. Dalam pengaturan dan pengawasan pada intake nutrisi yaitu untuk menentukan pilihan susu dan cara pemberian serta jadwal pemberian yang sudah sesuai dengan kebutuhan bayi BBLR.³²

d) Penimbangan ketat

Penimbangan pada berat badan bayi harus sering dilakukan secara ketat karena peningkatan pada berat badan merupakan salah satu untuk mengetahui status gizi atau nutrisi pada bayi dan sangat erat kaitannya dengan daya tahan tubuh bayi.³²

e) Pengawasan jalan nafas

Jalan nafas merupakan jalan udara yaitu dengan melalui hidung, faring, trakea, bronchioles, bronchioles respiratorius dan duktus alveolaris setelah itu ke alveoli.

Jika terhambat pada jalan nafas hal itu dapat menimbulkan terjadinya asfiksia, hipoksia dan akhirnya dapat menyebabkan terjadinya kematian pada bayi. Selain ini pada bayi dengan BBLR tidak dapat untuk beradaptasi dengan asfiksia yang sudah terjadi selama dalam proses kelahiran bayi, sehingga bayi lahir dengan asfiksia perinatal.³³

5. Konsep Dasar Neonatus

a. Definisi

Neonatus merupakan bayi yang baru lahir sampai dengan 28 hari pertamanya. Neonatus adalah bayi di awal kelahirannya sedang tumbuh dan harus melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine dan ekstrauterine. Neonatus normal memiliki berat 2.700 sampai 4000 gram, panjang 48-53 cm, lingkar kepala 33-35 cm.³⁴

b. Klasifikasi Neonatus

Pemantauan yang dilakukan pada neonatus berdasarkan jenisnya dibagi menjadi dua yaitu:

1) Neonatus Dini (0-7 hari)

- a) Pemeriksaan kesehatan yang meliputi fisik menyeluruh, termasuk penilaian berat badan, panjang tubuh, dan pemeriksaan organ vital.
- b) Perawatan kulit yaitu pengawasan terhadap masalah kulit seperti *jaundice* (kuning) dan perawatan tali pusat.
- c) Nutrisi dengan melakukan penilaian dan dukungan terkait pemberian ASI atau susu formula. Memantau pola makan dan berat badan bayi.
- d) Imunisasi dengan melakukan vaksin awal yaitu hepatitis B.
- e) Melakukan pemantauan tanda-tanda vital, seperti suhu tubuh dan fungsi pernafasan.

- f) Melakukan pencegahan infeksi dengan memperhatikan terhadap tanda-tanda infeksi dan menjaga kebersihan untuk menjaga dan mencegah terjadinya infeksi.³⁴
- 2) Neonatus lanjut (8-28 hari)
 - a) Melakukan pemantauan perkembangan dengan melakukan penilaian perkembangan motorik dan sensorik serta pemantauan pertumbuhan.
 - b) Melanjutkan vaksinasi yang diperlukan sesuai jadwal.
 - c) Melakukan pemeriksaan kesehatan berkala dengan melakukan pemeriksaan rutin untuk mendeteksi potensi masalah kesehatan.
 - d) Pencegahan dan penanganan untuk mengatasi masalah kesehatan pada neonatus.
 - e) Melakukan pendidikan kesehatan orang tua, memberikan informasi kepada orang tua mengenai perawatan bayi, termasuk tanda bahaya dan kapan harus mencari bantuan medis.³⁴
 - c. Ciri- ciri Bayi baru lahir/Neonatus normal
 - 1) Berat badan 2500- 4000 gram.
 - 2) Panjang badan 48-52 cm.
 - 3) Lingkar dada 30-38 cm.
 - 4) Lingkar kepala 33-35 cm.
 - 5) Frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit.
 - 6) Pernafas 40-60 x/menit.
 - 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup.
 - 8) Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna.
 - 9) Kuku agak panjang dan lemas.
 - 10) Genitalia pada perempuan, labia mayora sudah menutupi labia minora, pada laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada.

- 11) Bayi lahir langsung menangis kuat.
 - 12) Refleks *sucking* (meghisap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.
 - 13) Refleks *morro* (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.
 - 14) Refleks *grasping* (menggenggam) sudah baik.
 - 15) Refleks *rooting* (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.
 - 16) Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan.²⁸
- d. Tanda bahaya bayi baru lahir/Neonatus
- Tanda bahaya bayi baru lahir merupakan suatu gejala yang timbul dan dapat mengancam kesehatan bayi baru lahir, bahkan dapat menyebabkan kematian, maka dari itu sudah seharusnya orang tua mengetahui tanda-tanda bahaya bayi baru lahir yang diantaranya adalah:
- 1) Bayi tidak mau menyusu atau muntah.
 - 2) Kejang.
 - 3) Lemah.
 - 4) Sesak nafas.
 - 5) Rewel.
 - 6) Pusing kemerahan.
 - 7) Demam.
 - 8) Suhu tubuh dingin.
 - 9) Mata bernanah.
 - 10) Diare.
 - 11) Bayi kuning.²³

e. Kebutuhan Cairan pada Neonatus

1) Neonatus dini (0-7 hari)

- a) Kebutuhan cairan, pada hari pertama kelahiran sekitar 60-80 ml/kg berat badan perhari, pada hari berikutnya sekitar 100-150 ml/kg berat badan per hari.
- b) Pemberian airan biasanya diperoleh dari ASI atau susu formula atau susu formula jika bayi memerlukan cairan seperti dalam kasus dehidrasi.
- c) Monitoring dengan melakukan pemantauan asupan cairan dan output, termasuk urinasi dan frekuensi BAB sangat penting.³⁵

2) Neonatus Lanjut (8-28 hari)

- a) Kebutuhan cairan sekitar 100-150 ml/kg berat badan per hari, tergantung pada berat badan dan pertumbuhan bayi.
- b) Pemberian cairan umumnya diperoleh melalui ASI atau susu formula jika diperlukan.
- c) Melakukan monitoring dengan memantau tanda-tanda hidrasi yang baik dan menyesuaikan asupan cairan sesuai kebutuhan.³⁵

f. Imunisasi

Imunisasi atau vaksinasi adalah cara sederhana, aman dan efektif untuk melindungi seseorang dari penyakit berbahaya, sebelum bersentuhan dengan agen penyebab penyakit. Sedangkan, menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Imunisasi, imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit sehingga bila suatu saat terpapar dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan. Vaksin mengandung virus atau bakteri yang dimatikan atau dilemahkan, dan tidak menyebabkan penyakit atau membuat seseorang berisiko mengalami komplikasi. Sasaran dalam

pelayanan imunisasi rutin pada bayi adalah sebagai berikut Hepatitis B (usia 0-7 hari), BCG (usia 1 bulan), Polio/IPV (usia 2,3,4 bulan), DPT- Hb-Hib (usia 2,3,4 bulan), Campak (usia 9 bulan), JE (usia 10 bulan), PCV (usia 2,3,12 bulan).³⁶

g. Kebutuhan bayi

Kebutuhan fisik bayi diantaranya sebagai berikut:

1) Kebutuhan nutrisi

Kebutuhan nutrisi untuk bayi 0-28 hari dapat tercukupi hanya dari ASI. ASI merupakan makanan yang terbaik untuk bayi oleh karena dapat memenuhi semua zat gizi yang dibutuhkan bayi sampai usia 6 bulan. Sesuai dengan perkembangan sistem pencernaannya. Oleh karena itu setiap bayi harus memperoleh ASI Eksklusif yang berarti sampai usia 6 bulan hanya di beri ASI saja dikarenakan pencernaan bayi 0-6 bulan belum mampu mencerna makanan padat. Pada 29 hari hingga 5 tahun nutrisi yang di dapatkan balita harus berkaitan dengan vitamin, protein, karbohidrat, mineral, lemak sehingga nutrisi yang dikonsumsi balita dapat memenuhi gizi seimbang bagi balita.³⁴

2) Kebutuhan cairan

Air merupakan kebutuhan nutrisi yang sangat penting mengingat kebutuhan air pada bayi relatif tinggi 75-80% dari berat badan dibandingkan dengan orang dewasa yang hanya 55-60%. Bayi baru lahir memenuhi kebutuhan cairan melalui ASI. ASI dan MPASI adalah makanan yang dapat memenuhi kebutuhan bagi bayi. Kebutuhan cairan bayi 0-6 bulan sebanyak 700 ml perhari, bayi 7-12 bulan memerlukan cairan 800 ml perhari, balita 1-3 tahun memerlukan 1300 ml perhari, balita 4-5 1700 ml perhari.³⁴

3) Kebutuhan Kebersihan Perorangan

Beberapa kebutuhan kebersihan perorangan untuk balita sebagai berikut.

- a) Memandikan bayi
Tujuan memandikan bayi yaitu untuk menjaga kebersihan, memberikan rasa segar, serta memberikan rangsangan pada kulit. Yang harus diperhatikan pada saat memandikan bayi yaitu mencegah kedinginan, mencegah masuknya air kedalam mulut, hidung dan telinga serta memperhatikan adanya lecet pada area lipatan-lipatan kulit.
- b) Mencuci pakaian bayi
Cara mencuci pakaian bayi yang benar yaitu dengan cara dibilas dengan bersih dan menghindari penggunaan detergen serta pengharum pakaian.
- c) Kebersihan Perorangan
Bersihkan setiap bayi buang air kecil dan air besar, karena kotoran bayi dapat menyebabkan iritasi dan bayi akan terus rewel serta merasa tidak nyaman.³⁵
- 4) Kebutuhan tempat tinggal
Secara keseluruhan neonatus, bayi, balita dan anak prasekolah pada umumnya kebutuhannya sama yaitu suasana yang nyaman, aman dan bersih. Kebersihan rumah merupakan hal yang cukup penting karena dirumah seorang anak dapat berkembang dengan baik sesuai dengan keadaannya.³⁵
- 5) Kebutuhan lingkungan baik
Secara keseluruhan lingkungan baik sangat diperlukan bagi bayi, balita dan anak prasekolah, yaitu terhindar dari pencemaran udara seperti asap rokok, debu dan sampah. Lingkungan yang baik akan membantu pertumbuhan dan perkembangan anak berjalan dengan baik, karena lingkungan yang buruk akan menghambat pertumbuhan dan perkembangan bayi, balita dan anak prasekolah.³⁵

6. Konsep Dasar Masa Nifas dan Menyusui

a. Definisi

Masa terjadinya nifas disebut sebagai *post partum*. Masa tersebut merupakan kondisi di mana seorang perempuan yang telah melalui proses persalinan. Masa nifas secara biologis dinyatakan sebagai kondisi setelah proses persalinan plasenta, dan diakhiri saat kondisi rahim telah kembali semula seperti sedia kala sebelum hamil dan persalinan. Masa nifas terjadi dalam rentang waktu enam pekan atau selama 42 hari. Selama masa nifas, terjadi proses pemulihan, di mana ibu akan merasakan banyak perubahan bentuk fisik atau bersifat fisiologis. Masa nifas juga berpotensi memberikan seorang ibu ketidak nyamanan pada awal terjadinya *postpartum*, kondisi tersebut berpeluang terjadi patologis apabila tidak diikuti dengan perawatan yang tepat.³⁷

b. Tahapan masa nifas

Terdapat beberapa tahapan yang akan di alami oleh wanita selama masa nifas, yaitu:

- 1) *Early puerperium*, adalah waktu 0-24 jam pasca persalinan. Ibu telah di perbolehkan untuk berdiri atau jalan.
- 2) *Immediate puerperium*, yaitu waktu 1-7 hari pemulihan pasca persalinan. Pemulihan menyeluruh terjadi pada alat-alat reproduksi berlangsung selama enam minggu.
- 3) *Late puerperium*, yaitu waktu 1-6 minggu pasca persalinan, yakni waktu yang diperlukan oleh ibu untuk dapat pulih dan sehat sempurna. Waktu sehat bisa berminggu-minggu, bulan bahkan tahun.³⁷

c. Adaptasi psikologis masa nifas

Berikut ini 3 tahap penyesuaian psikologi ibu dalam masa *post partum*:

- 1) Fase *taking in* (setelah persalinan sampai hari ke dua)
 - a) Perasaan ibu akan berfokus hanya pada dirinya.

- b) Ibu masih pasif dan membutuhkan bantuan orang lain.
- c) Perhatian ibu mulai tertuju pada kecemasan adanya perubahan pada tubuhnya.
- d) Ibu akan mengulangi pengalaman waktu persalinan sebelumnya.
- e) Memerlukan ketenangan saat tidur untuk mengembalikan kondisi tubuh menjadi normal kembali.
- f) Nafsu makan ibu biasanya bertambah dan membutuhkan peningkatan nutrisi.
- g) Kurangnya nafsu makan menunjukkan proses pengembalian kondisi tubuh tidak berlangsung secara normal.³⁷

2) Fase *taking hold* (hari ke-3 sampai 10)

- a) Ibu merasa khawatir pada ketidakmampuannya merawat bayi, dan mulai muncul perasaan sedih (*baby blues*).
- b) Ibu mulai memperhatikan kemampuan untuk berperan sebagai orang tua dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayinya.
- c) Ibu mulai memfokuskan perhatian pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAK, BAB dan daya tahan tubuh.
- d) Ibu mulai berusaha untuk menguasai kemampuan merawat bayi seperti memandikan, menyusui, menggendong, dan mengganti popok.
- e) Ibu cenderung terbuka untuk dapat menerima nasehat bidan dan kritikan pribadi. Jika ada kemungkinan ibu mengalami depresi *postpartum*, hal tersebut karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya.
- f) Kemungkinan ibu mengalami depresi *postpartum* karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya.

g) Wanita pada masa ini sangat sensitif pada ketidakmampuannya, mudah tersinggung, dan lebih menganggap pemberitahuan bidan sebagai teguran. Dianjurkan untuk berhati-hati dalam berkomunikasi dengan wanita pada kondisi ini dan perlu memberikannya dukungan.³⁷

3) Fase *Letting Go* (Hari ke-10 sampai akhir masa nifas)

- a) Ibu merasa percaya diri untuk merawat diri dan juga bayinya. Setelah ibu pulang ke rumah, dukungan akan dipengaruhi oleh perhatian keluarga.
- b) Ibu sudah mengambil mampu tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi.³⁷

d. Adaptasi fisiologis post partum

1) Involusi uterus

Proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram dikatakan involusi. Kondisi tersebut terjadi pada uterus, yakni terjadi involusi atau pengerutan uterus. Proses ini dimulai sesaat setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Perubahan ini dapat diketahui saat melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba di mana fundus (tinggi fundus uteri).³⁸

2) Perubahan vagina

Vulva dan vagina menjadi tertekan, serta meregang yang sangat besar selama proses persalinan bayi. Beberapa hari pertama pasca proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol.³⁸

3) Perubahan perineum

Segera setelah persalinan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada post partum hari ke-5, perinium sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.³⁸

4) Perubahan sistem pencernaan

Pada kondisi ini, biasanya ibu mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu persalinan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan makan, hemoroid dan kurangnya aktivitas tubuh.³⁸

5) Perubahan sistem perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, umumnya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Penyebab dari keadaan ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih setelah mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut “diuresis”.³⁸

6) Perubahan sistem muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit, sehingga akan menghentikan perdarahan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsurangsur menjadi ciut dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.³⁸

7) Perubahan sistem kardiovaskuler

Setelah persalinan, shunt akan hilang tiba-tiba. Volume darah bertambah, sehingga akan menimbulkan dekompensasi kordis pada penderita vitum cordia. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala pada umumnya, hal ini terjadi pada hari ketiga sampai kelima *postpartum*.³⁸

8) Perubahan tanda-tanda vital

Pada masa nifas, tanda – tanda vital yang harus dikaji antara lain:

a) Suhu badan

Dalam 1 hari (24 jam) post partum, suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C} - 38^{\circ}\text{C}$) akibat dari kerja keras waktu persalinan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila dalam keadaan normal, suhu badan akan menjadi biasa.³⁹

b) Nadi

Biasanya akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 x/menit, harus waspada kemungkinan dehidrasi, infeksi atau perdarahan post partum.³⁹

c) Tekanan darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu persalinan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat post partum menandakan terjadinya preeklampsia post partum.³⁹

d) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada

masa post partum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.³⁹

e. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

1) Nutrisi dan Cairan

Kebutuhan nutrisi dan cairan pada ibu nifas sangat dibutuhkan untuk pemulihan pasca melahirkan dan produksi ASI. Adapun nutrisi dan cairan yang dibutuhkan pada ibu nifas yaitu diantaranya:

a) Energi

Ibu nifas membutuhkan energi untuk merawat dan menyusui bayinya. Besarnya penambahan kalori yang dibutuhkan pada ibu nifas yaitu 700 kkal/hari. Sumber kalori yang diperlukan sebagai sumber dan cadangan energi yaitu contohnya beras, roti, kentang, mie, bihun, kacang kacangan dan lainnya.³⁷

b) Protein

Protein sangat dibutuhkan ibu nifas sebagai pertumbuhan dan pergantian sel-sel yang rusak. Pada masa nifas, dibutuhkan tambahan protein sebesar 20 g/hari. Protein adalah zat yang tidak bisa disintesis oleh manusia, hanya tumbuhan dan hewan yang dapat mendaur protein berupa nitrogen. Sumber protein dapat diperoleh dalam dua jenis yaitu protein nabati dan protein hewani. Protein nabati terdapat pada kacang kacangan, tahu dan tempe, dll . Sumber protein hewani dapat diperoleh pada daging sapi, daging ayam, telur bebek, telur ayam, udang, ikan, keju, dan lain-lain.³⁷

c) Lemak

Lemak yang dimiliki ibu dapat mempengaruhi besaran produksi ASI. Oleh sebab itu, ibu menyusui membutuhkan asupan lemak yang cukup.³⁷

d) Mineral

Ibu menyusui butuh lebih besar mineral dibandingkan dengan ibu hamil. Diantaranya yaitu: zat kapur untuk pertumbuhan tulang. Fosfor dan kalsium untuk pertumbuhan tulang dan gigi anak. Zat besi berfungsi untuk sirkulasi darah serta penambahan sel darah merah (Hemoglobin). Yodium berfungsi untuk mencegah kelainan mental dan kekerdilan.³⁷

e) Vitamin

Jenis-jenis vitamin yang dibutuhkan pada ibu nifas yaitu vitamin A,B1-B12, Folid Acid, vitamin C,D dan K. masing masing vitamin memiliki fungsinya sendiri yaitu diantaranya vitamin A berperan dalam reproduksi khususnya ibu hamil dan menyusui, Vitamin C berfungsi untuk mensintesis kolagen, absorpsi dan metabolisme besi, mencegah infeksi dan meningkatkan daya tahan terhadap infeksi, dan Vitamin K berfungsi untuk pembekuan darah.³⁷

f) Cairan

Kebutuhan cairan untuk ibu nifas yaitu 3 liter dalam sehari atau setara dengan 8 gelas setiap hari. Air merupakan kebutuhan penting pada ibu nifas, karena didalamnya mengandung molekul-molekul yang dibutuhkan tubuh untuk proses aliran ke jantung.³⁷

2) Ambulasi dan Mobilisasi

Kegiatan dapat dilakukan secara bertahap sehingga ada jeda antara kegiatan dan istirahat. Ibu harus dimobilisasi dalam waktu 2 jam setelah melahirkan. Lakukan secara perlahan dan bertahap. Anda dapat melakukan ini dengan awalnya condong ke kanan atau ke kiri, lalu secara bertahap bangun dan berjalan. Manfaat Mobilisasi dini yaitu:

- a) Memfasilitasi keputihan lokal dan mengurangi infeksi kebidanan.
- b) Ibu merasa lebih sehat dan kuat.
- c) Mempercepat involusi alat rahim.
- d) Fungsi usus, peredaran darah, paru-paru dan saluran kemih menjadi lebih baik.
- e) Meningkatkan sirkulasi darah dan dengan demikian mempercepat efek ASI dan pembuangan sisa metabolisme.
- f) Bisa mengajari ibu cara merawat bayi.
- g) Mencegah trombosis pada pembuluh darah kaki.³⁷

3) Eliminasi

Buang air kecil harus secepatnya dilakkan oleh ibu sendiri atau dibantu dengan menggunakan pispot apabila ibu nifas masih berada di tempat tidur. Berkemih harus didorong dan dipantau untuk mencegah pengisian kandung kemih yang berlebihan tanpa gejala. Pada ibu nifas sering mengalami kesulitan pada saat berkemih, hal ini disebabkan karena terjadi beberapa perubahan pada sistem genitourinari yang memerlukan waktu penyembuhan lebih lama, dan beberapa perubahan mungkin tidak akan pernah kembali sepenuhnya ke kondisi sebelum hamil. Semakin banyak literatur mengenai penyangga dasar panggul mengimplikasikan persalinan sebagai awal dari berbagai kondisi termasuk inkontinensia urin karena stres, inkontinensia flatus atau feses, prolaps uterus, sistokel, dan rektokel.³⁷

4) *Personal Hygiene*

Pada masa nifas, seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi, oleh karena itu kebersihan tubuh sangat penting mencegah terjadinya infeksi. Faktor penyebab terjadinya infeksi nifas diantaranya daya tahan tubuh yang kurang, perawatan nifas yang kurang baik, kurang gizi/mal nutrisi, hygiene yang

kurang baik, serta kelelahan. Faktor penyebab utama terjadinya infeksi pada masa nifas ialah adanya perlukaan pada perineum. Ibu dianjurkan untuk menjaga kebersihan diri dengan cara mandi yang teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur serta lingkungan dimana ibu tinggal. Ibu harus tetap bersih, segar dan wangi. Merawat perineum dengan baik, selalu diingat bahwa membersihkan perineum dari arah depan kebelakang. Jaga kebersihan diri secara keseluruhan untuk menghindari infeksi, baik pada luka jahitan maupun kulit.³⁷

5) Istirahat

Istirahat yang cukup sangat dibutuhkan pada ibu nifas, hal ini bertujuan untuk mempercepat pemulihan pasca persalinan. Kurangnya istirahat dapat berakibat diantaranya:

- a) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi.
- b) Menghambat proses involusi uterus.
- c) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat dirinya sendiri dan bayinya.³⁷

6) Seksual

Libido dapat menurun setelah melahirkan karena penurunan kadar estrogen. Hal ini mungkin tidak akan kembali lagi selama 1 tahun pascapersalinan, terutama pada wanita yang sedang menyusui. Dianjurkan pada ibu nifas untuk menunggu hingga area perineumnya pulih sebelum melanjutkan aktivitas seksual, dan mungkin diperlukan waktu 4-6 minggu hingga robekan perineumnya benar-benar sembuh. Penyedia layanan kesehatan harus lebih nyaman mendiskusikan perempuan tentang seksualitas selama periode awal pascapersalinan. Atasi kembalinya aktivitas seksual lebih dini dengan kontrasepsi untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan dan berjarak dekat.³⁷

7) Keluarga Berencana

Masa prenatal adalah waktu terbaik untuk membahas kontrasepsi pascapersalinan. Pada remaja dimulai wawancara motivasi, diskusi tentang kontrasepsi reversibel jangka panjang selama kehamilan. Wanita menyusui, modalitas nonhormonal biasanya lebih disukai. *American College of Obstetrics and Gynecologists* (ACOG) merekomendasikan kontrasepsi progestin saja sebagai modalitas kontrasepsi hormonal terbaik untuk wanita menyusui. Ibu menyusui sebaiknya tidak menggunakan alat kontrasepsi kombinasi estrogen-progestin karena dapat mengganggu produksi ASI.³⁷

f. Tanda Bahaya Masa Nifas

- 1) Perdarahan hebat atau peningkatan perdarahan secara tiba-tiba (melebihi haid biasa atau jika perdarahan tersebut membasahi lebih dari 2 pembalut saniter dalam waktu setengah jam).
- 2) Pengeluaran cairan vaginal dengan bau busuk yang keras.
- 3) Rasa nyeri di perut bagian bawah atau punggung Sakit Kepala yang terus menerus. nyeri epigastrium, atau, masalah penglihatan.
- 4) Pembengkakan pada wajah dan tangan Demam muntah, rasa sakit sewaktu buang air seni, atau merasa tidak enak badan Payudara yang memerah panas dan/atau sakit.
- 5) Kehilangan selera makan untuk waktu yang berkepanjangan Rasa sakit. warna merah, kelembutan dan/atau pembengkakan pada kaki.
- 6) Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengurus diri-sendiri atau bayi.
- 7) Merasa sangat letih atau bernafas terengah-engah.⁴⁰

g. Infeksi Masa Nifas

Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genitalia dalam masa nifas. Infeksi setelah persa

linan disebabkan oleh bakteri atau kuman. Infeksi masa nifas ini menjadi penyebab tertinggi angka kematian ibu (AKI).⁴⁰

1) Gambaran klinis infeksi nifas

a) Infeksi Lokal

Pembengkakan luka episiotomi, terjadi penanahan, perubahan warna kulit, pengeluaran lokhea bercampur nanah, mobilitasi terbatas karena rasa nyeri, temperatur badan dapat meningkat.

b) Infeksi Umum

Tampak sakit dan lemah, temperatur meningkat, tekanan darah menurun dan nadi meningkat, pernapasan dapat meningkat dan terasa sesak, kesadaran gelisah sampai menurundan koma, terjadi gangguan involusi uterus, lokhea berbau dan bernanah kotor.

2) Faktor Penyebab Infeksi

- a) Persalinan lama, khususnya dengan kasus pecah ketuban terlebih dahulu.
- b) Pecah ketuban sudah lama sebelum persalinan.
- c) Pemeriksaan vagina berulang-ulang selama persalinan, khususnya untuk kasus pecah ketuban.
- d) Teknik aseptik tidak sempurna.
- e) Tidak memperhatikan teknik cuci tangan.
- f) Manipulasi intrauteri (misal eksplorasi uteri, pengeluaran plasenta manual).
- g) Trauma jaringan yang luas atau luka terbuka seperti laseri yang tidak diperbaiki.
- h) Hematoma.
- i) Hemoragia, khususnya jika kehilangan darah lebih dari 1.000 ml.
- j) Pelahiran operatif, terutama kelahiran melalui SC.
- k) Retensi sisa plasenta atau membran janin.

- l) Perawatan perineum tidak memadai.
 - m) Infeksi vagina atau serviks yang tidak ditangani.⁴⁰
- h. Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi

Menyusui adalah ketrampilan yang dipelajari ibu dan bayi, dimana keduanya membutuhkan waktu dan kesabaran untuk pemenuhan nutrisi pada bayi. Menyusui adalah proses pemberian susu pada anak bayi atau anak kecil dengan air susu ibu (ASI) dari payudara ibu.⁴¹

Manfaat ASI bagi bayi diantaranya adalah komposisi sesuai kebutuhan, kalori dari ASI memenuhi kebutuhan bayi sampai usia 6 bulan, ASI mengandung zat antibody, perkembangan psikomototrik lebih cepat, menunjang perkembangan kognitif, menunjang perkembangan penglihatan, memperkuat ikatan batin ibu dan anak, dasar untuk perkembangan emosi yang hangat, dan membentuk sistem pencernaan yang sehat.⁴¹

Sedangkan bagi ibu, ASI memiliki manfaat berupa mencegah perdarahan pasca persalinan dan mempercepat kembalinya rahim ke bentuk semula, ibu yang menyusui dapat meminimalkan kemungkinan terjadinya kehamilan, pemberian ASI adalah cara terbaik bagi ibu untuk mencurahkan kasih sayang pada buah hatinya serta mengurangi kemungkinan kanker payudara.⁴¹

i. Teknik Menyusui yang Benar

Teknik Menyusui yang Benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlekatan dan posisi ibu dan bayi dengan benar. Langkah-langkah menyusui yang benar sebagai berikut:

- 1) Cuci tangan yang bersih dengan sabun, sebelum menyusui bersihkan puting susu dan areola dengan kapas DTT, langkah selanjutnya ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan areola sekitarnya. Cara ini mempunyai manfaat sebagai desinfektan dan menjaga kelembaban puting susu.

- 2) Bayi diletakkan menghadap payudara.
- a) Ibu duduk atau berbaring santai. Bila duduk lebih baik menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak tergantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi.
 - b) Bayi dipegang dengan satu lengan, kepala bayi terletak pada lengkung siku ibu dan bokong bayi terletak pada lengan. Kepala bayi tidak boleh tertengadah dan bokong bayi ditahan dengan telapak tangan ibu.
 - c) Satu tangan bayi diletakkan di belakang badan ibu, dan yang satu di depan.
 - d) Perut bayi menempel badan ibu, kepala bayi menghadap payudara (tidak hanya membelokkan kepala bayi).
 - e) Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus.
 - f) Ibu menatap bayi dengan kasih sayang.
 - g) Payudara dipegang dengan ibu jari di atas dan jari yang lain menopang di bawah, jangan menekan puting susu atau areolanya saja.
 - h) Bayi diberi rangsangan untuk membuka mulut (rooting reflex) dengan cara:
 - i) Menyentuh pipi dengan puting susu.
 - ii) Menyentuh sisi mulut bayi.
 - i) Setelah bayi membuka mulut, dengan cepat kepala bayi didekatkan ke payudara ibu dengan puting serta areola dimasukkan ke mulut bayi. Usahakan sebagian besar areola dapat masuk ke dalam mulut bayi, sehingga puting susu berada di bawah langit-langit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar dari tempat penampungan ASI yang terletak di bawah areola.

- j) Setelah menyusui pada satu payudara sampai terasa kosong, sebaiknya ganti menyusui pada payudara yang lain.
- k) Cara melepas isapan bayi yaitu:
 - i) Jari kelingking ibu dimasukkan ke mulut bayi melalui sudut mulut bayi.
 - ii) Dagunya bayi ditekan ke bawah.
- l) Setelah selesai menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan areola sekitarnya. Biarkan kering dengan sendirinya.
- m) Menyendawakan bayi untuk mengeluarkan udara dari lambung supaya bayi tidak muntah. Cara menyendawakan bayi, yaitu:
 - i) Bayi digendong tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggungnya ditepuk perlahan-lahan atau
 - ii) Bayi tidur tengkurap dipangkuan ibu, kemudian punggungnya ditepuk perlahan-lahan.

Fungsi dari teknik menyusui yang benar yaitu:

- 1) Putting susu tidak lecet.
- 2) Perlekatan menyusu pada bayi kuat.
- 3) Bayi menjadi tenang.
- 4) Tidak terjadi gumoh.

Akibat teknik menyusui yang tidak benar yaitu:

- 1) Putting susu menjadi lecet.
- 2) ASI tidak keluar secara optimal sehingga mempengaruhi produksi ASI.
- 3) Bayi enggan menyusu.
- 4) Bayi menjadi kembung.

Apabila bayi telah menyusu dengan benar, maka akan memperlihatkan tanda-tanda sebagai berikut:

- 1) Bayi tampak tenang.

- 2) Badan bayi menempel pada perut ibu.
- 3) Mulut bayi terbuka lebar.
- 4) Dagunya menempel pada payudara ibu.
- 5) Sebagian areola masuk ke dalam mulut bayi, areola bawah lebih banyak masuk.
- 6) Bayi tampak menghisap dengan ritme yang perlahan-lahan.
- 7) Putting susu tidak terasa nyeri.
- 8) Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus.
- 9) Kepala bayi agak menengadah.⁴¹

j. Posisi Menyusui Yang Benar

Dalam menyusui, terdapat macam posisi menyusui, cara menyusui yang tergolong biasa dilakukan adalah dengan duduk, berdiri atau berbaring. Adapun posisi khusus yang berkaitan dengan situasi tertentu, seperti ibu pasca operasi Caesar. Bayi diletakkan di samping kepala ibu dengan posisi kaki di atas. Menyusui bayi kembar dilakukan dengan cara seperti memegang bola bila disusui bersamaan, yaitu di payudara kiri dan kanan. Pada ASI yang memancar (penuh), bayi ditengkurapkan di atas dada ibu, tangan ibu sedikit menahan kepala bayi, sehingga dengan posisi ini bayi tidak tersedak.⁴¹

7. Konsep Dasar KB Pasca Persalinan

a. Konsep Dasar Keluarga Berencana

1) Definisi Keluarga Berencana

Keluarga berencana (KB) merupakan sebuah upaya yang mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan melalui promosi perlindungan dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. Menurut *World Health Organization* (WHO) KB merupakan tindakan yang membantu individu atau pasangan suami-istri untuk menghindari kelahiran tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang

diinginkan, mengatur interval diantara kelahiran, mengontrol waktu kelahiran dalam hubungan dengan umur suami dan istri, serta menentukan jumlah anak dalam keluarga.⁴²

KB adalah suatu program yang dicanangkan pemerintah dalam upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui Pendewasaan Usia Perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera.⁴³

2) Tujuan Keluarga Berencana

Berdasarkan Undang-Undang RI No. 52 tahun 2009, tujuan keluarga berencana diantaranya adalah sebagai berikut.

- a) Mengatur kehamilan yang diinginkan.
- b) Menjaga kesehatan dan menurunkan angka kematian ibu, bayi dan anak.
- c) Meningkatkan akses dan kualitas informasi, pendidikan, konseling, dan pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi.
- d) Meningkatkan partisipasi dan kesertaan pria dalam praktek keluarga berencana.
- e) Mempromosikan penyusuan bayi sebagai upaya untuk menjarangkan jarak kehamilan.⁴⁴

3) Paradigma baru Keluarga Berencana (KB)

Sebagaimana tertuang dalam Peraturan Menteri Kependudukan dan Pembangunan Keluarga/Kepala BKKBN Nomor 4 Tahun 2025 menegaskan adanya pergeseran mendasar dalam arah kebijakan KB di Indonesia. Keluarga Berencana tidak lagi dipahami semata-mata sebagai upaya pengendalian jumlah kelahiran, tetapi sebagai bagian integral dari pembangunan keluarga dan pengelolaan kependudukan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia. KB ditempatkan sebagai instrumen strategis dalam mewujudkan keluarga berkualitas

yang sehat, sejahtera, mandiri, harmonis, dan bertanggung jawab, sekaligus sebagai fondasi penting menuju pencapaian Indonesia Emas 2045.⁴⁵

Dalam paradigma baru ini, KB dan kesehatan reproduksi dipandang sebagai hak asasi manusia yang harus dijamin oleh negara. Setiap individu dan pasangan diberikan kebebasan untuk menentukan kehidupan reproduksinya secara sadar dan bertanggung jawab melalui akses terhadap informasi yang benar, pilihan metode kontrasepsi yang beragam, serta pelayanan yang berkualitas dan berkeadilan. Pendekatan ini menempatkan masyarakat sebagai subjek pembangunan, bukan sekadar objek program.⁴⁵

Selain itu, paradigma baru KB menekankan keterkaitannya dengan pembangunan kependudukan secara menyeluruh. Program KB diarahkan untuk menjaga penduduk tumbuh seimbang dengan mempertahankan tingkat fertilitas ideal, mengurangi kesenjangan antarwilayah, serta mendukung pemanfaatan bonus demografi. KB juga berperan penting dalam pencegahan kehamilan berisiko, penurunan angka kematian ibu dan bayi, serta percepatan penurunan stunting melalui perencanaan kehamilan dan penguatan 1000 Hari Pertama Kehidupan.⁴⁵

Pelaksanaan KB dalam paradigma baru dilakukan melalui pendekatan siklus hidup dan berbasis komunitas, dengan integrasi program pembangunan keluarga, kependudukan, dan lintas sektor di tingkat lokal, seperti melalui Kampung Keluarga Berkualitas. Dengan perubahan peran kelembagaan BKKBN menjadi Kementerian Kependudukan dan Pembangunan Keluarga/BKKBN, paradigma baru KB menegaskan transformasi dari program yang bersifat demografis menjadi kebijakan pembangunan keluarga dan

kependudukan yang berkelanjutan, berbasis data, dan berorientasi pada peningkatan kualitas hidup masyarakat.⁴⁵

4) Sasaran Keluarga Berencana

Program Keluarga Berencana (KB) memiliki sasaran yang luas dan meliputi berbagai kelompok dalam masyarakat. Pertama, pasangan usia subur adalah salah satu target utama program KB. Mereka diberikan akses ke informasi, layanan, dan metode kontrasepsi yang beragam untuk membantu mereka mengatur jumlah anak yang diinginkan dan menentukan jarak antara kehamilan. Selain itu, program KB juga memperhatikan kebutuhan khusus perempuan, terutama yang rentan terhadap komplikasi kesehatan akibat kehamilan di usia dini atau pada usia lanjut. Ini termasuk remaja perempuan yang berisiko tinggi mengalami masalah kesehatan karena kehamilan di usia muda dan wanita yang berisiko tinggi mengalami komplikasi kehamilan karena usia lanjut.⁴⁶

Remaja juga menjadi sasaran penting dari program KB. Pemberian informasi, pendidikan, dan layanan yang tepat untuk membantu remaja membuat keputusan yang bijak tentang kesehatan reproduksinya. Melalui pendekatan yang holistik, program KB bertujuan untuk memberdayakan semua individu, terutama perempuan, dengan pengetahuan dan keterampilan yang mereka butuhkan untuk mengelola kesehatan reproduksi secara mandiri. Program KB juga berusaha untuk menciptakan lingkungan yang mendukung bagi mereka yang ingin menggunakan layanan kesehatan reproduksi, termasuk menciptakan kesadaran akan pentingnya perencanaan keluarga dalam masyarakat.⁴⁶

b. Konsep Dasar Kontrasepsi

1) Definisi Kontrasepsi

Kontrasepsi berasal dari kata “kontra” dan “konsepsi”. Kontra berarti mencegah atau menghindari, sedangkan konsepsi berarti pembuahan atau fertilisasi. Sehingga kontrasepsi dapat disimpulkan memiliki arti yaitu suatu hal yang digunakan untuk mencegah atau menghindari terjadinya pembuahan. Kontrasepsi menjamin hak reproduksi setiap orang dengan membantu pasangan usia subur untuk merencanakan jumlah serta waktu yang tepat untuk memiliki anak, dengan demikian kehamilan yang tidak diinginkan bisa dicegah. Usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan dengan penggunaan kontrasepsi pun ada yang bersifat sementara maupun permanen. Pilihan akan reversibilitas kesuburan ini perlu disesuaikan dengan kebutuhan klien serta berdasarkan hasil penapisan kelayakan.⁴⁷

Perencanaan kehamilan merupakan hal yang krusial bagi pasangan suami istri. Perlu pertimbangan risiko dan manfaat kesehatan bersama termasuk pertimbangan usia, kesuburan, akses ke fasilitas pelayanan kesehatan, kondisi ekonomi, dukungan sosial dan preferensi pribadi agar proses kehamilan, persalinan, nifas dan menyusui dapat berlangsung sehat, aman dan terhindar dari risiko komplikasi. Kebijakan keluarga berencana dilakukan untuk membantu calon dan pasangan suami istri dalam pengambilan keputusan terhadap hak reproduksinya secara bertanggung jawab mengenai usia ideal perkawinan, usia ideal melahirkan, jumlah ideal anak, jarak kelahiran ideal serta penyuluhan Kesehatan reproduksi.⁴⁸

2) Definisi KB Pasca Persalinan (KBPP)

KB pasca persalinan meliputi metode, tempat dan pemberi layanan kontrasepsi segera setelah melahirkan sampai 6

minggu atau 42 hari masa nifas dengan prinsip pemilihan metode kontrasepsi yang digunakan tidak mengganggu produksi ASI dan sesuai dengan kondisi ibu. KB Pasca Persalinan atau KBPP diutamakan untuk diberikan setelah ibu melahirkan atau sebelum pulang dari fasilitas pelayanan kesehatan. Secara umum, hampir semua metode kontrasepsi dapat digunakan sebagai metode KB pasca persalinan. Untuk memastikan jarak kehamilan yang sehat dan aman (minimal 2 tahun) maka pasien perlu diberikan informasi dan motivasi untuk menggunakan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) sejak ibu melahirkan. Hal ini sesuai dengan indikator keberhasilan KBPP yaitu 100% ibu bersalin di fasilitas kesehatan mendapatkan Konseling KBPP, 70% ibu bersalin menggunakan KBPP dan dari 70% ibu bersalin, 50% diantaranya menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang.⁴⁹

3) Metode Kontrasepsi

Beberapa metode kontrasepsi adalah sebagai berikut:

a) Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP)

Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) meliputi *Intra Uterine Device* atau Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (IUD/AKDR), Implan, Tubektomi atau Metode Operasi Wanita (MOW), Vasektomi atau Metode Operasi Pria (MOP).⁴⁶

i) *Intra Uterin Device*/Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (IUD/AKDR)

IUD/AKDR merupakan alat kontrasepsi yang dimasukkan kedalam Rahim dan memiliki banyak bentuk bermacam-macam terdiri dari plastik (*polyethylene*), dililit tembaga (Cu), dililit tembaga bercampur perak (Ag) ada juga yang berisi hormon

progesteron pada batangnya. Efektifitas kontrasepsi IUD 99% dengan rasio kegagalan 1-3 kehamilan per 100 wanita pertahun.⁴⁸

ii) Implan

Implan merupakan alat kontrasepsi yang mengandung levonorgetrel dan dibungkus dalam kapsul silastik silikon polidimetri silikon dan disusukkan di bawah kulit. Implant sangat efektif karena memiliki tingkat kegagalan 0,2-1 kehamilan per 100 perempuan.⁴³

iii) Tubektomi atau Metode Operasi Wanita (MOW)

Tubektomi atau biasa disebut dengan sterilisasi merupakan prosedur yang dapat menghentikan kesuburan dengan menyumbat atau memotong kedua saluran telur dengan cara bedah. Metode kontrasepsi ini bersifat permanen yang hanya diperuntukan bagi yang tidak menginginkan atau tidak boleh memiliki anak lagi karena alasan kesehatan.⁴⁷

iv) Vasektomi atau Metode Operasi Pria (MOP)

Vasektomi atau Metode Operasi Pria (MOP) merupakan istilah dalam ilmu bedah yang terbentuk dari dua kata yaitu vas atau vasa deferensia yang artinya saluran yang menyalurkan sel sperma keluar dari testis dan ektomi atau ektomia artinya pemotongan sebagian. Dengan kata lain vasektomi merupakan pemotongan sebagian (0.5 cm–1 cm) saluran benih sehingga terdapat jarak di antara ujung saluran benih bagian sisi testis dan saluran benih bagian sisi lainnya yang masih tersisa dan pada masing-masing kedua ujung saluran yang tersisa tersebut dilakukan pengikatan sehingga saluran menjadi buntu atau tersumbat.⁴⁷

b) Metode Kontrasepsi Jangka Pendek (non MKJP)

Metode Kontrasepsi Jangka Pendek (non MKJP) meliputi suntikan, pil dan kondom.⁴⁶

i) Kontrasepsi Suntik

Suntikan KB yaitu suatu cairan berisi zat untuk mencegah kehamilan selama jangka waktu tertentu (antara 1-3 bulan), cairan tersebut merupakan hormon sistesis progesteron. Hormon tersebut akan membuat lendir rahim menjadi kental sehingga sel sperma tidak dapat masuk ke dalam rahim. Zat tersebut juga mencegah keluarnya sel telur (ovulasi) dan membuat uterus (dinding rahim) tidak siap menerima hasil pembuahan. Kontrasepsi suntikan merupakan cara untuk mencegah terjadinya kehamilan dengan melalui suntikan hormonal.⁴⁶

ii) Kontrasepsi Pil

Pil kontrasepsi merupakan alat kontrasepsi oral yang berfungsi untuk mencegah kehamilan dengan cara mencegah ovulasi, lendir mulut rahim menjadi lebih kental sehingga sperma sulit masuk.⁴⁶

iii)Kondom

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan seperti lateks (karet), plastik (vinil) atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan. Alat kontrasepsi kondom mempunyai cara kerja diantaranya mencegah sperma masuk ke saluran reproduksi wanita, sebagai alat kontrasepsi, sebagai pelindung terhadap infeksi/tranmisi mikro organisme penyebab penyakit menular seksual (PMS). Pemakaian kontrasepsi kondom efektif apabila dipakai secara benar.

Pemakaian kondom yang tidak konsisten membuat tidak efektif. Angka kegagalan kontrasepsi kondom sangat sedikit yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun.⁵⁰

c) Metode Kontrasepsi Sederhana

Kontrasepsi sederhana merupakan cara yang digunakan dalam pencegahan kehamilan secara sederhana, bahkan untuk sekali pemakaian saat melakukan hubungan seksual. Kontrasepsi sederhana dibagi atas dua cara yaitu tanpa menggunakan alat atau obat dan dengan menggunakan alat atau obat. Tanpa alat atau obat meliputi Metode Amenorea Laktasi (MAL), Senggama terputus dan pantang berkala. Dengan alat atau obat meliputi kondom, diafragma atau cap, cream, jelly dan cairan berbusa, tablet berbusa (vagina tablet).⁵¹

c. KB Pasca Salin dengan IUD

1) Definisi IUD

IUD (*Intra Uterine Device*) atau Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) merupakan alat kontrasepsi terbuat dari plastik yang fleksibel dipasang dalam rahim dan merupakan kontrasepsi yang paling ideal untuk ibu pasca persalinan dan menyusui karena tidak menekan produksi ASI. Kontrasepsi IUD merupakan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP), dan dapat segera digunakan segera setelah persalinan sehingga ibu tidak cepat hamil lagi (minimal 3-5 tahun) dan memiliki waktu merawat kesehatan diri sendiri, anak dan keluarga. Penyuluhan pemilihan metode kontrasepsi ini dapat dilakukan sejak kunjungan kehamilan sampai dengan persalinan, sehingga ibu setelah bersalin atau keguguran, pulang ke rumah sudah menggunakan salah satu kontrasepsi.⁵²

IUD merupakan pilihan kontrasepsi pascasalin yang aman dan efektif untuk ibu yang ingin menjarangkan atau membatasi kehamilan. Kontrasepsi IUD yang dipasang segera setelah persalinan disebut dengan IUD Post Plasenta. IUD Post plasenta adalah pemasangan IUD yang dilakukan 10 menit setelah plasenta lahir pada persalinan normal atau sebelum penjahitan uterus pada tindakan sectio cesaria.⁵²

2) Jenis-Jenis IUD

Jenis-jenis Intra Uterine Device (IUD) adalah sebagai berikut:

a) IUD *CuT-380 A*

Bentuknya kecil, kerangka dari plastik yang fleksibel, berbentuk huruf T diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu).

b) NOVA T (*Schering*)

IUD yang banyak dipakai di Indonesia dari jenis *unmedicated* adalah *Lippes Loop* dan dari jenis *Medicated* adalah *Cu-T 380 A*, *Multiload 375* dan *Nova-T*.

Ada 3 macam IUD yang biasanya digunakan yaitu *Copper T 380A*, *Multiload Copper 375*, dan IUD dengan *levonorgestrel*. IUD jenis *Copper T 380A* sangat banyak tersedia dan pada program pilihan KB Pasca persalinan, jenis IUD *Copper T 380A* ini paling banyak digunakan karena selain karakteristiknya yang baik, mudah pemasangannya, efektif, harga IUD jenis ini juga lebih terjangkau dibanding dengan jenis IUD yang lain dan ketersediannya melimpah. IUD dengan *levonorgestrel* (misal Mirena) belum terlalu banyak tersedia dan jika tersedia harganya mahal.⁴⁸

3) Mekanisme Kerja IUD

Mekanisme kerja IUD adalah dengan menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi, memengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri. IUD bekerja

terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun IUD membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi. IUD juga memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.⁵²

4) Keuntungan dan Kerugian IUD

Keuntungan menggunakan IUD diantaranya:

- a) Langsung bisa diakses oleh ibu yang melahirkan di pelayanan kesehatan.
- b) Tidak memengaruhi kualitas dan volume ASI.
- c) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi).
- d) Pemasangan ada pascapersalinan, kasus perdarahan lebih sedikit dibandingkan dengan pemasangan setelah beberapa hari atau minggu.
- e) Mengurangi angka ketidakpatuhan pasien.
- f) Sebagai kontrasepsi, mempunyai efektivitas yang tinggi.
- g) Sangat efektif 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan).
- h) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan.
- i) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380 A dan tidak perlu diganti).
- j) Sangat efektif karena tidak perlu mengingat-ingat.
- k) Tidak memengaruhi hubungan seksual.
- l) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut hamil.
- m) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu IUD (CuT-380 A).
- n) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun lebih atau setelah haid terakhir).
- o) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan

p) Mencegah kehamilan ektopik.⁵³

Adapun kerugian dari penggunaan alat kontrasepsi IUD adalah sebagai berikut:

- a) Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan).
- b) Haid lebih lama dan banyak.
- c) Perdarahan (spotting antar menstruasi).⁵³
- d) Saat haid lebih sakit.

5) Waktu Pemasangan IUD

IUD pasca plasenta aman dan efektif, tetapi tingkat ekspulsinya lebih tinggi dibandingkan ekspulsi ≥ 4 minggu pasca persalinan. Ekspulsi dapat diturunkan dengan cara melakukan insersi IUD dalam 10 menit setelah pengeluaran plasenta, memastikan insersi mencapai fundus uteri, dan dikerjakan oleh tenaga medis dan paramedis yang terlatih dan berpengalaman. Jika 48 jam pasca persalinan telah lewat, insersi IUD ditunda sampai 4 minggu atau lebih pasca persalinan. IUD 4 minggu pasca persalinan aman dengan menggunakan IUD copper T, sedangkan jenis noncopper memerlukan penundaan sampai 6 minggu pasca persalinan.⁵⁴

