

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

1. Kehamilan

Pada tanggal 10 Maret 2026, dilakukan pengkajian asuhan kebidanan kehamilan pada Ny. J, usia 29 tahun, G3P2Ab0Ah2 dengan usia kehamilan 38 minggu 3 hari di Poli KIA Puskesmas Tegalrejo. Kehamilan ini merupakan kehamilan ketiga, dengan HPHT 14 Juni 2025 dan HPL 21 Maret 2026. Ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya dan saat ini tidak ada keluhan yang mengganggu, namun ibu mengeluh sering buang air kecil. Keluhan tersebut merupakan salah satu ketidaknyamanan fisiologis trimester III karena bagian terbawah janin semakin turun dan dapat menekan kandung kemih.

Ny. J telah melakukan pemeriksaan kehamilan di Puskesmas sejak usia kehamilan 12 minggu 2 hari. Riwayat ANC menunjukkan pada trimester I ibu melakukan pemeriksaan 1 kali dengan keluhan mual, trimester II 1 kali tanpa keluhan, dan trimester III 4 kali dengan keluhan sering BAK. Ibu mengatakan gerakan janin pertama kali dirasakan pada usia kehamilan 20 minggu dan dalam 12 jam terakhir gerakan janin dirasakan lebih dari 10 kali. Pola nutrisi ibu baik, makan 3 kali sehari dengan menu nasi, sayur, dan lauk, serta minum air putih kurang lebih 10 gelas per hari. Pola eliminasi baik, BAB 1 kali sehari dan BAK 8–10 kali sehari, berwarna kuning, berbau khas urin, serta tidak disertai keluhan nyeri.

Aktivitas sehari-hari Ny. J adalah melakukan pekerjaan rumah tangga dan menjalankan usaha kuliner rumahan berupa pembuatan roti, dimsum, bakso, dan pizza yang dijual secara pre-order melalui WhatsApp. Pola istirahat ibu cukup, tidur malam sekitar 7–8 jam, sedangkan tidur siang jarang. Hubungan seksual dilakukan 1–2 kali seminggu tanpa keluhan. Personal hygiene ibu baik, mandi 2 kali sehari, membersihkan

alat kelamin setiap selesai BAB/BAK dan saat mandi, serta mengganti pakaian dalam setiap mandi. Ibu telah mendapatkan imunisasi TT lengkap.

Riwayat obstetri menunjukkan bahwa Ny. J pernah melahirkan dua kali sebelumnya secara spontan, masing-masing pada tahun 2017 dan 2019, dengan bayi laki-laki berat lahir 3.800 gram dan 3.850 gram, tanpa komplikasi pada ibu maupun bayi. Ibu mengatakan belum pernah menggunakan KB hormonal maupun alat kontrasepsi jangka panjang. Selama ini ibu dan suami menggunakan kondom sebagai metode kontrasepsi. Riwayat kesehatan ibu dan keluarga tidak menunjukkan adanya penyakit sistemik seperti diabetes melitus, asma, jantung, HIV, hepatitis, riwayat alergi, maupun riwayat keturunan kembar.

Kehamilan ini merupakan kehamilan yang diinginkan dan diterima baik oleh ibu serta keluarga. Ibu memahami bahwa selama kehamilan perlu mengonsumsi makanan bergizi, rutin memeriksakan kehamilan, dan minum vitamin. Keluarga mendukung kehamilan ibu. Persiapan persalinan telah dilakukan bersama suami, meliputi persiapan biaya, pakaian ibu dan bayi, transportasi, penolong persalinan, tempat persalinan, serta calon pendonor darah.

Hasil pemeriksaan umum menunjukkan keadaan umum ibu baik, kesadaran *compos mentis*, tekanan darah 107/62 mmHg, MAP 77 mmHg, nadi 79 kali/menit, respirasi 21 kali/menit, suhu 36,6°C, tinggi badan 155 cm, berat badan sebelum hamil 58 kg dan saat ini 68 kg, IMT 24,1 kg/m², serta LLA 26 cm. Pemeriksaan fisik menunjukkan tidak terdapat oedem wajah, konjungtiva merah muda, sklera putih, mulut lembap, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan vena jugularis, serta ekstremitas tidak oedem dan tidak terdapat varises.

Hasil pemeriksaan abdomen menunjukkan bentuk abdomen simetris, tidak ada bekas luka operasi, dan tidak terdapat *striae gravidarum*. Pemeriksaan Leopold didapatkan TFU 33 cm, Leopold I teraba bokong pada fundus, Leopold II punggung janin di sebelah kanan, Leopold III presentasi kepala, dan Leopold IV divergen yang menunjukkan kepala sudah masuk

PAP. DJJ 136 kali/menit teratur dan TBJ diperkirakan 3.410 gram. Hasil pemeriksaan penunjang menunjukkan Hb 11,0 g/dL, GDS 99 mg/dL, protein urin negatif, glukosa urin negatif, tetapi terdapat leukosit urin 20–30/LPB, epitel >50/LPK, kristal positif, dan bakteri positif sehingga ibu diberikan edukasi untuk menjaga personal hygiene, mencukupi cairan, tidak menahan BAK, dan waspada terhadap tanda infeksi saluran kemih. Data kehamilan Ny. J dan format kajian kasus disesuaikan dari file asuhan serta contoh kajian kasus yang diberikan.

Pada tanggal 20 Maret 2026, dilakukan pemantauan melalui WhatsApp. Ibu mengatakan belum merasakan tanda-tanda mules atau kontraksi menjelang persalinan. Ibu juga sempat merasa pusing karena kurang istirahat. Gerakan janin masih aktif dan tidak terdapat tanda bahaya seperti perdarahan, keluar air ketuban, nyeri perut hebat, atau gerakan janin berkurang. Ibu merasa khawatir karena HPL sudah dekat, yaitu 21 Maret 2026, namun belum ada tanda persalinan. Ibu diberikan edukasi bahwa HPL tidak selalu tepat pada tanggal perkiraan, selama gerakan janin masih aktif dan tidak ada tanda bahaya maka kondisi masih dapat dipantau. Ibu dianjurkan istirahat cukup, memenuhi kebutuhan cairan dan nutrisi, memantau gerakan janin, serta segera datang ke fasilitas kesehatan apabila muncul tanda persalinan atau tanda bahaya.

Pada tanggal 24 Maret 2026, ibu mengatakan telah melakukan pemeriksaan ke Puskesmas. Ibu sempat merasakan perut kenceng-kenceng, namun keluhan tersebut kemudian menghilang. Ibu belum merasakan kontraksi teratur, belum keluar lendir darah, dan belum keluar air ketuban. Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, BB 69 kg, TD 123/75 mmHg, nadi 104 kali/menit, suhu 36,5°C, TFU 34 cm, presentasi kepala, punggung kanan, dan kepala sudah masuk PAP. TBJ diperkirakan 3.565 gram. Karena usia kehamilan sudah 40 minggu 3 hari dan melewati HPL, ibu diberikan rujukan ke RS DKT untuk pemantauan lebih lanjut.

Pada tanggal 28 Maret 2026, ibu datang ke RS DKT sesuai rujukan dari Puskesmas. Ibu belum merasakan tanda persalinan aktif, tidak ada keluhan ketuban pecah maupun perdarahan. Berdasarkan hasil USG, didapatkan BPD 9,76 cm, AC 40,26 cm, HC 34,06 cm, dan taksiran berat janin sekitar 4.373–4.668 gram. Hasil tersebut menunjukkan janin dengan taksiran berat besar. Berdasarkan hasil pengkajian, Ny. J usia 29 tahun G3P2Ab0Ah2 usia kehamilan 41 minggu dengan kehamilan lewat HPL dan suspek janin besar/makrosomia. Ibu dianjurkan mengikuti anjuran dokter di RS DKT terkait rencana persalinan dan pemantauan lanjutan.

2. Persalinan

Pada tanggal 3 April 2026, dilakukan asuhan kebidanan persalinan melalui kunjungan rumah, wawancara ibu/keluarga, dan telaah Buku KIA/keterangan lahir. Ny. J mengatakan telah melahirkan anak ketiganya secara *sectio caesarea* di RS DKT dr. Soetarto Yogyakarta pada tanggal 30 Maret 2026 pukul 10.09 WIB. Persalinan ditolong oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi, yaitu dr. Bayu Rizky P., Sp.OG.

Persalinan Ny. J dilakukan secara *sectio caesarea* atas pertimbangan dokter Sp.OG karena kehamilan telah melewati HPL dengan suspek janin besar/makrosomia. Tindakan ini dilakukan sebagai upaya mencegah komplikasi persalinan pervaginam, seperti persalinan macet, distosia bahu, trauma lahir, dan kegawatdaruratan pada ibu maupun bayi.

Berdasarkan data Buku KIA/keterangan lahir, persalinan dilakukan secara *sectio caesarea* pada usia kehamilan 41+2 minggu. Bayi lahir hidup, tunggal, berjenis kelamin laki-laki, merupakan anak ketiga, segera menangis, dan dilakukan Inisiasi Menyusu Dini sesuai kondisi ibu dan bayi. Nilai APGAR bayi 8/9, berat badan lahir 4.560 gram, panjang badan 51 cm, dan lingkar kepala 36 cm.

Berdasarkan hasil asuhan kebidanan, Ny. J usia 29 tahun P3Ab0Ah3 post *sectio caesarea* dengan keadaan umum baik. Bayi lahir cukup bulan dengan berat badan lahir 4.560 gram, sehingga termasuk bayi dengan makrosomia. Oleh karena itu, ibu dan bayi dilakukan pemeriksaan gula

darah untuk mendeteksi kemungkinan gangguan kadar glukosa. Berdasarkan anamnesis ibu, hasil pemeriksaan dinyatakan aman/dalam batas normal oleh tenaga kesehatan, namun nilai hasil pemeriksaan tidak tercantum dalam Buku KIA. Ibu diberikan edukasi mengenai pentingnya menyusui dini, pemberian ASI eksklusif, pemantauan tanda bahaya bayi baru lahir, serta kontrol sesuai jadwal fasilitas kesehatan.

3. Bayi Baru Lahir

Pada tanggal 3 April 2026, dilakukan asuhan kebidanan bayi baru lahir Ny. J melalui kunjungan rumah, wawancara ibu, dan telaah Buku KIA/keterangan lahir. Ibu mengatakan bayinya lahir pada tanggal 30 Maret 2026 pukul 10.09 WIB di RS DKT dr. Soetarto Yogyakarta melalui persalinan sectio caesarea. Bayi lahir hidup, segera menangis, berjenis kelamin laki-laki, dan merupakan kelahiran tunggal. Setelah lahir, bayi dilakukan IMD, sudah mulai menyusu, tampak aktif, tidak demam, tidak sesak, tidak kejang, dan tidak tampak kuning.

Berdasarkan data Buku KIA/keterangan lahir, bayi lahir pada usia gestasi 41+2 minggu, APGAR score 8/9, berat badan lahir 4.560 gram, panjang badan 51 cm, dan lingkar kepala 36 cm. Bayi telah mendapatkan asuhan bayi baru lahir 0–6 jam berupa IMD, pemberian vitamin K1, salep/tetes mata, serta imunisasi Hepatitis B. Karena bayi lahir dengan berat badan 4.560 gram dan termasuk makrosomia, bayi dilakukan pemeriksaan gula darah untuk mendeteksi risiko hipoglikemia neonatal. Pemeriksaan gula darah juga penting dilakukan karena bayi makrosomia memiliki risiko mengalami gangguan kadar glukosa setelah lahir. Berdasarkan keterangan ibu, hasil pemeriksaan gula darah ibu dan bayi dinyatakan aman atau dalam batas normal oleh tenaga kesehatan, namun nilai hasil pemeriksaan tidak tercantum dalam Buku KIA. Oleh karena itu, ibu diberikan edukasi untuk tetap memantau tanda bahaya pada bayi, seperti malas menyusu, tampak lemas, suhu tubuh dingin, tremor, kejang, sesak napas, atau tampak kebiruan.

Saat kunjungan rumah, keadaan umum bayi baik, bayi tampak aktif, menyusui baik, kulit kemerahan, tidak tampak ikterik, napas tidak sesak, dan tali pusat tampak bersih serta kering. Tidak ditemukan perdarahan maupun tanda infeksi pada tali pusat. Ibu diberikan edukasi untuk menyusui bayi sesering mungkin atau minimal setiap 2 jam, menjaga kehangatan bayi, melakukan perawatan tali pusat secara bersih dan kering, serta memantau tanda bahaya bayi baru lahir seperti malas menyusui, demam, suhu tubuh dingin, sesak napas, kulit kuning, tali pusat bernanah/berbau, kejang, atau bayi tampak lemas. Ibu juga dianjurkan membawa bayi kontrol sesuai jadwal fasilitas kesehatan.

4. Neonatus

Kunjungan neonatus pertama dilakukan berdasarkan anamnesis dan telaah Buku KIA pada pelayanan neonatus 6–48 jam. Ibu mengatakan bayi lahir pada tanggal 30 Maret 2026 pukul 10.09 WIB secara sectio caesarea di RS DKT dr. Soetarto Yogyakarta. Bayi lahir hidup, segera menangis, berjenis kelamin laki-laki, menyusui, tidak demam, tidak sesak, tidak kejang, dan tidak tampak kuning. Ibu mengatakan bayi telah dilakukan pemeriksaan/screening setelah lahir, termasuk skrining hipotiroid kongenital dan skrining penyakit jantung bawaan kritis.

Pada Buku KIA tercatat hasil skrining penyakit jantung bawaan kritis/CCHD bayi Ny. J adalah “lolos”. Namun, berdasarkan keterangan ibu, saat pemeriksaan awal sempat dilakukan pengecekan berulang sehingga ibu dianjurkan kontrol ulang satu minggu kemudian untuk evaluasi lanjutan. Pada tanggal 6 April 2026, bayi telah melakukan kontrol ulang, diperiksa oleh dokter, dan hasil pemeriksaan dinyatakan aman/dalam batas normal. Pemeriksaan echo jantung tidak diwajibkan saat itu dan diserahkan kepada keputusan ibu. Dengan demikian, hasil skrining tetap ditulis “lolos”, sedangkan kontrol ulang dilakukan sebagai bentuk pemantauan lanjutan untuk memastikan kondisi bayi tetap aman.

Data pelayanan neonatus 6–48 jam menunjukkan kondisi bayi sehat, BB 4.360 gram, PB 51 cm, LK 36 cm, bayi sudah menyusui, telah

mendapatkan vitamin K1, salep/tetes mata, imunisasi HB, skrining hipotiroid kongenital, serta skrining penyakit jantung bawaan kritis. Tidak tercantum adanya rujukan segera. Ibu diberikan edukasi untuk menyusui bayi sesering mungkin, menjaga kehangatan bayi, merawat tali pusat agar tetap bersih dan kering, tidak memberikan ramuan atau bahan apa pun pada tali pusat, serta memantau tanda bahaya bayi baru lahir.

Kunjungan neonatus kedua dilakukan pada tanggal 6 April 2026. Ibu mengatakan bayi dalam keadaan baik, menyusu kuat, tidak demam, tidak sesak, tidak kejang, tidak tampak kebiruan, dan tidak tampak kuning. Ibu juga mengatakan BAK dan BAB bayi lancar. Pada hari yang sama, bayi telah kontrol ulang sesuai anjuran, telah dilakukan pemeriksaan oleh dokter, dan hasilnya dinyatakan aman/dalam batas normal. Pemeriksaan echo jantung tidak diwajibkan saat itu dan diserahkan kepada keputusan ibu. Hasil pemeriksaan menunjukkan BB 4.400 gram, PB 51 cm, suhu aksila 36,7°C, keadaan umum baik, bayi aktif, warna kulit merata, tidak ikterik, tidak pucat, tidak sianosis, ubun-ubun besar datar, napas tidak sesak, abdomen tidak distensi, tali pusat mulai mengering, dan tidak terdapat tanda bahaya.

Kunjungan neonatus ketiga dilakukan pada tanggal 13 April 2026 saat bayi berusia 14 hari. Ibu mengatakan bayi dalam keadaan baik dan tidak ada keluhan. Bayi menyusu kuat, BAK dan BAB lancar, tidak demam, tidak sesak, tidak kejang, tidak tampak kuning, dan tidak tampak kebiruan. Ibu mengatakan tali pusat sudah lepas dan area pusar tampak kering. Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum bayi baik, bayi tampak aktif, menangis kuat, refleks hisap positif, menyusu baik, nadi 124 kali/menit, respirasi 42 kali/menit, suhu 36,7°C, warna kulit kemerahan, tidak tampak ikterik maupun sianosis, pernapasan tidak sesak, serta area pusar bersih dan kering tanpa kemerahan, bau, atau nanah. Ibu diberikan pujian dan motivasi untuk melanjutkan ASI eksklusif, menjaga kehangatan bayi, menjaga kebersihan area pusar, serta memantau tanda bahaya neonatus.

5. Nifas

Pada tanggal 6 April 2026, dilakukan kunjungan nifas pada Ny. J usia 29 tahun P3Ab0Ah3 post sectio caesarea hari ke-7. Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan serius. Ibu masih merasakan nyeri ringan pada luka bekas operasi, tetapi masih dapat ditoleransi. Ibu tidak demam, tidak pusing, tidak ada perdarahan banyak, dan sudah mulai dapat beraktivitas ringan di rumah. Ibu mengatakan ASI sudah keluar dan bayi menyusui dengan baik. BAK dan BAB lancar, makan dan minum cukup, serta istirahat menyesuaikan waktu tidur bayi.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik, kesadaran compos mentis, TD 110/70 mmHg, nadi 82 kali/menit, respirasi 22 kali/menit, suhu 36,6°C, sklera putih, konjungtiva merah muda, ASI keluar lancar, puting menonjol, tidak lecet, dan tidak ada bendungan ASI. Pemeriksaan abdomen menunjukkan TFU pertengahan pusat-simfisis, kontraksi uterus baik, serta terdapat luka bekas operasi SC yang tampak kering, tidak kemerahan, tidak bengkak, tidak bernanah, dan tidak berbau. Genitalia menunjukkan lochia sanguinolenta berwarna merah kekuningan dengan jumlah sedang, ibu mengganti pembalut 3 kali sehari, tidak ada bekuan, perineum tidak ada tanda infeksi, ekstremitas tidak oedem dan tidak varises. Secara psikologis ibu tampak tenang, respons baik, dan bonding dengan bayi baik.

Asuhan yang diberikan meliputi penjelasan hasil pemeriksaan bahwa kondisi ibu dalam keadaan baik, tanda vital stabil, TFU sesuai masa nifas hari ke-7, kontraksi uterus baik, serta proses involusi berjalan normal. Ibu diberikan edukasi tentang perawatan luka operasi, menjaga luka tetap bersih dan kering, tidak menggaruk area luka, mencuci tangan sebelum menyentuh luka, serta segera memeriksakan diri apabila luka tampak kemerahan, bengkak, bernanah, berbau, atau nyeri bertambah. Ibu juga diberikan KIE tentang tanda bahaya masa nifas seperti perdarahan banyak, demam tinggi, nyeri perut hebat, pusing berat, lochia berbau, luka SC bermasalah, payudara bengkak nyeri disertai demam, atau nyeri betis.

Selain itu, ibu dianjurkan mengonsumsi makanan bergizi seimbang, terutama makanan tinggi protein seperti telur, ikan, ayam, tahu, tempe, sayur, dan buah untuk membantu pemulihan luka operasi dan menjaga produksi ASI. Ibu juga dianjurkan mencukupi kebutuhan cairan karena sedang menyusui, tetap mengonsumsi obat dan vitamin dari rumah sakit sesuai aturan, serta melakukan kunjungan nifas berikutnya pada hari ke-29 sampai ke-42 postpartum atau segera ke fasilitas kesehatan apabila muncul keluhan sebelum jadwal kunjungan.

Pada tanggal 13 April 2026 dilakukan kunjungan rumah pada Ny. J usia 29 tahun P3Ab0Ah3 post sectio caesarea hari ke-14. Berdasarkan hasil pengkajian, ibu mengatakan keadaannya baik dan tidak ada keluhan. Ibu mengatakan nyeri pada luka operasi sudah berkurang, tidak mengalami demam, tidak pusing, serta tidak ada perdarahan banyak. Ibu juga mengatakan darah nifas sudah semakin sedikit, berwarna kecoklatan, tidak berbau, dan ibu mengganti pembalut kurang lebih 2–3 kali sehari untuk menjaga kebersihan. Selain itu, ibu mengatakan ASI lancar, bayi menyusu kuat, dan ibu sudah mulai melakukan aktivitas ringan di rumah.

Hasil pemeriksaan objektif menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran composmentis. Tanda-tanda vital dalam batas normal, yaitu tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80 kali/menit, respirasi 20 kali/menit, dan suhu 36,6°C. Pada pemeriksaan mata, sklera tampak putih dan konjungtiva merah muda. Pemeriksaan payudara menunjukkan ASI keluar lancar, puting menonjol, tidak lecet, dan tidak terdapat bendungan ASI. Tinggi fundus uteri sudah tidak teraba. Luka bekas operasi sectio caesarea tampak kering, tidak kemerahan, tidak bengkak, tidak bernanah, dan tidak berbau. Pada pemeriksaan genitalia didapatkan lochea serosa dengan jumlah sedikit sampai sedang, tidak terdapat bekuan darah, dan tidak berbau. Ekstremitas tidak terdapat oedem dan tidak ada varices.

Berdasarkan data subjektif dan objektif, diperoleh analisis bahwa Ny. J usia 29 tahun P3Ab0Ah3 post sectio caesarea hari ke-14 dalam keadaan normal.

Asuhan yang diberikan yaitu memberitahu ibu bahwa kondisi umum ibu baik, tanda-tanda vital stabil, luka operasi tampak baik, dan proses involusi uterus berlangsung sesuai masa nifas. Setelah diberikan penjelasan, ibu tampak tenang, memahami kondisi kesehatannya, dan merasa lebih percaya diri. Ibu juga dianjurkan untuk menjaga keseimbangan antara aktivitas ringan dan istirahat, seperti berjalan ringan di rumah, beristirahat saat bayi tidur, serta menghindari aktivitas berat dan mengangkat beban berat selama masa pemulihan post sectio caesarea. Ibu mengatakan sudah mulai beraktivitas ringan dan beristirahat saat bayi tidur.

Selain itu, ibu dianjurkan agar suami atau keluarga membantu dalam pengasuhan bayi dan pekerjaan rumah agar ibu tidak kelelahan. Ibu mengatakan mendapat bantuan dari keluarga dalam merawat bayi dan melakukan pekerjaan rumah. Ibu juga diberikan motivasi untuk terus memberikan ASI eksklusif setiap 2–3 jam atau sesuai permintaan bayi, memastikan posisi dan pelekatan bayi benar, serta menyusui secara bergantian dari kedua payudara. Ibu mengatakan ASI lancar, bayi menyusui aktif, dan tidak ada keluhan pada payudara maupun puting.

Ibu diingatkan untuk tetap menjaga kebersihan diri, kebersihan area genitalia, dan kebersihan luka operasi sectio caesarea agar tetap kering dan bersih. Ibu juga dianjurkan untuk tidak menggaruk luka serta tidak memberikan ramuan atau obat luar tanpa anjuran tenaga kesehatan. Ibu mengerti dan bersedia menjaga kebersihan diri serta luka operasi. Selanjutnya, ibu diberikan KIE mengenai tanda bahaya masa nifas, seperti perdarahan banyak, demam tinggi, nyeri perut hebat, pusing berat, lochea berbau, luka operasi kemerahan, bengkak, bernanah atau berbau, payudara bengkak dan nyeri disertai demam, serta nyeri betis. Ibu dapat menyebutkan kembali beberapa tanda bahaya dan menyatakan akan segera mencari pertolongan medis apabila gejala tersebut muncul.

Ibu juga dianjurkan untuk terus mengonsumsi makanan bergizi seimbang, terutama makanan tinggi protein seperti telur, ikan, ayam, tahu, tempe, sayur, dan buah untuk membantu pemulihan luka operasi serta

menjaga produksi ASI. Ibu mengatakan telah mengonsumsi makanan bergizi dan bersedia mempertahankan pola makan sehat. Ibu diingatkan untuk minum air putih yang cukup, terutama karena sedang menyusui, agar produksi ASI tetap lancar dan ibu tidak mudah lelah. Ibu mengatakan sudah berusaha memperbanyak minum air putih. Selain itu, ibu dianjurkan untuk tetap mengonsumsi obat dan vitamin dari rumah sakit sesuai aturan, termasuk tablet Fe bila diberikan, untuk membantu pemulihan masa nifas dan mencegah anemia. Ibu mengerti dan bersedia mengonsumsi obat sesuai anjuran.

Pada akhir kunjungan, ibu dianjurkan untuk melakukan kunjungan nifas keempat pada hari ke-29 sampai ke-42 postpartum, atau segera datang ke fasilitas kesehatan apabila muncul keluhan sebelum jadwal kunjungan. Ibu bersedia melakukan kunjungan nifas berikutnya sesuai jadwal.

6. Keluarga Berencana

Pada tanggal 13 April 2026, dilakukan asuhan kebidanan keluarga berencana pada Ny. J usia 29 tahun P3Ab0Ah3 sebagai calon akseptor KB melalui kunjungan rumah. Ibu mengatakan belum pernah menggunakan KB hormonal maupun alat kontrasepsi jangka panjang sejak anak pertama. Selama ini ibu dan suami menggunakan kondom sebagai metode kontrasepsi. Ibu mengatakan masih khawatir menggunakan KB karena takut mengalami efek samping yang dapat mengganggu kondisi tubuh. Ibu juga mengatakan suami kurang mendukung penggunaan KB karena merasa kasihan apabila ibu mengalami efek samping. Selain itu, ibu memiliki pemahaman bahwa dalam Islam tidak boleh menolak atau membatasi keturunan, sehingga selama ini ibu dan suami memilih menggunakan kondom.

Berdasarkan hasil pengkajian, Ny. J termasuk calon akseptor KB yang membutuhkan konseling lebih lanjut mengenai pilihan metode kontrasepsi pascapersalinan, manfaat pengaturan jarak kehamilan, efek samping KB, serta pemahaman bahwa penggunaan KB bertujuan untuk menjaga kesehatan ibu, bayi, dan keluarga. Kondisi ibu masih dalam masa

nifas post sectio caesarea dan sedang menyusui, sehingga pemilihan kontrasepsi perlu mempertimbangkan kondisi kesehatan ibu, masa menyusui, kenyamanan ibu, dukungan suami, serta keyakinan keluarga.

Asuhan yang diberikan berupa konseling keluarga berencana dengan pendekatan edukatif dan tidak memaksa. Ibu diberikan penjelasan bahwa KB bukan semata-mata untuk menolak keturunan, tetapi dapat digunakan untuk mengatur jarak kehamilan agar ibu memiliki waktu pemulihan yang cukup setelah persalinan, terutama setelah operasi sectio caesarea. Ibu juga dijelaskan bahwa terdapat berbagai pilihan kontrasepsi, baik metode sederhana seperti kondom, metode hormonal yang aman untuk ibu menyusui, maupun metode jangka panjang seperti implan dan IUD. Setiap metode memiliki manfaat, cara kerja, kelebihan, kekurangan, dan kemungkinan efek samping yang berbeda, sehingga ibu dan suami dapat memilih metode yang paling sesuai dengan kondisi dan kebutuhan keluarga.

Ibu juga diberikan edukasi bahwa karena ibu sedang menyusui dan masih dalam masa nifas, hubungan seksual sebaiknya dilakukan setelah kondisi ibu pulih, perdarahan nifas berkurang/berhenti, luka operasi membaik, dan ibu merasa siap secara fisik maupun psikologis. Ibu dianjurkan untuk mendiskusikan kembali rencana KB bersama suami dan melakukan konseling lanjutan dengan bidan atau tenaga kesehatan sebelum menentukan metode kontrasepsi. Ibu tampak memahami penjelasan yang diberikan dan bersedia mempertimbangkan penggunaan KB yang sesuai setelah berdiskusi dengan suami. Data KB Ny. J menunjukkan ibu belum pernah menggunakan KB hormonal atau alat kontrasepsi jangka panjang dan selama ini menggunakan kondom, dengan kekhawatiran utama terkait efek samping serta dukungan suami.

Pada tanggal 30 April 2026 dilakukan kunjungan rumah pada Ny. J usia 29 tahun P3Ab0Ah3. Berdasarkan data subjektif, ibu mengatakan keadaannya baik dan tidak ada keluhan. Ibu mengatakan sudah berdiskusi dengan suami setelah mendapatkan konseling KB pada kunjungan sebelumnya. Ibu dan suami masih memiliki kekhawatiran terhadap efek

samping KB hormonal maupun alat kontrasepsi jangka panjang, sehingga memutuskan tetap menggunakan kondom sebagai metode kontrasepsi. Ibu mengatakan belum ingin menggunakan metode KB lain saat ini.

Berdasarkan data objektif, keadaan umum ibu baik, kesadaran compos mentis, tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 81 kali/menit, respirasi 20 kali/menit, dan suhu 36,3°C. Kondisi ibu dalam batas normal dan tidak ditemukan keluhan yang mengarah pada masalah kesehatan.

Berdasarkan hasil pengkajian, analisis pada kunjungan ini adalah Ny. J usia 29 tahun P3Ab0Ah3 akseptor KB kondom. Kondom dipilih karena sesuai dengan kenyamanan ibu dan suami, bersifat non-hormonal, serta tidak memengaruhi produksi ASI.

Penatalaksanaan yang diberikan yaitu menjelaskan bahwa keputusan ibu dan suami menggunakan kondom dapat diterima dan dihargai. Ibu dijelaskan bahwa kondom merupakan metode KB non-hormonal yang aman untuk ibu menyusui. Namun, efektivitas kondom bergantung pada penggunaan yang benar dan konsisten setiap kali berhubungan seksual. Kondom harus digunakan sejak awal hubungan, dipastikan kemasannya tidak rusak, belum kedaluwarsa, tidak bocor, dan hanya digunakan satu kali.

Ibu juga diberikan edukasi bahwa risiko kehamilan dapat meningkat apabila kondom tidak digunakan secara konsisten, terlambat digunakan, robek, bocor, atau lepas saat berhubungan. Selain itu, ibu diberikan KIE mengenai pentingnya menjarangkan kehamilan setelah persalinan sectio caesarea agar tubuh memiliki waktu pemulihan yang cukup dan risiko komplikasi pada kehamilan berikutnya dapat dikurangi.

Ibu tetap diberikan informasi bahwa apabila suatu saat ingin menggunakan metode yang lebih efektif, ibu dapat mempertimbangkan metode lain seperti IUD non-hormonal, implan, pil menyusui/progestin, atau suntik progestin sesuai kondisi ibu menyusui. Ibu dianjurkan berkonsultasi kembali ke bidan, puskesmas, atau fasilitas kesehatan apabila

ingin mengganti metode kontrasepsi atau mengalami keluhan terkait penggunaan kondom.

Evaluasi menunjukkan ibu memahami penjelasan yang diberikan, merasa dihargai dalam pengambilan keputusan, tetap memilih kondom sebagai metode kontrasepsi, dan bersedia berkonsultasi kembali apabila membutuhkan konseling KB lanjutan. Hasil konseling didokumentasikan bahwa Ny. J memilih menggunakan kondom sebagai metode KB.

B. Kajian Teori

1. Continuity Of Care (COC)

Continuity of Care (COC) atau asuhan berkesinambungan adalah asuhan yang diberikan secara komprehensif pada ibu nifas, bayi baru lahir, dan KB, serta diberikan di tempat yang berkesinambungan mencakup kunjungan rumah, komunitas, puskesmas serta tempat rujukan. Tujuan dengan adanya asuhan *Continuity of Care* yaitu untuk menganalisis atau mendeteksi sedini mungkin adanya komplikasi yang dialami oleh ibu serta memberikan asuhan yang berkesinambungan kepada ibu nifas, neonatus dan KB. Jadi, perawatan berkesinambungan adalah strategi kesehatan yang efektif primer memungkinkan perempuan untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan tentang kesehatan mereka dan perawatan kesehatan mereka⁸.

Continuity of care dalam kebidanan merupakan serangkaian kegiatan pelayanan berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, serta keluarga berencana⁹. Kemenkes RI menyatakan bahwa Asuhan Kebidanan Berkelanjutan terdiri dari Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual diselenggarakan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara menyeluruh terpadu dan berkesinambungan. *Continuity of care* yang dilakukan oleh bidan pada umumnya berorientasi untuk meningkatkan kesinambungan pelayanan dalam suatu periode⁹.

Continuity of care memiliki 3 jenis pelayanan yaitu manajemen, informasi dan hubungan. Kesenambungan manajemen melibatkan komunikasi antar perempuan dan bidan. Kesenambungan informasi menyangkut ketersediaan waktu yang relevan. Kedua hal tersebut penting untuk mengatur dan memberikan pelayanan kebidanan.⁹ Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan dari bidan hampir delapan kali lipat lebih besar untuk melakukan persalinan di bidan yang sama. Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan oleh bidan melaporkan kepuasan lebih tinggi terkait informasi, saran, penjelasan, tempat persalinan, persiapan persalinan, pilihan untuk menghilangkan rasa sakit dan pengawasan oleh bidan. Penelitian di Denmark memiliki kesamaan hasil penelitian bahwa dengan *Continuity of care* mendapatkan pengalaman yang membaik, mengurangi morbiditas maternal, mengurangi penggunaan intervensi pada saat persalinan, meningkatkan jumlah persalinan normal dibandingkan dengan perempuan yang merencanakan persalinan dengan tindakan. Hasil yang signifikan secara *continuity of care* secara women center meliputi dukungan, partisipasi dalam pengambilan keputusan, perhatian terhadap psikologis, kebutuhan dan harapan pada saat akan melahirkan, informasi dan menghargai perempuan¹⁰.

2. Kehamilan

a. Pengertian

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 berlangsungnya dalam waktu 40 minggu atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi menjadi menjadi 3 trimester, dimana trimester pertama berlangsung 12 minggu, trimester kedua berlangsung 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-42)¹¹.

Kehamilan adalah suatu proses alami dalam kehidupan terjadinya pembuahan sel telur oleh sel sperma di masa ovulasi yang

berproses menjadi janin dan selama kehamilan ibu harus diberikan perawatan yang penting serta intervensi yang tepat¹².

Kehamilan merupakan proses fisiologis yang memberikan perubahan pada ibu maupun lingkungannya. Dengan adanya kehamilan maka seluruh sistem genitalia wanita mengalami perubahan yang mendasar untuk mendukung perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim selama proses kehamilan berlangsung¹³.

Ovulasi adalah proses fisiologis yang ditandai dengan pecahnya dan pelepasan folikel dominan dari ovarium ke tuba fallopi dimana berpotensi untuk dibuahi yang terjadi pada 12-14 hari sebelum menstruasi yang diatur oleh fluktuasi kadar hormon *gonadotropik* (FSH/LH)¹⁴.

Kehamilan terbagi menjadi beberapa tahapan yang di hitung per Trimester I yang terjadi pada minggu ke 0-12, Trimester II yang terjadi pada minggu ke 13-28 dan terakhir menjelang persalinan Trimester III yang terjadi pada minggu ke 29-42.

Selama proses kehamilan terdiri dari beberapa proses yaitu fertilisasi, migrasi, implantasi dan terakhir plasentasi, yang pertama fertilisasi merupakan proses pembuahan yang terjadi di rahim tepatnya di tuba fallopi yang di sebabkan terjadinya pertemuan antara sel telur dan sel sperma sehingga sel sperma memasuki sel telur dan berfertilisasi dan mengalami penetrasi sehingga sel telur membentuk zigot¹⁴.

Setelah terjadinya proses fertilisasi, fase kehamilan selanjutnya akan berlanjut menuju fase migrasi dimana migrasi sendiri adalah suatu proses dimana morula yang sudah dibuahi akan berjalan menuju tuba fallopi dengan tujuan menuju uterus¹⁵. Selanjutnya terjadinya proses penempelan sel telur atau implantasi pada uterus akan mengalami fase sekresi yaitu masa pasca menstruasi yang di pengaruhi oleh hormon *progesteron* yang menyebabkan banyak kelenjar selaput pada endometrium dan membentuk EPF (*Early Egnancy Factor*) untuk mencegah terjadinya konsepsi¹⁴. Proses akhir dari kehamilan adalah

plasentasi yang merupakan proses akhir terjadinya kehamilan yang dimana plasenta adalah bagian terpenting untuk janin yang terbentuk pada 2 minggu setelah pembuahan¹⁶.

b. Klasifikasi kehamilan

Kehamilan berdasarkan perkembangan terbagi menjadi 3 trimester, yaitu:

- 1) Kehamilan Trimester I usia kehamilan minggu pertama sampai usia 12 minggu.
- 2) Kehamilan Trimester II usia kehamilan 13-27 minggu.
- 3) Kehamilan Trimester III usia kehamilan 28-40 minggu¹⁷.

c. Kehamilan Trimester III

Kehamilan trimester III merupakan kehamilan dengan usia 28-40 minggu dimana merupakan waktu mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua, seperti terpusatnya perhatian pada kehadiran bayi, sehingga disebut juga sebagai periode penantian¹¹.

1) Ketidaknyamanan Trimester III

Ketidaknyamanan ibu hamil pada Trimester III, adalah sebagai berikut :

a) Peningkatan Frekuensi berkemih

Pada akhir kehamilan, jika kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul, keluhan itu akan kembali. Penatalaksanaan yang dapat diberikan pada ibu hamil trimester III dengan keluhan sering kencing yaitu KIE tentang penyebab sering kencing, kosongkan kandung kemih ketika ada dorongan, perbanyak minum pada siang hari dan kurangi minum di malam hari jika mengganggu tidur, hindari minum kopi atau teh sebagai diuresis, berbaring miring kiri saat tidur untuk meningkatkan diuresis dan tidak perlu menggunakan obat farmakologis¹¹.

b) Leukorea

Leukorea adalah sekresi vagina dalam jumlah besar dengan

konsistensi kental atau cair bersifat asam akibat perubahan sejumlah besar glikogen pada sel epitel vagina menjadi asam laktat oleh basil *doderlein*. Upaya mengatasinya adalah dengan memperhatikan kebersihan tubuh pada area tersebut dan mengganti *panty* berbahan katun dengan sering. Sebaiknya tidak melakukan *douch* atau menggunakan semprot untuk menjaga kebersihan genetalia¹¹.

c) Pegal pada perut bagian bawah

Terjadi pada lumbosakral yang biasanya meningkat seiring penambahan usia kehamilan karena disebabkan pergeseran pusat gravitasi wanita dan postur tubuhnya. Peningkatan lordosis yang kurang diperhatikan menyebabkan otot punggung meregang dan menimbulkan rasa sakit atau nyeri¹¹.

Cara untuk mengatasi ketidaknyamanan ini antara lain:

- i) Hindari membungkuk berlebihan, mengangkat beban, dan berjalan tanpa istirahat
- ii) Gunakan sepatu bertumit rendah
- iii) Jika masalah bertambah parah, penggunaan penyokong penyokong abdomen eksternal dianjurkan (contoh korset maternal atau belly band yang elastik)
- iv) Pijatan/usapan pada punggung
- v) Untuk istirahat atau tidur; gunakan kasur yang menyokong atau gunakan bantal dibawah punggung untuk meluruskan punggung dan meringankan tarikan dan regangan.

d) Konstipasi

Pada kehamilan trimester III kadar progesteron tinggi. Rahim yang semakin membesar akan menekan rectum dan usus bagian bawah sehingga terjadi konstipasi. Konstipasi semakin berat karena gerakan otot dalam usus diperlambat oleh tingginya kadar progesterone¹¹.

Perencanaan yang dapat diberikan pada ibu hamil dengan

keluhan konstipasi adalah tingkatan intake cairan minimum 8 gelas air putih setiap hari dan serat dalam diet misalnya buah, sayuran dan minum air hangat, istirahat yang cukup, melakukan olahraga ringan ataupun senam hamil, buang air besar secara teratur dan segera setelah ada dorongan¹¹.

e) Terasa ada gas dalam perut dan gembung (flatulen)

Terjadi akibat peningkatan progesterone yang merelaksasi otot halus dan akibat pergeseran serta penekanan usus halus karena pembesaran uterus pada kehamilan yang lanjut. Untuk mengurangi flatulen adalah dengan pola defekasi yang teratur serta menghindari makanan yang mengandung gas¹¹.

f) Sakit kepala

Umumnya terjadi pada kehamilan muda dan akan berkurang atau menghilang pada pertengahan kehamilan¹¹.

g) Tersumbatnya saluran hidung

Disebabkan kadar estrogen yang meningkatkan aliran darah ke membran selaput lendir hidung sehingga selaput menjadi lebih lembut dan membengkak. Atasi dengan mengkonsumsi cukup cairan dan vitamin C 250 mg.

h) Kram kaki

Kram kaki diperkirakan karena asupan kalsium atau ketidakseimbangan rasio kalsium dan fosfor tubuh. Salah satu dugaan lain ialah uterus yang membesar memberi tekanan pada pembuluh darah panggul sehingga mengganggu sirkulasi. Dapat diatasi dengan meluruskan kaki yang kram dan menekan tumit, mempertahankan postur tubuh yang baik, anjurkan diet kalsium dan fosfor, serta melakukan elevasi kaki secara teratur¹¹.

i) Sakit punggung

Tekanan rahim yang membesar menyebabkan saraf pinggul terasa linu sehingga pinggang, bokong dan tungkai terasa sakit.

Istirahat dan kompres air hangat akan membantu mengurangi sakit punggung¹¹.

j) Varices vagina dan kaki

Varices diakibatkan gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bawah. Perubahan ini diakibatkan penekanan uterus yang membesar. Biasa terdapat pada kaki atau vulva. Dapat diatasi dengan hindari pakaian yang ketat, hindari berdiri lama, naikkan kaki ke atas, silangkan tungkai saat duduk, pertahankan postur tubuh, mandi air hangat dan lakukan latihan yang membantu sirkulasi¹¹.

k) Edema dependen

Terjadi pada kaki akibat tekanan uterus yang membesar pada vena panggul saat duduk atau telentang. Hal ini berbeda dengan edema karena pre-eklamsi. Adapun cara penanganannya adalah hindari menggunakan pakaian ketat, elevasi kaki secara teratur sepanjang hari, posisi menghadap kesamping saat berbaring, penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal yang dapat melonggarkan vena-vena panggul¹¹.

l) Nafas pendek

Difragma mengalami elevasi 4 cm sehingga terjadi pelebaran diameter transversal namun masih kurang untuk mengompensasi elevasi difragma sehingga mengakibatkan sesak nafas. Tubuh merespon dengan bernafas cepat.

Penanganan dapat dengan mengajarkan untuk berdiri dan meregangkan lengan di atas kepala, menganjurkan mempertahankan postur tubuh dan ajarkan pernafasan interkosta¹¹.

m) Insomnia

Insomnia pada wanita yang hamil maupun tidak dapat disebabkan oleh kekhawatiran, kecemasan dan terlalu gembira menyambut acara esok hari. Wanita hamil memiliki tambahan

diantaranya uterus yang membesar, ketidaknyamanan selama kehamilan, terutama jika janin bergerak aktif. Beberapa penanganannya ialah mandi air hangat, minum air hangat dan ambil posisi relaksasi¹¹.

n) Kontraksi *Braxton hicks*

Kontraksi ini akan melatih rahim untuk bersalin. Kontraksi tidak terasa sakit, pergerakannya mulai dari atas lalu ke bawah hingga akhirnya memudar dan terjadi selama 30 detik atau 2 menit. Akan semakin sering dan kuat seiring bertambahnya usia kehamilan¹¹.

2) Tanda bahaya kehamilan Trimester III

Tanda bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil trimester III, yaitu:

a) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan setelah 22 minggu sampai sebelum bayi dilahirkan disebut sebagai perdarahan pada kehamilan lanjut atau perdarahan antepartum.

b) Solusio Plasenta

Solusio plasenta adalah terlepasnya plasenta yang letaknya normal pada korpus uteri sebelum janin lahir. Biasanya terjadi pada trimester ketiga, walaupun dapat pula terjadi setiap saat dalam kehamilan. Bila plasenta yang terlepas seluruhnya disebut solusio plasenta totalis. Bila hanya sebagian disebut solusio plasenta parsialis atau bisa juga hanya sebagian kecil pinggir plasenta yang lepas disebut *rupture sinus marginalis*.

c) Plasenta Previa

Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruhnya pembukaan jalan lahir. Pada keadaan normal plasenta terletak pada bagian atas uterus.

d) Keluar cairan pervaginam

Pengeluaran cairan pervaginam pada kehamilan lanjut merupakan kemungkinan mulainya persalinan lebih awal. Bila pengeluaran berupa mucus bercampur darah dan mungkin disertai mules, kemungkinan persalinan akan dimulai lebih awal. Bila pengeluaran berupa cairan, perlu diwaspadai terjadinya ketuban pecah dini (KPD). Menegakkan diagnosis KPD perlu diperiksa apakah cairan yang keluar tersebut adalah cairan ketuban. Pemeriksaan dilakukan dengan menggunakan speculum untuk melihat darimana asal cairan, kemudian pemeriksaan reaksi Ph basa.

e) Gerakan janin tidak terasa

Apabila ibu hamil tidak merasakan gerakan janin sesudah usia kehamilan 22 minggu atau selama persalinan, maka waspada terhadap kemungkinan gawat janin atau bahkan kematian janin dalam uterus. Gerakan janin berkurang atau bahkan hilang dapat terjadi pada solusio plasenta dan ruptur uteri.

f) Nyeri perut yang hebat

Nyeri perut kemungkinan tanda persalinan preterm, ruptur uteri, solusio plasenta. Nyeri perut hebat dapat terjadi pada ruptur uteri disertai shock, perdarahan intra abdomen dan atau pervaginam, kontur uterus yang abnormal, serta gawat janin atau DJJ tidak ada.

g) Keluar Air Ketuban Sebelum Waktunya

Keluarnya cairan berupa air dari vagina setelah kehamilan 22 minggu, ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan preterm sebelum kehamilan 37 minggu maupun kehamilan aterm¹¹.

3) Kebutuhan ibu hamil Trimester III

Kebutuhan Ibu hamil Trimester III, yaitu sebagai berikut:

a) Kebutuhan Nutrisi

Gizi pada waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori perhari, ibu hamil seharusnya mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi dan minum cukup cairan (menu seimbang), yaitu:

(1) Kalori

Sumber kalori utama adalah hidrat arang dan lemak. Bahan makanan yang banyak mengandung hidrat arang adalah golongan padi-padian (misalnya beras dan jagung), golongan umbi-umbian (misalnya ubi dan singkong) dan sagu.

(2) Protein

Protein adalah zat utama untuk membangun jaringan bagian tubuh. Kekurangan protein dalam makanan ibu hamil mengakibatkan bayi akan lahir lebih kecil dari normal. Sumber zat protein yang berkualitas tinggi adalah susu. Sumber lain meliputi sumber protein hewani (misalnya daging, ikan, unggas, telur dan kacang) dan sumber protein nabati (misalnya kacang-kacangan seperti kedelai, kacang tanah, kacang tolo dan tahu tempe).

(3) Mineral

Semua mineral dapat terpenuhi dengan makan-makanan sehari-hari yaitu buah-buahan, sayur-sayuran dan susu. Hanya zat besi yang tidak bisa terpenuhi dengan makanan sehari-hari. Untuk memenuhi kebutuhan ini dibutuhkan suplemen besi 30 mg sebagai ferrous, ferofumarat atau feroglukonat perhari dan pada kehamilan kembar atau pada wanita yang sedikit anemia dibutuhkan 60-100 mg/hari. Kebutuhan kalsium umumnya terpenuhi dengan minum susu. Satu liter susu sapi mengandung kira-

kira 0,9 gram kalsium.

(4) Vitamin

Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makanan sayur dan buah- buahan, tetapi dapat pula diberikan ekstra vitamin. Pemberian asam folat terbukti mencegah kecacatan pada bayi.

b) Kebutuhan Personal *Hygiene*

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genetalia). Kebersihan gigi dan mulut, perlu mendapat perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu kekurangan kalsium.

c) Kebutuhan Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kecil. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengkonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung dalam keadaan kosong. Meminum air putih hangat ketika dalam keadaan kosong dapat merangsang gerak peristaltik usus. Jika ibu sudah mengalami dorongan, maka segeralah untuk buang air besar agar tidak terjadi konstipasi.

d) Kebutuhan Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak lagi berhubungan seks selama 14 hari menjelang kelahiran. Koitus tidak diperkenankan bila terdapat perdararahan pervaginan, riwayat abortus berulang, abortus/partus prematurus imminens, ketuban pecah

sebelumnya waktunya.

e) Kebutuhan Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan atau aktivitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dapat dianjurkan untuk melakukan pekerjaan rumah dengan dan secara berirama dengan menghindari gerakan menyentak, sehingga mengurangi ketegangan pada tubuh dan menghindari kelelahan.

f) Kebutuhan Istirahat

Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan istirahat yang teratur karena dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembanagan dan pertumbuhan janin. Tidur pada malam hari selma kurang lebih 8 jam dan istirahat dalam keadaan rilaks pada siang hari selama 1 jam.

4) Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

a) Pengertian

Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi, yang merupakan suatu kegiatan yang difasilitasi oleh Bidan di desa dalam rangka peningkatan peran aktif suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil; termasuk perencanaan penggunaan KB pasca persalinan dengan menggunakan stiker sebagai media notifikasi sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir.

b) Indikator Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

- (1) Tanda-tanda persalinan.
- (2) Tanda bahaya persalinan dan kehamilan.
- (3) Kebersihan pribadi & lingkungan.

- (4) Kesehatan & Gizi.
- (5) Perencanaan Persalinan (Bersalin di Bidan, menyiapkan transportasi, menyiapkan biaya, menyiapkan calon donor darah). Persiapan persalinan meliputi antara lain:
 - (a) Tanyakan kepada bidan atau dokter tanggal perkiraan persalinan.
 - (b) Siapkan tabungan untuk biaya persalinan.
 - (c) Suami, keluarga dan masyarakat menyiapkan kendaraan jika sewaktu-waktu diperlukan.
 - (d) Rencana melahirkan ditolong oleh bidan atau dokter di fasilitas pelayanan kesehatan.
 - (e) Rencana ikut KB, tanyakan caranya kepada petugas kesehatan.
 - (f) Siapkan orang yang bersedia menjadi donor darah jika sewaktu- waktu diperlukan.
- (6) Perlunya inisiasi menyusu dini dan ASI eksklusif.
- (7) KB pasca persalinan¹⁸.

d. *Antenatal Care* (ANC)

1) Pengertian

Antenatal Care (ANC) merupakan suatu pelayanan yang diberikan oleh perawat kepada wanita selama hamil, misalnya dengan pemantauan kesehatan secara fisik, psikologis, termasuk pertumbuhan dan perkembangan janin serta mempersiapkan proses persalinan dan kelahiran supaya ibu siap menghadapi peran baru sebagai orangtua¹⁹.

2) Jadwal pemeriksaan ANC

Pelayanan Kesehatan Masa Hamil dilakukan paling sedikit 6 (enam) kali selama masa kehamilan meliputi:

- a) Satu kali pada trimester pertama;
- b) Dua kali pada trimester kedua; dan

c) Tiga kali pada trimester ketiga²⁰.

Setiap ibu hamil untuk mendapatkan pelayanan antenatal terpadu minimal 6 kali selama masa kehamilan. Indikator Pelayanan ANC yaitu:

i) Kunjungan pertama (K1)

K1 adalah kontak pertama ibu hamil dengan tenaga Kesehatan yang memiliki kompetensi klinis/kebidanan dan interpersonal yang baik, untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar. Kontak pertama harus dilakukan sedini mungkin pada trimester pertama, sebaiknya sebelum minggu ke Kontak pertama dapat dibagi menjadi K1 murni dan K1 akses.

Pelayanan Kesehatan Masa Hamil dilakukan oleh tenaga Kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan dan paling sedikit 2 (dua) kali oleh dokter atau dokter spesialis kebidanan dan kandungan pada trimester pertama dan ketiga termasuk pelayanan ultrasonografi (USG).

Pelayanan Kesehatan Masa Hamil sebagaimana dimaksud dilakukan oleh tenaga Kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan dan paling sedikit 2 (dua) kali oleh dokter atau dokter spesialis kebidanan dan kandungan pada trimester pertama dan ketiga¹⁹.

Pelayanan Kesehatan Masa Hamil wajib dilakukan melalui pelayanan antenatal sesuai standar dan secara terpadu.

Pelayanan antenatal sesuai dengan standar meliputi:

- (a) pengukuran berat badan dan tinggi badan;
- (b) pengukuran tekanan darah;
- (c) pengukuran lingkaran lengan atas (LiLA);
- (d) pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri);
- (e) penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin;

- (f) pemberian imunisasi sesuai dengan status imunisasi;
- (g) pemberian tablet tambah darah minimal 90 (sembilan puluh) tablet;
- (h) tes laboratorium;
- (i) tata laksana/penanganan kasus; dan
- (j) temu wicara (konseling) dan penilaian Kesehatan jiwa²⁰.

Pelayanan antenatal secara terpadu merupakan pelayanan komprehensif dan berkualitas yang dilakukan secara terintegrasi dengan program pelayanan Kesehatan lainnya termasuk pelayanan kesehatan jiwa . Pelayanan antenatal sesuai standar dan secara terpadu dilakukan dengan prinsip:

- (a) deteksi dini masalah penyakit dan penyulit atau komplikasi kehamilan;
- (b) stimulasi janin pada saat kehamilan;
- (c) persiapan persalinan yang bersih dan aman;
- (d) perencanaan dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi komplikasi; dan
- (e) melibatkan ibu hamil, suami, dan keluarga dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil dan menyiapkan persalinan dan kesiagaan jika terjadi penyulit atau komplikasi²⁰.

ii) Kunjungan ke-4 (K4)

K4 adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis/kebidanan untuk mendapatkan pelayanan antenatal terpadu dan komprehensif sesuai standar selama kehamilannya minimal 4 kali dengan distribusi waktu: 1 kali pada trimester pertama (0-12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (>12minggu -24 minggu), dan 2 kali pada trimester ketiga (>24 minggu sampai dengan kelahiran). Kunjungan antenatal bisa lebih

dari 4 kali sesuai kebutuhan (jika ada keluhan, penyakit atau gangguan kehamilan)¹⁹.

iii) Kunjungan ke-6 (K6)

K6 adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis/kebidanan untuk mendapatkan pelayanan antenatal terpadu dan komprehensif sesuai standar selama kehamilannya minimal 6 kali selama kehamilannya dengan distribusi waktu: 2 kali pada trimester kesatu (0-12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (>12minggu - 24 minggu), dan 3 kali pada trimester ketiga (>24 minggu sampai dengan kelahiran), dimana minimal 2 kali ibu hamil harus kontak dengan dokter (1 kali di trimester 1 dan 1 kali di trimester 3). Kunjungan antenatal bisa lebih dari 6 (enam) kali sesuai kebutuhan dan jika ada keluhan, penyakit atau gangguan kehamilan. Jika kehamilan sudah mencapai 40 minggu, maka harus dirujuk untuk diputuskan terminasi kehamilannya.

Pemeriksaan dokter pada ibu hamil dilakukan saat :

(a) Kunjungan 1 di trimester 1 (satu) dengan usia kehamilan kurang dari 12 minggu atau dari kontak pertama.

Dokter melakukan skrining kemungkinan adanya faktor risiko kehamilan atau penyakit penyerta pada ibu hamil termasuk didalamnya pemeriksaan *Ultrasonografi* (USG). Apabila saat K1 ibu hamil datang ke bidan, maka bidan tetap melakukan ANC sesuai standar, kemudian merujuk ke dokter.

(b) Kunjungan 5 di trimester 3

Dokter melakukan perencanaan persalinan, skrining faktor risiko persalinan termasuk pemeriksaan *Ultrasonografi* (USG) dan rujukan terencana bila diperlukan¹⁹.

e. Klasifikasi Kehamilan Berdasarkan Usia Kehamilan

Klasifikasi kehamilan berdasarkan usia kehamilan digunakan untuk menilai maturitas janin dan menentukan risiko yang mungkin terjadi pada ibu maupun bayi. Usia kehamilan normal umumnya berlangsung sekitar 40 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir. Berdasarkan usia kehamilan, kehamilan dapat diklasifikasikan menjadi preterm, aterm, late term, dan postterm.

Kehamilan preterm dapat dibagi menjadi beberapa kategori, yaitu:

1) Kehamilan Preterm

Kehamilan preterm adalah kehamilan yang berakhir dengan kelahiran bayi hidup sebelum usia kehamilan 37 minggu lengkap. WHO mendefinisikan kelahiran preterm sebagai bayi yang lahir hidup sebelum usia kehamilan 37 minggu selesai. Semakin muda usia kehamilan saat bayi lahir, semakin tinggi risiko gangguan kesehatan pada bayi karena organ tubuh, terutama paru-paru, otak, sistem pencernaan, dan sistem imun belum matang sempurna.²¹

Kehamilan preterm dapat dibagi menjadi beberapa kategori, yaitu:

- a) Extremely preterm, yaitu kelahiran sebelum usia kehamilan 28 minggu.
- b) Very preterm, yaitu kelahiran pada usia kehamilan 28 minggu sampai kurang dari 32 minggu.
- c) Moderate to late preterm, yaitu kelahiran pada usia kehamilan 32 minggu sampai kurang dari 37 minggu.²¹

Bayi yang lahir preterm berisiko mengalami berbagai masalah, seperti gangguan pernapasan, hipotermia, kesulitan menyusu, infeksi, ikterus, perdarahan intrakranial, serta gangguan pertumbuhan dan perkembangan. Oleh karena itu, ibu hamil dengan tanda-tanda persalinan sebelum usia

kehamilan 37 minggu perlu segera mendapatkan pemeriksaan dan penanganan di fasilitas kesehatan.²¹

2) Kehamilan Aterm

Kehamilan aterm adalah kehamilan yang telah mencapai usia cukup bulan, yaitu mulai dari 37 minggu sampai sebelum 42 minggu. Namun, untuk menggambarkan usia kehamilan cukup bulan secara lebih tepat, ACOG membagi kehamilan aterm menjadi beberapa kelompok, yaitu early term, full term, dan late term.²²

Klasifikasi kehamilan aterm adalah sebagai berikut:

- a) Early term, yaitu usia kehamilan 37 minggu 0 hari sampai 38 minggu 6 hari.
- b) Full term, yaitu usia kehamilan 39 minggu 0 hari sampai 40 minggu 6 hari.
- c) Late term, yaitu usia kehamilan 41 minggu 0 hari sampai 41 minggu 6 hari.²²

Kehamilan aterm menunjukkan bahwa janin sudah cukup matang untuk hidup di luar rahim. Namun, risiko pada bayi tetap berbeda berdasarkan usia kehamilan. Bayi yang lahir pada usia 39–40 minggu umumnya memiliki kesiapan organ yang lebih optimal dibandingkan bayi yang lahir pada usia 37–38 minggu apabila tidak ada indikasi medis tertentu. Oleh karena itu, persalinan elektif tanpa indikasi medis sebaiknya tidak dilakukan terlalu dini sebelum usia kehamilan 39 minggu.²²

3) Kehamilan Late Term

Kehamilan late term adalah kehamilan yang berlangsung pada usia 41 minggu 0 hari sampai 41 minggu 6 hari. Kehamilan ini masih termasuk kehamilan cukup bulan, tetapi sudah melewati hari perkiraan lahir sehingga memerlukan pemantauan lebih ketat.²²

Pada kehamilan late term, janin masih dapat berada dalam kondisi baik, tetapi risiko tertentu mulai meningkat, seperti berkurangnya fungsi plasenta, berkurangnya cairan ketuban, gawat janin, mekonium dalam air ketuban, bayi besar, persalinan lama, dan meningkatnya kemungkinan persalinan dengan tindakan. Oleh karena itu, ibu dengan usia kehamilan lebih dari 41 minggu perlu dilakukan pemantauan kesejahteraan janin dan direncanakan penatalaksanaan sesuai kondisi ibu dan janin.²²

4) Kehamilan Postterm

Kehamilan postterm adalah kehamilan yang berlangsung sampai usia kehamilan 42 minggu 0 hari atau lebih. ACOG menyebutkan bahwa postterm adalah usia kehamilan 42 minggu 0 hari dan seterusnya, sedangkan MSD Manual menjelaskan bahwa postterm pregnancy adalah kehamilan yang berlangsung 42 minggu atau lebih.²²

Kehamilan postterm perlu mendapat perhatian karena berhubungan dengan peningkatan risiko komplikasi pada ibu dan bayi. Pada janin, risiko yang dapat terjadi antara lain penurunan fungsi plasenta, oligohidramnion, gawat janin, aspirasi mekonium, makrosomia, trauma lahir, dan kematian perinatal. Pada ibu, kehamilan postterm dapat meningkatkan risiko persalinan lama, induksi persalinan, persalinan operatif, laserasi jalan lahir, perdarahan postpartum, dan sectio caesarea.²²

3. Persalinan

a. Pengertian

Persalinan merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan 37-42 minggu, dimana janin dilahirkan secara spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Herinawati,

2019). Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dikatakan normal jika proses terjadinya pada kehamilan usia 37-40 minggu tanpa disertai adanya penyulit²³.

Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam produk konsepsi dikeluarkan sebagai akibat kontraksi teratur, progresif, sering dan kuat yang nampaknya tidak saling berhubungan bekerja dalam keharmonisan untuk melahirkan bayi²³.

b. Tanda-Tanda Persalinan

Ada 3 tanda yang paling utama yaitu:

1) Kontraksi (His)

Ibu terasa kenceng-kenceng sering, teratur dengan nyeri dijajarkan dari pinggang ke paha. Hal ini disebabkan karena pengaruh hormon oksitosin yang secara fisiologis membantu dalam proses pengeluaran janin. Ada 2 macam kontraksi yang pertama kontraksi palsu (Braxton hicks) dan kontraksi yang sebenarnya. Pada kontraksi palsu berlangsung sebentar, tidak terlalu sering dan tidak teratur, semakin lama tidak ada peningkatan kekuatan kontraksi. Sedangkan kontraksi yang sebenarnya bila ibu hamil merasakan kenceng-kenceng makin sering, waktunya semakin lama, dan makin kuat terasa, disertai mulas atau nyeri seperti kram perut. Perut buncit juga terasa kencang. Kontraksi bersifat fundal recumbent/nyeri yang dirasakan terjadi pada bagian atas atau bagian tengah perut atas atau puncak kehamilan (fundus), pinggang dan panggul serta perut bagian bawah. Tidak semua ibu hamil mengalami kontraksi (His) palsu. Kontraksi ini merupakan hal normal untuk mempersiapkan rahim untuk bersiap menghadapi persalinan.

- 2) Pembukaan serviks, dimana primigravida $>1,8\text{cm}$ dan multigravida $2,2\text{cm}$

Biasanya pada bumil dengan kehamilan pertama, terjadinya pembukaan ini disertai nyeri perut. Sedangkan pada kehamilan anak kedua dan selanjutnya, pembukaan biasanya tanpa diiringi nyeri. Rasa nyeri terjadi karena adanya tekanan panggul saat kepala janin turun ke area tulang panggul sebagai akibat melunaknya rahim. Untuk memastikan telah terjadi pembukaan, tenaga medis biasanya akan melakukan pemeriksaan dalam (vaginal toucher).

- 3) Pecahnya ketuban dan keluarnya *bloody show*.

Dalam bahasa medis disebut bloody show karena lendir ini bercampur darah. Itu terjadi karena pada saat menjelang persalinan terjadi pelunakan, pelebaran, dan penipisan mulut rahim. Bloody show seperti lendir yang kental dan bercampur darah. Menjelang persalinan terlihat lendir bercampur darah yang ada di leher rahim tsb akan keluar sebagai akibat terpisahnya membran selaput yang menegelimingi janin dan cairan ketuban mulai memisah dari dinding rahim.

Tanda selanjutnya pecahnya ketuban, di dalam selaput ketuban (korioamnion) yang membungkus janin, terdapat cairan ketuban sebagai bantalan bagi janin agar terlindungi, bisa bergerak bebas dan terhindar dari trauma luar. Terkadang ibu tidak sadar saat sudah mengeluarkan cairan ketuban dan terkadang menganggap bahwa yang keluar adalah air pipisnya. Cairan ketuban umumnya berwarna bening, tidak berbau, dan akan terus keluar sampai ibu akan melahirkan. Keluarnya cairan ketuban dari jalan lahir ini bisa terjadi secara normal namun bias juga karena ibu hamil mengalami trauma, infeksi, atau bagian ketuban yang tipis (locus minoris) berlubang dan pecah. Setelah ketuban pecah ibu akan mengalami kontraksi atau nyeri yang lebih intensif.

Terjadinya pecah ketuban merupakan tanda terhubungnya dengan dunia luar dan membuka potensi kuman/bakteri untuk masuk. Karena itulah harus segera dilakukan penanganan dan dalam waktu kurang dari 24 jam bayi harus lahir apabila belum lahir dalam waktu kurang dari 24 jam maka dilakukan penanganana selanjutnya misalnya caesar¹⁴.

c. Tahapan Persalinan

Selama proses persalinan dibagi menjadi beberapa tahapan, Adapun tahapan dalam persalinan antara lain

1) Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga servik membuka lengkap (10 cm). Kala I persalinan dibagi menjadi dua fase yaitu fase laten dimulai dari pembukaan 1 cm sampai pembukaan 3 cm. dan Fase aktif dimulai dari pembukaan 4 sampai pembukaan 10 cm (pembukaan lengkap)²³.

2) Kala II

Kala II merupakan fase dari dilatasi serviks lengkap 10 cm hingga bayi lahir. Pada kala ini pasien dapat mulai mengejan sesuai instruksi penolong persalinan, yaitu mengejan bersamaan dengan kontraksi uterus. Proses fase ini normalnya berlangsung maksimal 2 jam pada primipara, dan maksimal 1 jam pada multipara²³.

3) Kala III

Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta dimulai dari setelah bayi lahir dan berakhirnya dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh proses tersebut biasanya memakan waktu sekitar 5 – 30 menit setelah bayi lahir²³.

4) Kala IV

Kala IV persalinan ditetapkan berlangsung kira-kira dua jam setelah plasenta lahir. Periode ini merupakan masa pemulihan yang terjadi segera jika homeostasis berlangsung dengan baik. Pada tahap

ini, kontraksi otot rahim meningkat sehingga pembuluh darah terjepit untuk menghentikan perdarahan. Pada kala ini dilakukan observasi terhadap tekanan darah, pernapasan, nadi, kontraksi otot rahim dan perdarahan selama 2 jam pertama. Selain itu juga dilakukan penjahitan luka episiotomi. Setelah 2 jam, bila keadaan baik, ibu dipindahkan ke ruangan bersama bayinya.

d. Penyebab Persalinan

Banyak faktor yang memegang peranan dan bekerjasama sehingga terjadi persalinan. Beberapa teori yang dikemukakan adalah: penurunan kadar progesteron, teori oksitosin, keregangan otot-otot, Fetal Endocrine Control Theory, dan teori prostaglandin. Beberapa teori yang menyebabkan mulainya persalinan adalah sebagai berikut :

1) Penurunan Kadar Progesteron

Progesterone menimbulkan relaxasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his. Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu²⁴.

2) Teori Oksitosin

Kelenjar hipofisi posterior mengeluarkan oksitosin, perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mempengaruhi sensitivitas otot rahim sehingga terjadi braxton hicks. Usia kehamilan hormon ini dalam tubuh seorang ibu dapat menyebabkan kehamilan lewat waktu²⁵.

3) Keregangan otot-otot

Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenter sehingga plasenta mengalami degenerasi. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang sampai batas tertentu. Apabila batas tersebut sudah terlewati, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai²³.

4) *Fetal Endocrine Control Theory*

Teori ini mengemukakan bahwa ketika janin telah mencapai usia aterm, system endokrin pada janin seperti kelenjar adrenal mensekresikan hormon kortikosteroid yang diduga merangsang pengeluaran hormone yang menstimulasi terjadinya persalinan²³.

5) Teori Prostaglandin

Hormon prostaglandin adalah hormon penyebab timbulnya kontraksi atau meningkatkan intensitas kontraksi dan bertugas untuk merangsang persalinan. Wanita memproduksi hormon ini ketika janin siap untuk melahirkan. Dampak berkurangnya kadar hormon ini dalam tubuh seorang ibu dapat menyebabkan kehamilan lewat waktu¹⁴.

6) Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi persalinan antara lain:

a) *Passenger*

Malpresentasi atau malformasi janin dapat mempengaruhi persalinan normal (Taber, 1994). Pada faktor passenger, terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melalui jalan lahir, maka ia dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin.

b) *Passage away*

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku.

c) *Power*

His adalah salah satu kekuatan pada ibu yang menyebabkan serviks membuka dan mendorong janin ke bawah. Pada presentasi kepala, bila his sudah cukup kuat, kepala akan turun dan mulai masuk ke dalam rongga panggul. Ibu melakukan kontraksi involunter dan volunteer secara bersamaan.

d) *Position*

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak memberi sejumlah keuntungan. Mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk dan jongkok.

e) *Psychologic Respons*

Proses persalinan adalah saat yang menegangkan dan mencemaskan bagi wanita dan keluarganya. Rasa takut, tegang dan cemas mungkin mengakibatkan proses kelahiran berlangsung lambat. Pada kebanyakan wanita, persalinan dimulai saat terjadi kontraksi uterus pertama dan dilanjutkan dengan kerja keras selama jamjam dilatasi dan melahirkan kemudian berakhir ketika wanita dan keluarganya memulai proses ikatan dengan bayi. Perawatan ditujukan untuk mendukung wanita dan keluarganya dalam melalui proses persalinan supaya dicapai hasil yang optimal bagi semua yang terlibat. Wanita yang bersalin biasanya akan mengutarakan

berbagai kekhawatiran jika ditanya, tetapi mereka jarang dengan spontan menceritakannya¹⁴.

7) Mekanisme Persalinan Normal

Menurut Sumarah ada tujuh gerakan-gerakan janin dalam persalinan atau gerakan kardinal yaitu engagement, penurunan, fleksi, putar paksi dalam, ekstensi, putar paksi luar, ekspulsi.

a) *Engagement*

Engagement pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan, sedangkan pada multigravida dapat terjadi pada awal persalinan. Masuknya kepala akan mengalami kesulitan bila saat masuk ke dalam panggul dengan sutura sagitalis dalam anteroposterior. Jika kepala masuk ke dalam pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang di jalan lahir, tulang parietal kanan dan kiri sama tinggi, maka keadaan ini disebut sinklitismus. Kepala pada saat melewati pintu atas panggul dapat juga dalam keadaan dimana sutura sagitalis lebih dekat ke promontorium atau ke symfisis maka hal ini disebut Asinklitismus. Ada dua macam asinklitismus. Asinklitismus posterior dan asinklitismus anterior.

b) Asinklitismus Posterior

Yaitu keadaan bila sutura sagitalis mendekati symfisis dan tulang parietal belakang lebih rendah dari pada tulang parietal depan. Terjadi karena tulang parietal depan tertahan oleh simfisis pubis sedangkan tulang parietal belakang dapat turun dengan mudah karena adanya lengkung sakrum yang luas.

c) Asinklitismus Anterior

Yaitu keadaan bila sutura sagitalis mendekati promontorium dan tulang parietal depan lebih rendah dari pada tulang parietal belakang.

d) Penurunan

Penurunan diakibatkan oleh kekuatan kontraksi rahim, kekuatan mengejan dari ibu, dan gaya berat kalau pasien dalam posisi tegak. Berbagai tingkat penurunan janin terjadi sebelum permulaan persalinan pada primigravida dan selama Kala I pada primigravida dan multigravida. Penurunan semakin berlanjut sampai janin dilahirkan, gerakan yang lain akan membantunya.

e) Fleksi

Fleksi sebagian terjadi sebelum persalinan sebagai akibat tonus otot alami janin. Selama penurunan, tahanan dari serviks, dinding pelvis, dan rantai pelvis menyebabkan fleksi lebih jauh pada tulang leher bayi sehingga dagu bayi mendekati dadanya. Pada posisi oksipitoanterior, efek fleksi adalah untuk mengubah presentasi diameter dari oksipitofrontal menjadi suboksipitoposterior yang lebih kecil. Pada posisi oksipitoposterior, fleksi lengkap mungkin tidak terjadi, mengakibatkan presentasi diameter yang lebih besar, yang dapat menimbulkan persalinan yang lebih lama.

f) Putar Paksi Dalam

Pada posisi oksipitoanterior, kepala janin, yang memasuki pelvis dalam diameter melintang atau miring, berputar, sehingga oksipito kembali ke anterior ke arah simfisis pubis. Putaran paksi dalam mungkin terjadi karena kepala janin bertemu penyangga otot pada dasar pelvis. Ini sering tidak tercapai sebelum bagian yang berpresentasi telah tercapai sebelum bagian yang berpresentasi telah mencapai tingkat spina iskhidika sehingga terjadilah engagement. Pada posisi oksipitoposterior, kepala janin dapat 20 memutar ke posterior sehingga oksiput berbalik ke arah lubang sakrum. Pilihan lainnya, kepala janin dapat memutar lebih dari 90 derajat menempatkan oksiput di bawah simfisis pelvis sehingga

berubah ke posisi oksipitoanterior. Sekitar 75% dari janin yang memulai persalinan pada posisi oksipitoposterior memutar ke posisi oksipitoanterior selama fleksi dan penurunan. Bagaimanapun, sutura sagital biasanya berorientasi pada poros anteriorposterior dari pelvis.

g) Ekstensi

Kepala yang difleksikan pada posisi oksipitoanterior terus menurun di dalam pelvis. Karena pintu bawah vagina mengarah ke atas dan ke depan, ekstensi harus terjadi sebelum kepala dapat melintasinya. Sementara kepala melanjutkan penurunannya, terdapat penonjolan pada perineum yang diikuti dengan keluarnya puncak kepala. Puncak kepala terjadi bila diameter terbesar dari kepala janin dikelilingi oleh cincin vulva. Suatu insisi pada perineum (episotomi) dapat membantu mengurangi tegangan perineum disamping untuk mencegah peregangan dan perentangan jaringan perineum. Kepala dilahirkan dengan ekstensi yang cepat sambil oksiput, sinsiput, hidung, mulut, dan dagu melewati perineum.

Pada posisi oksipitoposterior, kepala dilahirkan oleh kombinasi ekstensi dan fleksi. Pada saat munculnya puncak kepala, pelvis tulang posterior dan penyangga otot diusahakan berfleksi lebih jauh. Dahi, sinsiput, dan oksiput dilahirkan sementara janin mendekati dada. Sesudah itu, oksiput jatuh kembali saat kepala berekstensi, sementara hidung, mulut, dan dagu dilahirkan.

h) Putaran Paksi Luar

Pada posisi oksipitoanterior dan oksipitoposterior, kepala yang dilahirkan sekarang kembali ke posisi semula pada saat engagement untuk menyebariskan dengan punggung dan bahu janin. Putaran paksi kepala lebih jauh dapat terjadi sementara bahu menjalani putaran paksi dalam untuk

menyebarkan bahu itu di bagian anteriorposterior di dalam pelvis.

i) Ekspulsi (Pengeluaran)

Setelah putaran paksi luar dari kepala, bahu anterior lahir dibawah simfisis pubis, diikuti oleh bahu posterior di atas tubuh perineum, kemudian seluruh tubuh anak²³.

8) Asuhan Sayang Ibu

d) Kala I

Kala I adalah suatu kala dimana dimulai dari timbulnya his sampai pembukaan lengkap. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah:

- (1) Memberikan dukungan emosional.
- (2) Pendampingan anggota keluarga selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya. Menghargai keinginan ibu untuk memilih pendamping selama persalinan.
- (3) Peran aktif anggota keluarga selama persalinan dengan cara:
 - (a) Mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati dan memuji ibu.
 - (b) Membantu ibu bernafas dengan benar saat kontraksi.
 - (c) Melakukan massage pada tubuh ibu dengan lembut.
 - (d) Menyeka wajah ibu dengan lembut menggunakan kain.
 - (e) Menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa aman.
- (4) Mengatur posisi ibu sehingga terasa nyaman.
- (5) Memberikan cairan nutrisi dan hidrasi – memberikan kecukupan energi dan mencegah dehidrasi. Oleh karena dehidrasi menyebabkan kontraksi tidak teratur dan kurang efektif.
- (6) Memberikan keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur dan spontan – Kandung kemih penuh menyebabkan gangguan kemajuan persalinan dan menghambat turunnya kepala; menyebabkan ibu tidak

nyaman; meningkatkan resiko perdarahan pasca persalinan; mengganggu penatalaksanaan distosia bahu; meningkatkan resiko infeksi saluran kemih pasca persalinan.

- (7) Pencegahan infeksi – Tujuan dari pencegahan infeksi adalah untuk mewujudkan persalinan yang bersih dan aman bagi ibu dan bayi; menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi baru lahir.

e) Kala II

Kala II adalah kala dimana dimulai dari pembukaan lengkap serviks sampai keluarnya bayi. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah:

- (1) Pendampingan ibu selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya oleh suami dan anggota keluarga yang lain.
- (2) Keterlibatan anggota keluarga dalam memberikan asuhan antara lain:
 - (a) Membantu ibu untuk berganti posisi.
 - (b) Melakukan rangsangan taktil.
 - (c) Memberikan makanandan minuman.
 - (d) Menjadi teman bicara/pendengar yang baik.
 - (e) Memberikan dukungan dan semangat selama persalinan sampai kelahiran bayinya.
- (3) Keterlibatan penolong persalinan selama proses persalinan & kelahiran – dengan:
 - (a) Memberikan dukungan dan semangat kepada ibu dan keluarga.
 - (b) Menjelaskan tahapan dan kemajuan persalinan.
 - (c) Melakukan pendampingan selama proses persalinan dan kelahiran.

- (4) Membuat hati ibu merasa tenteram selama kala II persalinan
 - dengan cara memberikan bimbingan dan menawarkan bantuan kepada ibu.
 - (5) Menganjurkan ibu meneran bila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran – dengan cara memberikan kesempatan istirahat sewaktu tidak ada his.
 - (6) Mencukupi asupan makan dan minum selama kala II.
 - (7) Memberikan rasa aman dan nyaman dengan cara:
 - (a) Mengurangi perasaan tegang.
 - (b) Membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi.
 - (c) Memberikan penjelasan tentang cara dan tujuan setiap tindakan penolong.
 - (d) Menjawab pertanyaan ibu.
 - (e) Menjelaskan apa yang dialami ibu dan bayinya.
 - (f) Memberitahu hasil pemeriksaan.
 - (g) Pencegahan infeksi pada kala II dengan membersihkan vulva dan perineum ibu.
 - (h) Membantu ibu mengosongkan kandung kemih secara spontan.
- f) Kala III

Kala III adalah kala dimana dimulai dari keluarnya bayi sampai plasenta lahir. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah:

- (1) Memberikan kesempatan kepada ibu untuk memeluk bayinya dan menyusui segera.
- (2) Memberitahu setiap tindakan yang akan dilakukan.
- (3) Pencegahan infeksi pada kala III.
- (4) Memantau keadaan ibu (tanda vital, kontraksi, perdarahan).
- (5) Melakukan kolaborasi/rujukan bila terjadi kegawatdaruratan.

- (6) Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi.
- (7) Memberikan motivasi dan pendampingan selama kala III.

g) Kala IV

Kala IV adalah kala dimana 1-2 jam setelah lahirnya plasenta. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu adalah:

- (1) Memastikan tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan dalam keadaan normal.
- (2) Membantu ibu untuk berkemih.
- (3) Mengajarkan ibu dan keluarganya tentang cara menilai kontraksi dan melakukan massase uterus.
- (4) Menyelesaikan asuhan awal bagi bayi baru lahir.
- (5) Mengajarkan ibu dan keluarganya ttg tanda-tanda bahaya post partum seperti perdarahan, demam, bau busuk dari vagina, pusing, lemas, penyulit dalam
- (6) Menyusui bayinya dan terjadi kontraksi hebat.
- (7) Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi.
- (8) Pendampingan pada ibu selama kala IV.
- (9) Nutrisi dan dukungan emosional²⁴.

9) Manajemen Penatalaksanaan Persalinan (60 Langkah APN)

- (1) Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala dua, yaitu:
 - (a) Dorongan meneran
 - (b) Tekanan pada anus
 - (c) Perineum menonjol
 - (d) Vulva membuka
- (2) Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin dan memasukan alat suntik sekali pakai 2½ ml ke dalam wadah partus set.
- (3) Memakai celemek plastik.
- (4) Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan degan sabun dan air mengalir.

- (5) Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.
- (6) Mengambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin dan letakan kembali ke dalam wadah partus set.
- (7) Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah dengan gerakan vulva ke perineum.
- (8) Melakukan pemeriksaan dalam (pastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah).
- (9) Mencecupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
- (10) Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai (pastikan DJJ dalam batas normal (120 – 160 x/menit)).
- (11) Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada *his* apabila ibu sudah merasa ingin meneran.
- (12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (pada saat ada *his*, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
- (13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
- (14) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- (15) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm.
- (16) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu.

- (17) Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- (18) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- (19) Saat kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5 – 6 cm, memasang handuk bersih untuk mengeringkan janin pada perut ibu.
- (20) Memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin.
- (21) Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- (22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Menganjurkan kepada ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- (23) Setelah bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.
- (24) Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung ke arah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan jari telunjuk tangan kiri di antara kedua lutut janin).
- (25) Melakukan penilaian selintas : (a) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan? (b) Apakah bayi bergerak aktif ?
- (26) Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Membiarkan bayi di atas perut ibu.

- (27) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.
- (28) Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
- (29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM (intramaskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).
- (30) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
- (31) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut.
- (32) Mengikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
- (33) Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.
- (34) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 -10 cm dari vulva.
- (35) Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
- (36) Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati ke arah dorsokrinal. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan mengulangi prosedur.
- (37) Melakukan penegangan dan dorongan dorsokrinal hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik

tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorsokranial).

- (38) Setelah plasenta tampak pada vulva, teruskan melahirkan plasenta dengan hati-hati. Bila perlu (terasa ada tahanan), pegang plasenta dengan kedua tangan dan lakukan putaran searah untuk membantu pengeluaran plasenta dan mencegah robeknya selaput ketuban.
- (39) Segera setelah plasenta lahir, melakukan *masase* (pemijatan) pada fundus uteri dengan menggosok fundus uteri secara sirkuler menggunakan bagian palmar 4 jari tangan kiri hingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras)
- (40) Periksa bagian maternal dan bagian fetal plasenta dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh kotiledon dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukan ke dalam kantong plastik yang tersedia.
- (41) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.
- (42) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- (43) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, lepaskan secara terbalik dan rendam sarung tangan dalam larutan klorin 0,5 % selama sepuluh menit. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering. Kemudian pakai sarung tangan untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi.
- (44) Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

- (45) Setelah satu jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1 mg intramaskuler di paha kiri anterolateral.
- (46) Setelah satu jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.
- (47) Celupkan tangan dilarutan klorin 0,5% ,dan lepaskan secara terbalik dan rendam, kemudian cuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir, keringkan dengan handuk bersih dan pakai sarung tangan.
- (48) Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
- (49) Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan *masase* uterus dan menilai kontraksi.
- (50) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- (51) Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
- (52) Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik.
- (53) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.
- (54) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- (55) Membersihkan ibu dengan menggunakan air DDT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai memakai pakaian bersih dan kering.
- (56) Memastikan ibu merasa nyaman dan beritahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum.
- (57) Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.

- (58) Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
- (59) Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
- (60) Melengkapi partograf²⁶.

4. Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Neonatus adalah bayi yang baru saja mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. Lahirnya biasanya dengan usia gestinasi 38-42 minggu. Bayi baru lahir memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin) dan toleransi bagi bayi baru lahir untuk hidup dengan baik. Neonatus merupakan bayi dengan umur 0-28 yang mempunyai resiko gangguan kesehatan paling tinggi dan berbagai masalah kesehatan yang bisa muncul, sehingga tanpa penanganan yang tepat, bisa menyebabkan komplikasi pada neonatus²⁷.

b. Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir

1) Pengertian

Bayi baru lahir (neonatal) adalah masa 28 hari pertama kehidupan manusia. Pada masa ini terjadi proses penyesuaian sistem tubuh bayi dari kehidupan dalam rahim ke kehidupan di luar rahim. Masa ini adalah masa yang perlu mendapatkan perhatian dan perawatan yang ekstra, karena terjadi peningkatan morbiditas dan mortalitas neonatus¹⁴.

2) Ciri-ciri bayi baru lahir sehat

- a) BB= 2500-4000 gram
- b) Panjang badan 46-53 cm
- c) Lingkar kepala 33-35 cm
- d) Denyut jantung pada pertama kali 120-140x/menit. RR = 40-60x/menit

- e) Kulit kemerahan, Apgar score 8-10, reflek baik
 - f) Kuku agak panjang dan lemas
 - g) Genetalia : Jika perempuan genetalia mayora ditutupi labia minora, jika laki-laki testisnya sudah turun
 - h) Eliminasi baik urine dan mekonium akan keluar dalam 24 jam²³.
- c. Asuhan Bayi Baru Lahir
- 1) Pencegahan infeksi

Bayi baru lahir sangat rentan terhadap mikroorganisme dan terkontaminasi selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Sehubungan dengan hal ini, maka asuhan bayi baru lahir membutuhkan peralatan esensial termasuk pakaian dalam keadaan bersih dan bebas infeksi..
 - 2) Penilaian segera setelah lahir

Penilaian pada bayi baru lahir, dilakukan meliputi apakah bayi lahir cukup bulan, apakah air ketuban jernih dan tidak bercampur mekonium, apakah bayi menangis atau bernapas dan apakah tonus otot bayi baik (bayi bergerak aktif).
 - 3) Pencegahan kehilangan panas

Segera setelah bayi lahir upayakan untuk mencegah hilangnya panas dari tubuh bayi, hal ini dapat dilakukan dengan cara mengeringkan tubuh bayi, selimuti bayi terutama pada bagian kepala dengan kain yang kering, menunda untuk memandikan bayi sebelum suhu tubuh stabil, yaitu 6 jam setelah bayi lahir, dan menjaga lingkungan agar tetap hangat atau bayi ditempatkan bersama dengan ibu di ruangan dengan suhu >25°C.
 - 4) Asuhan pada tali pusat

Setelah tali pusat dipotong dan diikat, biarkan tali pusat tetap dalam keadaan terbuka tanpa mengoleskan cairan atau bahan apapun ke puntung tali pusat. Apabila tali pusat berdarah, bernanah, kemerahan yang meluas dan berbau maka segera ke pelayanan kesehatan untuk segera ditangani.

5) Inisiasi menyusui dini

Bayi harus mendapatkan kontak kulit dengan ibunya segera setelah lahir selama kurang lebih 1 jam (IMD). Bayi dibiarkan tetap berada di atas perut ibu, untuk meningkatkan bonding attachment.

6) Manajemen laktasi

Memberikan ASI sedini mungkin akan membina ikatan emosional dan kehangatan ibu dan bayi. Manajemen laktasi meliputi masa antenatal, segera setelah bayi lahir, masa neonatal dan masa menyusui selanjutnya.

7) Pencegahan infeksi mata

Penggunaan antibiotik profilaksis seperti Gentamicin 0,3% atau oksitetrasiklin 1% dianjurkan untuk mencegah penyakit mata karena klamidia (penyakit menular seksual).

8) Penyuntikan vitamin K1

Vitamin K1 diberikan secara injeksi IM dengan dosis 1 mg, waktu pemberian setelah kontak kulit atau proses inisiasi menyusui dini (IMD) selama 1 jam. Penyuntikkan vitamin K1 bertujuan untuk mencegah penyakit akibat defisiensi vitamin K yang dialami sebagian bayi baru lahir

9) Pemberian imunisasi

Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi penyakit hepatitis terhadap bayi, terutama jalur penularan melalui ibu kepada bayi. Imunisasi ini diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K1, pada saat bayi berumur 2 jam.

10) Pemeriksaan bayi baru lahir

Pemeriksaan bayi baru lahir dapat dilakukan 1 jam setelah kontak ke kulit. Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan antropometri, pemeriksaan fisik, pemeriksaan refleks, dan pemeriksaan penunjang (laboratorium) wajib sebagai bagian dari skrining atau deteksi dini untuk penyakit tertentu, misalkan Skrining Hipothyroid Kongenital²⁴.

d. Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatus dilakukan untuk mendapatkan bayi yang sehat mencegah, dan mendeteksi secara dini komplikasi atau masalah serta menangani masalah-masalah yang mungkin akan terjadi pada bayi. Kunjungan neonatal bertujuan untuk pemeriksaan ulang pada bayi baru lahir, meningkatkan akses pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin bila terdapat kelainan pada bayi atau mengalami masalah²⁷. Waktu pemeriksaan neonatal dibagi menjadi :

- 1) Setelah lahir saat bayi stabil (sebelum 6 jam)
- 2) Pada usia 6-48 jam (kunjungan neonatal 1)
- 3) Pada usia 3-7 hari (kunjungan neonatal 2)
- 4) Pada usia 8-28 hari (kunjungan neonatal 3)²⁸

e. Pelayanan Essensial BBL

Pelayanan neonatal esensial 0 (nol) sampai 6 (enam) jam meliputi :

- 1) menjaga Bayi tetap hangat;
- 2) inisiasi menyusui dini;
- 3) pemotongan dan perawatan tali pusat;
- 4) pemberian suntikan vitamin K1;
- 5) pemberian salep mata antibiotik;
- 6) pemberian imunisasi hepatitis B0;
- 7) pemeriksaan fisik Bayi Baru Lahir;
- 8) pemantauan tanda bahaya;
- 9) penanganan asfiksia Bayi Baru Lahir;
- 10) pemberian tanda identitas diri; dan
- 11) merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil, tepat waktu ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu²⁸.

f. Penatalaksanaan Neonatal

1) Persiapan

a) Persiapan alat dan tempat

Alat yang digunakan untuk memeriksa:

- (1) Lampu yang berfungsi untuk penerangan dan

- (2) memberikan kehangatan.
- (3) Air bersih, sabun, handuk kering dan hangat
- (4) Sarung tangan bersih
- (5) Kain bersih
- (6) Stetoskop
- (7) Jam dengan jarum detik
- (8) Termometer
- (9) Timbangan bayi
- (10) Pengukur panjang bayi
- (11) Pengukur lingkaran kepala.

b) Tempat

Pemeriksaan dilakukan di tempat yang datar, rata, bersih, kering, hangat dan terang

2) Persiapan diri

- a) Sebelum memeriksa bayi, cucilah tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan dengan lap bersih dan kering atau dianginkan. Jangan menyentuh bayi jika tangan anda masih basah dan dingin.
- b) Gunakan sarung tangan jika tangan menyentuh bagian tubuh yang ada darah seperti tali pusat atau memasukkan tangan ke dalam mulut bayi.
- c) Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir setelah pemeriksaan kemudian keringkan
- d) Untuk menjaga bayi tetap hangat, tidak perlu menelanjangi bayi bulat-bulat pada setiap tahap pemeriksaan. Buka hanya bagian yang akan diperiksa atau diamati dalam waktu singkat untuk mencegah kehilangan panas.

3) Persiapan keluarga

Jelaskan kepada ibu dan keluarga tentang apa yang akan dilakukan dan kemudian hasilnya setelah selesai.

a) Pemeriksaan Fisik

Prinsip:

- (1) Pemeriksaan dilakukan dalam keadaan bayi tenang (tidak menangis)
- (2) Pemeriksaan tidak harus berurutan, dahulukan menilai pernapasan dan tarikan dinding dada kedalam, denyut jantung serta perut²⁸.

Tabel 1 Pemeriksaan Fisik Neonatus

| Pemeriksaan fisik yang dilakukan | Keadaan normal |
|--|--|
| Lihat postur, tonus dan aktifitas | 1. Posisi tungkal dan lengan fleksi 2. Bayi sehat akan bergerak aktif |
| Lihat kulit | Wajah bibir dan selaput lender, dada harus berwarna merah muda, tanpa adanya kemerahan atau bisul |
| Hitung pernapasan dan lihat tarikan dinding dada kedalam ketika bayi sedang tidak menangis | 1. Frekuensi napas normal 40-60 kali per menit 2. Tidak ada tarikan dinding dada ke dalam yang kuat |
| Hitung denyut jantung dengan meletakkan stetoskop di dada kiri setinggi apeks kordis | Frekuensi denyut jantung normal 120-160 kali per menit |
| Lakukan pengukuran suhu ketiak dengan thermometer | Suhu normal adalah 36,5 – 37,5°C |
| Lihat dan raba bagian kepala | 1. Bentuk kepala terkadang asimetris karena penyesuaian pada saat proses persalinan, umumnya hilang dalam 48 jam |

| | |
|--|--|
| | 2. Ubun-ubun besar rata atau tidak membonjol, dapat sedikit membonjol saat bayi menangis |
| Lihat mata | Tidak ada kotoran/secret |
| Lihat bagian dalam mulut Masukan satu jari yang menggunakan sarung tangan ke dalam mulut, raba langit-langit | 1. Bibir, gusi, langit-langit utuh dan tidak ada bagian yang terbelah 2. Nilai kekuatan isap bayi. Bayi akan mengisap juat jari pemeriksa |
| Lihat dan raba perut Lihat tali pusat | 1. Perut bayi datar, teraba lemas 2. Tidak ada perdarahan, pembengkakan, nanah, bau yang tidak enak pada tali pusat atau kemerahan sekitar tali pusat |
| Lihat punggung dan raba tulang belakang | Kulit terlihat utuh, tidak terdapat lubang dan benjolan pada tulang belakang |
| Lihat ekstremitas | 1. Hitung jumlah jari tangan dan kaki 2. Lihat apakah kaki posisinya baik atau bengkok ke dalam atau keluar 3. Lihat gerakan ekstremitas simetris atau tidak |
| Lihat lubang anus 1. Hindari masukkan alat atau jari dalam memeriksa anus 2. Tanyakan pada ibu apakah bayi sudah buang air besar | 1. Terlihat lubang anus dan periksa apakah <i>meconium</i> 2. Biasanya <i>meconium</i> keluar dalam 24 jam setelah lahir |

| | |
|--|--|
| <p>Lihat dan raba alat kelamin luar. Tanyakan pada ibu apakah bayi sudah buang air kecil</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bayi perempuan kadang terlihat cairan vagina berwarna putih atau kemerahan 2. Bayi laki-laki terdapat lubang uretra pada ujung penis 3. Pastikan bayi sudah buang air kecil dalam 24 jam setelah lahir |
| <p>Timbang bayi. Timbang bayi dengan menggunakan selimut, hasil dikurangi selimut</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat lahir 2,5- 4 kg 2. Dalam minggu pertama, berat bayi mungkin turun dahulu baru kemudian naik kembali dan pada usia 2 minggu umumnya telah mencapai berat lahirnya. Penurunan berat badan maksimal untuk bayi baru lahir cukup bulan maksimal 10% untuk bayi kurang bulan maksimal 15% |
| <p>Mengukur panjang dan lingkar kepala bayi</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Panjang lahir normal 48-52 cm 2. Lingkar kepala normal 33-37 cm |
| <p>Menilai cara menyusul, minta ibu untuk menyusui bayinya</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala dan badan dalam garis lurus; wajah bayi menghadap payudara; ibu mendekatkan bayi ke tubuhnya 2. Bibir bawah melengkung keluar, sebagian besar areola berada dalam mulut bayi |

| | |
|--|---|
| | 3. Mengisap dalam dan menelan kadang disertai berhenti sesaat |
|--|---|

5. Makrosomia

a. Pengertian Makrosomia

Makrosomia adalah kondisi pertumbuhan janin yang berlebihan, yaitu bayi lahir dengan berat badan besar, umumnya ≥ 4.000 gram atau ≥ 4.500 gram, meskipun belum ada definisi universal yang pasti. Istilah makrosomia berasal dari bahasa Yunani, yaitu *macro* yang berarti besar dan *somia* yang berarti tubuh. Makrosomia berbeda dengan *Large for Gestational Age* (LGA), karena makrosomia dinilai berdasarkan berat lahir absolut, sedangkan LGA dinilai berdasarkan berat badan bayi yang berada pada atau di atas persentil ke-90 sesuai usia kehamilan.⁵

Kondisi makrosomia perlu diperhatikan karena dapat meningkatkan risiko komplikasi pada ibu dan bayi. Pada ibu, makrosomia dapat menyebabkan persalinan lama, kesulitan persalinan pervaginam, trauma jalan lahir, perdarahan postpartum, serta peningkatan kemungkinan persalinan sesar. Pada bayi, makrosomia dapat meningkatkan risiko cedera lahir, distosia bahu, cedera pleksus brakialis, asfiksia, hingga lahir mati, terutama bila berat lahir lebih dari 4.500 gram. Prediksi makrosomia sebelum persalinan cukup sulit karena pemeriksaan ultrasonografi maupun palpasi abdomen memiliki keterbatasan akurasi, sehingga penatalaksanaan perlu dilakukan secara hati-hati dan disesuaikan dengan kondisi ibu, janin, riwayat obstetri, serta perkiraan berat janin.⁵

b. Etiologi Makrosomia

Faktor-faktor mendasar yang berhubungan dengan makrosomia janin dapat dikategorikan menjadi faktor maternal dan faktor janin.⁵

1) Faktor Maternal

a) Diabetes

Diabetes pada kehamilan meliputi diabetes gestasional (GDM), diabetes yang bergantung insulin, atau diabetes yang disebabkan oleh obat. Jordan Pederson pada tahun 1920 berhipotesis bahwa hiperglikemia ibu berhubungan dengan hiperinsulinemia janin dan hiperglikemia janin. Kondisi ini pada akhirnya menyebabkan penggunaan glukosa yang berlebihan oleh janin sehingga terjadi peningkatan pertumbuhan janin yang tidak normal.

b) Obesitas

Secara global, saat ini terjadi peningkatan kasus obesitas. Obesitas merupakan salah satu faktor risiko penting terjadinya diabetes pada berbagai kelompok masyarakat. Obesitas pada ibu dikaitkan dengan peningkatan risiko makrosomia janin sebesar 4 hingga 12 kali lipat. Dasar metabolik terjadinya makrosomia diyakini berkaitan dengan peningkatan resistensi insulin dan hiperinsulinemia. Selain itu, kelainan kadar lipid pada ibu juga dapat berperan penting dalam perkembangan makrosomia.

c) Multiparitas

Dibandingkan dengan faktor risiko maternal lainnya, multiparitas bukan merupakan faktor risiko utama makrosomia. Namun, multiparitas dapat berkontribusi terhadap terjadinya diabetes dan obesitas pada ibu, yang merupakan penyebab lebih penting. Wanita dengan paritas lebih dari 3 cenderung memiliki bayi makrosomia. Kenaikan berat badan sebesar 100 hingga 150 gram dapat diamati pada setiap kehamilan, sehingga meningkatkan risiko makrosomia dalam jangka panjang pada kelompok pasien ini.

d) Riwayat Bayi LGA Sebelumnya

Wanita yang pernah memiliki bayi makrosomia memiliki risiko 5 hingga 10 kali lebih tinggi untuk melahirkan bayi makrosomia kembali pada kehamilan berikutnya.

e) Kehamilan Lewat Waktu

Kehamilan yang berlangsung lebih dari 42 minggu lebih mungkin dikaitkan dengan peningkatan risiko makrosomia. Hal ini terjadi karena janin terus menerima pasokan nutrisi dan darah kaya oksigen selama masa pertumbuhan di dalam kandungan.

2) Taksiran Berat Janin sebagai Deteksi Dini Suspek Makrosomia

a) Pengertian

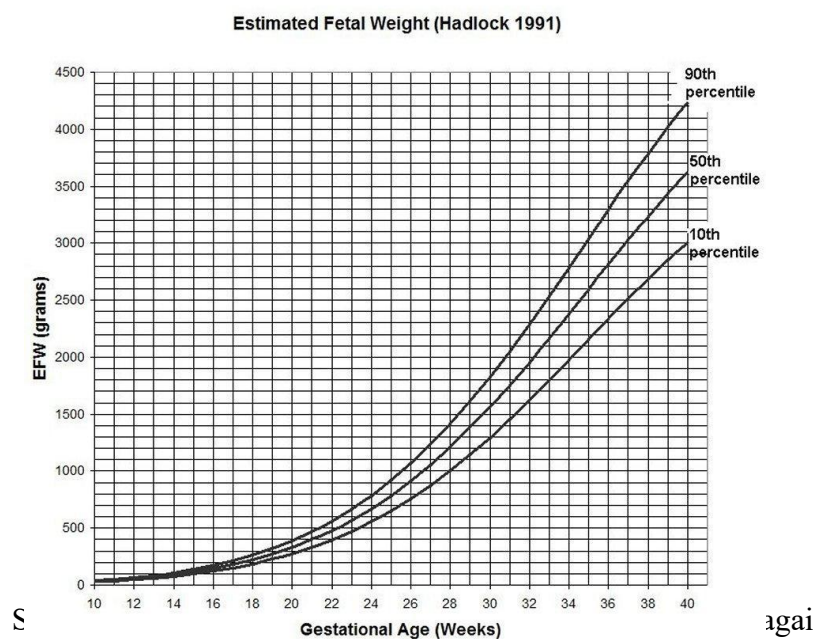
Taksiran Berat Janin (TBJ) atau *Estimated Fetal Weight* (EFW) adalah perkiraan berat janin di dalam kandungan yang digunakan untuk menilai pertumbuhan janin sesuai dengan usia kehamilan. TBJ bukan merupakan berat janin yang pasti, melainkan hasil perkiraan berdasarkan pemeriksaan klinis maupun pemeriksaan penunjang seperti ultrasonografi (USG). Penilaian TBJ penting dilakukan, terutama pada trimester III, karena dapat membantu tenaga kesehatan dalam mendeteksi kemungkinan janin kecil, sesuai usia kehamilan, atau janin besar.¹

Taksiran berat janin merupakan salah satu komponen penting dalam pemantauan antenatal karena dapat membantu menilai kesejahteraan dan pertumbuhan janin. Pada pelayanan antenatal, pemantauan tinggi fundus uteri, taksiran berat janin, hasil pemeriksaan USG, usia kehamilan, dan faktor risiko ibu perlu dilakukan secara berkesinambungan agar kelainan pertumbuhan janin seperti janin besar atau makrosomia dapat dikenali lebih dini. Hal ini penting karena peningkatan berat janin berkaitan dengan meningkatnya risiko kelainan persalinan, distosia bahu, trauma lahir, cedera neonatal,

hipoglikemia neonatal, dan persalinan dengan tindakan seperti sectio caesarea.²

b) Interpretasi Taksiran Berat Janin Berdasarkan Persentil

Interpretasi TBJ dapat dilakukan dengan membandingkan hasil taksiran berat janin dengan usia kehamilan pada grafik pertumbuhan janin. Pada grafik *Estimated Fetal Weight* Hadlock, sumbu bawah menunjukkan usia kehamilan dalam minggu, sedangkan sumbu kiri menunjukkan berat janin dalam gram. Garis persentil pada grafik digunakan untuk mengetahui posisi berat janin dibandingkan dengan usia kehamilannya.²⁹



berikut:²⁹

(1) Di bawah persentil ke-10

Janin termasuk kecil untuk usia kehamilan atau *Small for Gestational Age* (SGA). Kondisi ini dapat mengarah pada kecurigaan pertumbuhan janin terhambat apabila disertai faktor risiko atau tanda klinis lain.

(2) Di antara persentil ke-10 sampai persentil ke-90

Janin termasuk sesuai untuk usia kehamilan atau *Appropriate for Gestational Age* (AGA). Kondisi ini

menunjukkan pertumbuhan janin masih berada dalam rentang normal.

(3) Di atas persentil ke-90

Janin termasuk besar untuk usia kehamilan atau *Large for Gestational Age* (LGA). Kondisi ini dapat mengarah pada kecurigaan janin besar atau suspek makrosomia, terutama apabila taksiran berat janin mendekati atau melebihi 4.000 gram.

Dengan demikian, pembacaan TBJ tidak hanya melihat angka berat janin, tetapi juga harus disesuaikan dengan usia kehamilan. Berat janin yang dianggap normal pada usia kehamilan cukup bulan belum tentu normal apabila ditemukan pada usia kehamilan yang lebih muda. Oleh karena itu, grafik persentil membantu menentukan apakah pertumbuhan janin sesuai, lebih kecil, atau lebih besar dari usia kehamilan.

c) Hubungan Taksiran Berat Janin dengan Makrosomia

Makrosomia adalah kondisi bayi dengan berat lahir besar, yang umumnya didefinisikan sebagai berat lahir lebih dari 4.000 gram atau 4.500 gram. Namun, pada masa antenatal, istilah yang lebih tepat digunakan adalah suspek janin besar atau suspek makrosomia, karena berat janin yang diketahui sebelum lahir masih berupa taksiran dari pemeriksaan klinis maupun USG. Dalam laporan Ny. J, hasil USG menunjukkan taksiran berat janin sekitar 4.373–4.668 gram sehingga kasus dapat dibahas sebagai kehamilan lewat HPL dengan suspek janin besar atau suspek makrosomia.³⁰

Makrosomia dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain diabetes maternal, obesitas, kenaikan berat badan berlebihan selama kehamilan, usia kehamilan lewat waktu, multiparitas, riwayat melahirkan bayi besar, faktor genetik, dan jenis

kelamin janin laki-laki. Pada kasus Ny. J, faktor yang menonjol adalah multiparitas, riwayat melahirkan bayi dengan berat cukup besar, usia kehamilan yang mencapai 41 minggu lebih, dan bayi berjenis kelamin laki-laki. Bayi Ny. J lahir dengan berat badan 4.560 gram sehingga telah memenuhi kriteria makrosomia.⁵

3) Faktor Janin

a) Jenis Kelamin Janin

Jenis kelamin janin laki-laki sering disebut sebagai salah satu faktor risiko janin untuk makrosomia. Dalam sebuah studi retrospektif yang melibatkan hampir 11.000 bayi baru lahir dari ibu dengan diabetes gestasional, bayi laki-laki memiliki risiko 2 kali lebih tinggi mengalami makrosomia dibandingkan bayi perempuan. Namun, data mengenai hal ini masih menunjukkan hasil yang berbeda. Dalam studi retrospektif lain yang lebih luas terhadap 105.000 bayi baru lahir dari ibu dengan diabetes gestasional, risiko makrosomia tercatat lebih tinggi pada bayi perempuan.

b) Kelainan Genetik dan Bawaan

Beberapa kelainan bawaan terbukti memiliki hubungan dengan makrosomia dan janin LGA (*Large for Gestational Age*). Kelainan tersebut antara lain:

- (1) Sindrom Beckwith-Wiedemann
- (2) Sindrom Sotos
- (3) Sindrom Fragile X
- (4) Sindrom Weaver

c. Patofisiologi makrosomia

Selama kehamilan terjadi interaksi antara perubahan fisiologis dan endokrin yang bertujuan untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin secara optimal. Patofisiologi utama makrosomia dapat dipengaruhi oleh faktor ibu maupun faktor janin. Namun,

hiperglikemia atau peningkatan kadar glukosa darah pada ibu merupakan faktor yang paling berperan dalam terjadinya makrosomia.⁵

Pada trimester kedua kehamilan, terjadi peningkatan beberapa hormon, seperti kortisol, *human placental lactogen* (HPL), dan prolaktin. Peningkatan hormon-hormon tersebut menyebabkan resistensi insulin pada ibu dalam derajat sedang. Dalam kondisi normal, resistensi insulin ini akan diimbangi oleh peningkatan produksi insulin secara fisiologis setelah makan. Namun, pada ibu dengan sindrom metabolik atau faktor risiko tertentu, tubuh tidak mampu memberikan respons insulin yang cukup. Akibatnya, terjadi hiperglikemia pada ibu.⁵

Glukosa dari ibu dapat melewati plasenta menuju janin melalui proses difusi terfasilitasi. Jika kadar glukosa darah ibu tinggi, maka kadar glukosa darah janin juga akan meningkat. Hiperglikemia pada janin kemudian merangsang hiperplasia sel beta pankreas janin, sehingga terjadi peningkatan produksi insulin janin atau hiperinsulinemia. Kondisi ini menyebabkan janin menggunakan glukosa secara berlebihan, sehingga pertumbuhan janin menjadi meningkat secara tidak normal dan dapat menyebabkan makrosomia.⁵

Beberapa penelitian menunjukkan adanya hubungan yang kuat antara kadar glukosa ibu dengan kejadian janin *Large for Gestational Age* (LGA), peningkatan lemak tubuh janin, dan hiperinsulinemia janin. Pada wanita tanpa diabetes, kadar glukosa darah puasa yang tinggi atau hasil abnormal pada tes toleransi glukosa oral juga berkaitan dengan peningkatan risiko makrosomia. Kadar glukosa puasa diketahui memiliki hubungan yang lebih kuat dengan kejadian makrosomia.⁵

Pada ibu dengan diabetes gestasional atau *Gestational Diabetes Mellitus* (GDM), risiko makrosomia meningkat sekitar 2 hingga 3 kali lipat, meskipun telah mendapatkan pengobatan. Bayi LGA ditemukan pada 29% wanita dengan GDM tipe A1, 30% wanita dengan GDM tipe A2, dan 38% wanita dengan diabetes yang sudah ada sebelum kehamilan. GDM tipe A1 adalah kondisi ketika hasil tes toleransi

glukosa abnormal, tetapi kadar glukosa darah masih dapat dikendalikan dengan pengaturan diet. Sedangkan GDM tipe A2 adalah kondisi ketika hasil tes toleransi glukosa abnormal disertai kadar glukosa darah yang tetap abnormal, baik saat puasa maupun setelah makan.⁵

d. Penatalaksanaan Makrosomia

Makrosomia yang tidak ditangani secara adekuat beresiko menimbulkan beberapa komplikasi seperti hipoglikemia, hipokalsemia, hiperbilirubinemia, yang dapat berakhir pada kejang dan kematian neonatus. Namun dengan penanganan yang baik kemungkinan komplikasi tersebut dapat dihindarkan. Kehamilan makrosomia dapat menjadi salah satu penyulit persalinan. Hal ini beresiko pada ibu maupun bayi. Giant baby akan menimbulkan kesulitan seperti distosia bahu. Kejadian ini dapat meningkatkan resiko terjadinya robekan jalan lahir dan perdarahan. Melakukan konsultasi dan kunjungan selama masa kehamilan kepada dokter atau tenaga kesehatan dapat mengurangi kemungkinan bayi makrosomia. Mengontrol gula darah sejak awal kehamilan dapat mencegah kejadian bayi makrosomia.³¹

Sedangkan pada bayi, makrosomia yang tidak ditangani secara adekuat beresiko menimbulkan beberapa komplikasi seperti hipoglikemia, hipokalsemia, hiperbilirubinemia. Penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada bayi makrosomia antara lain:³¹

- 1) Menjaga kehangatan
- 2) Membersihkan jalan nafas
- 3) Memotong tali pusat dan perawatan tali pusat
- 4) Melakukan inisiasi menyusui dini
- 5) Membersihkan badan bayi dengan kapas baby oil
- 6) Memberikan obat mata; g. Memberikan injeksi vitamin K
- 7) Membungkus bayi dengan kain hangat
- 8) Mengkaji keadaan kesehatan pada bayi dengan makrosomia dengan mengobservasi keadaan umum dan vital sign serta memeriksa kadar glukosa darah sewaktu pada umur 3 jam

- 9) Memantau tanda gejala komplikasi yang mungkin terjadi
- 10) Memberikan terapi sesuai komplikasi yang dialami oleh bayi.

6. Nifas

a. Pengertian Nifas

Masa nifas atau masa puerperium adalah masa setelah persalinan selesai sampai 6 minggu atau 42 hari. Selama masa nifas, organ reproduksi secara perlahan akan mengalami perubahan seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan organ reproduksi ini disebut involusi³².

Masa nifas merupakan masa setelah melahirkan bayi dan plasenta sampai 6 minggu atau 40 hari. Masa nifas sangat penting bagi seorang wanita karena merupakan masa pemulihan untuk mengembalikan alat kandungan serta fisik ibu ke kondisi seperti sebelum hamil. Masa nifas dimulai sesaat setelah keluarnya plasenta dan selaput janin serta berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil kira-kira sampai 6 minggu³³.

e. Kunjungan Nifas

Kunjungan nifas (KF) dilakukan dengan jadwal kunjungan nifas yaitu:

- 1) KF 1 : Pada periode 6 jam sampai dengan 2 hari pasca persalinan.
- 2) KF 2 : Pada periode 3 hari sampai dengan 7 hari pasca persalinan.
- 3) KF 3 : Pada periode 8 hari sampai dengan 28 hari pasca persalinan.
- 4) KF 4 : Pada Periode 29 hari sampai dengan 42 hari pasca persalinan.³⁴

f. Tahapan Masa Nifas

Tahapan-tahapan yang terjadi pada masa nifas :

- 1) Puerperium dini, yaitu kepulihan ketika ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan.
- 2) Puerperium intermedial, yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genital.

- 3) Remote puerperium, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna mungkin beberapa minggu, bulan atau tahun³³

g. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1) Sistem Kardiovaskuler

Setelah terjadinya diresis akibat penurunan kadar estrogen, volume darah kembali kepada keadaan tidak hamil. Jumlah sel darah merah dan hemoglobin kembali normal pada hari ke-5. Meskipun kadar estrogen mengalami penurunan yang sangat besar selama masa nifas, namun kadarnya masih tetap lebih tinggi daripada normal.³⁵

2) Sistem Hematologi

Pada hari pertama masa nifas, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun, tetapi darah lebih mengental dengan meningkatnya viskositas sehingga meningkatkan factor pembekuan darah. Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 masa nifas dan akan kembali normal dalam 4-5 minggu masa nifas³⁵

3) Sistem Reproduksi

1. Uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil³³.

Tabel 2 Tinggi Fundus Uterus dan Berat Uterus menurut Masa Involusi

| Involusi | TFU | Berat Uterus |
|----------------|-------------------------------|--------------|
| Bayi Lahir | Setinggi Pusat | 1000 gr |
| Akhir kala III | 2 jari bawah pusat | 750 gr |
| 1 minggu | Pertengahan pusat simfisis | 500 gr |
| 2 minggu | Tidak teraba, Diatas simfisis | 350 gr |
| 6 minggu | Bertambah kecil | 50 gr |

2. Lochea

Lochea adalah cairan/secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas. Macam-macam lochea :

- (1) Lochea rubra (cruenta) : Berisi darah segar dan sisa selaput ketuban, sel desidua, verniks caseosa, lanugo dan mekonium, selama 2 hari postpartum
- (2) Lochea sanguinolenta : Berwarna kuning berisi darah dan lendir, hari 3-7 postpartum.
- (3) Lochea serosa : Berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 postpartum.
- (4) Lochea alba : Cairan putih, setelah 2 minggu.
- (5) Lochea purulenta : Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
- (6) Locheastatis : Lochea tidak lancer keluarnya³³.

3. Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup³³

4. Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ tetap berada 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 lebih menonjol³³.

5. Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada postnatal hari ke 5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan.

6. Payudara

Perubahan pada payudara meliputi :

- (1) Penurunan kadar progesterone secara tepat dengan peningkatan hormone prolaktin setelah persalinan.
- (2) Kolostrum sudah ada saat persalinan produksi ASI terjadi pada hari ke-2 atau hari ke-3 setelah persalinan.
- (3) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi.

4) Sistem Gastrointestinal

Kerap kali diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema. Rasa sakit di daerah perineum dapat menghalangi keinginan ke belakang³³.

5) Sistem Perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama, kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema lher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urine dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormone estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu³³.

6) Sistem Endokrin

Kadar estrogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam post partum. Progesterone turun pada hari ke 3 post partum. Kadar prolaktin dalam darah berangsur-angsur hilang³³.

7) Sistem Muskuloskeletal

Ambulasi pada umumnya dimulai 4-8 jam post partum. Ambulasi ini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi³³.

8) Sistem Integumen

(1) Penurunan melanin umumnya setelah persalinan menyebabkan berkurangnya hyperpigmentasi kulit.

(2) Perubahan pembuluh darah yang tampak pada kulit karena kehamilan dan akan menghilang pada saat estrogen menurun³³.

9) Perubahan tanda-tanda vital

Pada masa nifas antara lain :

a) Suhu Tubuh

Dalam 24 jam postpartum suhu akan naik sekitar 37,5- 38°C yang merupakan pengaruh dari proses persalinan dimana ibu kehilangan banyak cairan dan kelelahan. Hari ke-3 suhu akan naik lagi karena proses pembentukan ASI, payudara menjadi bengkak, berwarna merah. Peningkatan suhu bias juga disebabkan karena infeksi pada endometrium, mastitis, infeksi tractus urogenitalis. Kita harus mewaspadaai bila suhu lebih dari 38 °C dalam 2 hari berturut-turut pada 10 hari pertama post partum dan suhu harus terus diobservasi minimal 4 kali sehari.

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa berkisar 60-80 kali permenit. Setelah melahirkan denyut nadi menjadi lebih cepat.

Denyut nadi yang cepat ($>100x/\text{menit}$) biasa disebabkan karena infeksi atau perdarahan post partum yang tertunda.

c) Pernafasaan

Pernafasan selalu terkait dengan kondisi suhu dan denyut nadi. Apabila nadi dan suhu tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali pada kondisi gangguan saluran pernafasan. Umumnya, respirasi cenderung lambat atau normal karena ibu dalam kondisi pemulihan. Bila respirasi cepat >30 per menit mungkin diikuti oleh tanda-tanda shock.

d) Tekanan Darah

Tekanan darah relatif rendah karena ada proses kehilangan darah karena persalinan. Tekanan darah yang tinggi mengindikasikan adanya pre eklampsi post partum. Biasanya, tekanan darah yang normal yaitu $<140/90$ mmHg. Namun, dapat mengalami peningkatan dari pra persalinan pada 1-3 hari post partum. Setelah persalinan sebagian besar wanita mengalami peningkatan tekanan darah sementara waktu. Bila tekanan darah menjadi rendah menunjukkan adanya perdarahan postpartum. Sebaliknya, bila tekanan darah tinggi merupakan petunjuk kemungkinan adanya pre-eklampsi yang bisa timbul pada masa nifas, tetapi itu jarang terjadi³³.

h. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Fase-fase yang dialami oleh ibu pada masa nifas yaitu :

1) Fase Taking In

Merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami ibu disebabkan karena proses persalinan yang baru saja dilaluinya. Rasa mules, nyeri pada jalan lahir, kurang tidur atau kelelahan, merupakan hal yang sering

dikeluarkan ibu. Pada fase ini, kebutuhan istirahat, asupan nutrisi dan komunikasi yang baik harus dapat terpenuhi.

2) Fase Taking Hold

Fase taking hold adalah periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini timbul rasa khawatir akan ketidaknyamanan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan sangat sensitive, sehingga mudah tersinggung dan marah. Dukungan moral sangat diperlukan untuk menumbuhkan kepercayaan diri ibu.

3) Fase Letting Go

Fase letting go adalah periode menerima tanggung jawab akan peran barunya, fase ini berlangsung 10 hari pasca melahirkan. Ibu memahami bahwa bayinya butuh disusui sehingga siap teja untuk energi yang begitu banyak pada saat proses melahirkan³³.

i. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

1) Kebutuhan Cairan

Fungsi cairan sebagai pelarut zat gizi dalam proses metabolisme tubuh. Minumlah cairan cukup untuk membuat tubuh tidak dehidrasi. Asupan tablet tambah darah dan zat besi diberikan selama 40 hari postpartum. Kegunaan cairan bagi tubuh menyangkut beberapa fungsi berikut :

a) Fungsi sistem perkemihan

b) Keseimbangan dan keselarasan berbagai proses didalam tubuh

Sebagian besar pasien dapat melakukan ambulasi segera setelah persalinan usai. Aktivitas tersebut amat berguna bagi semua system tubuh, terutama fungsi usus, kandung kemih, sirkulasi dan paru-paru. Aktivitas dapat dilakukan secara bertahap, memberikan jarak antara

c) Sistem urinarius³³

2) Kebutuhan Nutrisi

Nutrisi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan gizi pada masa nifas terutama bila menyusui akan meningkat 25% karena berguna untuk proses kesembuhan karena

sehabis melahirkan dan memproduksi air susu yang cukup untuk menyehatkan bayi semua itu akan meningkat tiga kali dari kebutuhan biasa.

3) Kebutuhan Ambulasi

Sebagian besar pasien dapat melakukan ambulasi segera setelah persalinan usai. Aktivitas tersebut amat berguna bagi semua system tubuh, terutama fungsi usus, kandung kemih, sirkulasi dan paru-paru. Aktivitas dapat dilakukan secara bertahap, memberikan jarak antara aktivitas dan istirahat. Dalam 2 jam setelah bersalin ibu harus sudah bisa melakukan mobilisasi. Dapat dilakukan dengan miring kanan atau kiri terlebih dahulu, kemudian duduk dan berangsur-angsur untuk berdiri dan berjalan³³.

4) Kebutuhan Eliminasi BAK/BAB

a) Miksi

Pada persalinan normal masalah berkemih dan buang air besar tidak mengalami hambatan apa pun. Kebanyakan pasien dapat melakukan BAK secara spontan dalam 8 jam setelah melahirkan. Bila dalam 3 hari ibu tidak dapat berkemih, dapat dilakukan rangsangan untuk berkemih dengan mengkompres vesica urinaria dengan air hangat dan dapat menggunakan kateterisasi.

b) Defekasi

Buang air besar akan biasa setelah sehari, kecuali bila ibu takut dengan luka episiotomy. Bila sampai 3-4 hari belum buang air besar, sebaiknya dilakukan diberikan obat rangsangan per oral atau per rectal, jika masih belum bisa dilakukan klisma untuk merangsang buang air besar sehingga tidak mengalami sembelit dan menyebabkan jahitan terbuka³³. Tidak merasa nyeri, aman untuk memulai, melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap. Ibu yang baru melahirkan boleh melakukan hubungan seksual kembali setelah 6 minggu persalinan³³.

5) Kebersihan Diri (Personal Hygiene)

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu. Anjurkan ibu 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 dengan menggunakan antiseptic dan selalu diingat bahwa membersihkan perineum dari arah depan kebelakang. Jaga kebersihan diri secara keseluruhan untuk menghindari infeksi, baik pada luka jahitan maupun kulit³³.

6) Kebutuhan Istirahat dan tidur

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Anjurkan ibu untuk istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam berbagai hal, diantaranya mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, serta menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya³³.

7) Kebutuhan Seksual

Secara fisik aman untuk memenuhi hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan ibu

8) Kebutuhan Perawatan Payudara

- a) Sebaiknya perawatan mammae telah dimulai sejak wanita hamil supaya puting lemas, tidak keras, dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya
- b) Ibu menyusui harus menjaga payudaranya untuk tetap bersih dan kering.
- c) Menggunakan bra yang menyokong payudara.
- d) Apabila puting susu lecet oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali selesai menyusui³³.

9) Latihan Masa Nifas

Selama kehamilan dan persalinan ibu banyak mengalami perubahan fisik seperti dinding perut menjadi kendur, longgarnya liang senggama dan otot dasar panggul. Untuk mengembalikan kepada keadaan normal dan menjaga kesehatan agat tetap prim, senam nifas sangat baik dilakukan pada ibu setelah melahirkan. ibu tidak perlu takut untuk banyak bergerak, karena dengan ambulasi dini (bangun dan bergerak setelah beberapa jam melahirkan) dapat membantu rahim untuk kembali kebentuk semula³³.

7. Keluarga berencana

a. Definisi

Kontrasepsi merupakan berbagai macam alat atau metode yang digunakan oleh satu pihak atau kedua belah pihak untuk menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel sperma dan sel telur (ovum) yang sudah matang.³⁶ Kontrasepsi berasal dari kata kontra, berarti “mencegah” atau “melawan” dan konsepsi yang berarti pertemuan sel telur yang matang dan sel sperma yang mengakibatkan kehamilan. Kontrasepsi adalah menghindari terjadinya kehamilan akibat pertemuan sel telur matang (ovum) dengan sel sperma yang telah dibuahi.³⁷

Program keluarga berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. Kontrasepsi merupakan komponen penting dalam pelayanan Kesehatan reproduksi sehingga dapat mengurangi risiko kematian dan kesakitan selama kehamilan.³⁷ Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan. Upaya yang dilakukan dalam pelayanan kontrasepsi dapat bersifat sementara maupun bersifat permanen.³⁸

b. Metode Kontrasepsi

Metode kontrasepsi yang dijelaskan pada bab ini merupakan metode kotrasepsi yang tersedia di Indonesia. Untuk merk dagang yang di

tuliskan sebagai contoh merupakan merk dagang alokon yang masuk dalam program pemerintah.³⁹

a. AKDR Copper

- a) Pengertian: AKDR Copper adalah suatu rangka plastik yang lentur dan kecil dengan lengan atau kawat Copper (tembaga) di sekitarnya.
- b) Jenis: AKDR Cu T 380 A merupakan AKDR yang disediakan oleh Pemerintah (Program) AKDR Nova T 380 tidak disediakan oleh Pemerintah (Non Program) tetapi banyak digunakan sebagai KB Mandiri
- c) Cara kerja: Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke saluran telur karena tembaga pada AKDR menyebabkan reaksi inflamasi steril yang toksik buat sperma Jangka waktu pemakaian: Jangka waktu pemakaian berjangka panjang dapat hingga 10 tahun, serta sangat efektif dan bersifat reversibel.
- d) Batas usia pemakai: Dapat dipakai oleh perempuan pada usia reproduksi. AKDR Cu T 380 A AKDR Nova T 380 24
- e) Efektivitas: Memiliki efektivitas tinggi berkisar 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan).
- f) Kembalinya kesuburan: Kembalinya kesuburan tinggi setelah AKDR copper T dilepas.
- g) Keuntungan :
 - (1) Mencegah kehamilan dengan sangat efektif Kurang dari 1 kehamilan per 100 perempuan yang menggunakan AKDR selama tahun pertama
 - (2) Efektif segera setelah pemasangan
 - (3) Berjangka Panjang, Studi menunjukkan bahwa AKDR CuT-380A efektif hingga 12 tahun, namun ijin edar berlaku untuk 10 tahun penggunaan.
 - (4) Tidak mempengaruhi hubungan seksual

- (5) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
- (6) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)
- (7) Kesuburan segera kembali setelah AKDR dilepas.

h) Keterbatasan :

- (1) Pemasangannya dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih secara khusus memasangnya pada rahim perempuan melalui vagina dan serviks. Seringkali klien takut selama pemasangan
- (2) Tidak ada perlindungan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS)
- (3) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan
- (4) Klien tidak dapat melepas AKDR sendiri
- (5) AKDR mungkin keluar dari uterus tanpa diketahui
- (6) Klien harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu dengan cara memasukkan jari ke dalam vagina (sebagian perempuan tidak mau melakukan ini)³⁹.

b. Kontrasepsi Implan

- a) Pengertian: Implan merupakan batang plastik berukuran kecil yang lentur, seukuran batang korek api, yang melepaskan progestin yang menyerupai hormon progesteron alami di tubuh perempuan.
- b) Jenis implan:
 - (1) Implan Dua Batang: terdiri dari 2 batang implan mengandung hormon Levonorgestrel 75 mg/batang. Efektif hingga 4 tahun penggunaan (studi terkini menunjukkan bahwa jenis ini memiliki efektivitas tinggi hingga 5 tahun).

- (2) Implan Satu Batang (Implanon): terdiri dari 1 batang implan mengandung hormon Etonogestrel 68 mg, efektif hingga 3 tahun penggunaan (studi terkini menunjukkan bahwa jenis ini memiliki efektivitas tinggi hingga 5 tahun).
- c) Cara kerja:
- (1) Mencegah pelepasan telur dari ovarium (menekan ovulasi)
 - (2) Mengentalkan lendir serviks (menghambat bertemunya sperma dan telur)
 - (3) Efektivitas: Kurang dari 1 kehamilan per 100 perempuan dalam 1 tahun pertama penggunaan Implan. Risiko kecil kehamilan masih berlanjut setelah tahun pertama pemakaian.
 - (4) Kembalinya kesuburan: Kembalinya kesuburan tinggi setelah Implan dilepas.
- d) Keuntungan :
- (1) Klien tidak perlu melakukan apapun setelah implan terpasang
 - (2) Mencegah kehamilan dengan sangat efektif Kurang dari 1 kehamilan per 100 perempuan yang menggunakan implan pada tahun pertama (1 per 1.000 perempuan).
 - (3) Merupakan metode kontrasepsi jangka panjang untuk 3 hingga 5 tahun, tergantung jenis implan.
 - (4) Tidak mengganggu hubungan seksual
 - (5) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
 - (6) Kesuburan dapat kembali dengan segera setelah implan dilepas.
 - (7) Mengurangi nyeri haid
 - (8) Mengurangi jumlah darah haid sehingga dapat mencegah anemia defisiensi besi
- e) Keterbatasan :

- (1) Tidak ada perlindungan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS).
- (2) Membutuhkan tenaga kesehatan yang terlatih secara khusus untuk memasang dan melepas. Klien tidak dapat memulai atau menghentikan pemakaian implan secara mandiri³⁹.

c. Kontrasepsi Suntik Kombinasi (KSK)

- a) Pengertian: Kontrasepsi Suntik Kombinasi (KSK) mengandung 2 hormon – yaitu progestin dan estrogen – seperti hormon progesteron dan estrogen alami pada tubuh perempuan
- b) Jenis: Kontrasepsi Suntik Kombinasi yang mengandung 2 hormon – yaitu Medroxyprogesterone Acetate (MPA) / Estradiol Cypionate yang disediakan Pemerintah :
- c) Cara Kerja:
 - (1) Mencegah pelepasan telur dari ovarium (menekan ovulasi).
 - (2) Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu
 - (3) Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu
 - (4) Menghambat transportasi gamet oleh tuba
- d) Keuntungan:
 - (1) Tidak perlu pemakaian setiap hari
 - (2) Dapat dihentikan kapan saja
 - (3) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
 - (4) Baik untuk menjarangkan kehamilan
- e) Keterbatasan :
 - (1) Harus kembali ke tenaga kesehatan untuk disuntik tepat waktu
 - (2) Efektivitas KSK tergantung pada kembalinya yang tepat waktu: Risiko kehamilan meningkat saat klien terlambat suntik ulang atau melewatkan suatu suntikan.

(3) Kemungkinan keterlambatan pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian³⁹.

d. Kontrasepsi Suntik Progestin (KSP)

a) Pengertian: Kontrasepsi suntik yang mengandung Progestin saja seperti hormon progesteron alami dalam tubuh perempuan.

b) Cara Kerja :

- (1) Mencegah pelepasan telur dari ovarium (menekan ovulasi)
- (2) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
- (3) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi

c) Keuntungan

- (1) Suntikan setiap 2-3 bulan.
- (2) Tidak perlu penggunaan setiap hari
- (3) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (4) Dapat digunakan oleh perempuan menyusui dimulai 6 bulan setelah melahirkan
- (5) Dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun sampai perimenopause
- (6) Membantu mencegah: Kanker Endometrium, Mioma Uteri
- (7) Mungkin membantu mencegah: Penyakit radang panggul simptomatis, Anemia defisiensi besi]
- (8) Mengurangi: Krisis sel sabit pada perempuan dengan anemia sel sabit, Gejala endometriosis (nyeri panggul, menstruasi yang tidak teratur)

b) Keterbatasan :

- (1) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan untuk suntikan ulang
- (2) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu
- (3) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian, rata-rata 4 bulan

(4) Pada pemakaian jangka panjang dapat sedikit menurunkan densitas (kepadatan) tulang.

e. Kontrasepsi Pil Kombinasi (KPK)

a. Pengertian: Pil yang mengandung 2 macam hormon berdosisi rendah - yaitu progestin dan estrogen-seperti hormon progesteron dan estrogen alami pada tubuh perempuan yang harus diminum setiap hari.

b. Cara Kerja:

- (1) Mencegah pelepasan telur dari ovarium (menekan ovulasi)
- (2) Mengentalkan lendir serviks sehingga sulit dilalui oleh sperma
- (3) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu

c. Keuntungan :

- (1) Dapat mengontrol pemakaian
- (2) Mudah digunakan
- (3) Mudah didapat, misalnya di apotek atau toko obat
- (4) Penghentian dapat dilakukan kapan pun tanpa perlu bantuan tenaga kesehatan
- (5) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (6) Banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia)
- (7) Tidak terjadi nyeri haid,
- (8) Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan
- (9) Membantu mencegah Kanker Endometrium, Kanker Ovarium, Kista ovarium Penyakit Radang Panggul, Anemia Defisiensi Besi
- (10) Mengurangi nyeri haid, nyeri ovulasi, masalah perdarahan menstruasi dan jerawat

d. Keterbatasan:

- (1) Mahal

- (2) Harus diminum setiap hari secara teratur
- (3) Mengurangi ASI pada perempuan menyusui³⁹.

f. Kontrasepsi Pil Progestin (KPP)

- a. Pengertian: Pil yang mengandung progestin saja dengan dosis yang sangat rendah seperti hormon progesteron alami pada tubuh perempuan.
- b. Jenis :
 - (1) Kemasan 28 pil berisi Lynestrenol 0,5 mg (Kontrasepsi Pil Progestin yang disediakan Pemerintah)
 - (2) Kemasan 28 pil berisi 75 µgnorgestrel
 - (3) Kemasan 35 pil berisi 300 µg levonorgestrel atau 350 µg norethindrone. Sangat dianjurkan untuk ibu menyusui karena tidak mengganggu produksi ASI
- c. Cara Kerja :
 - (1) Mencegah ovulasi,
 - (2) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
 - (3) Menjadikan endometrium tipis dan atrofi
- d. Keuntungan:
 - (1) Dapat diminum selama menyusui
 - (2) Dapat mengontrol pemakaian
 - (3) Penghentian dapat dilakukan kapan pun tanpa perlu bantuan tenaga kesehatan
 - (4) Tidak mengganggu hubungan seksual
 - (5) Kesuburan cepat Kembali
 - (6) Mengurangi nyeri haid
 - (7) Mengurangi jumlah perdarahan haid
- e. Keterbatasan:
 - (1) Harus diminum setiap hari dan pada waktu yang sama, bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi lebih besar
 - (2) Peningkatan/penurunan berat badan³⁹.

g. Kondom

- a. Pengertian: Merupakan selubung/sarung karet yang berbentuk silinder dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. Terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), polyurethane, polyisoprene, kulit domba, dan nitrile.
- b. Jenis:
 - (1) Kondom berkontur (bergerigi)
 - (2) Kondom beraroma
 - (3) Kondom tidak beraroma
- c. Cara Kerja:
 - (1) Menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan
 - (2) Khusus untuk kondom yang terbuat dari lateks dan vinil dapat mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain
- d. Keuntungan:
 - (1) Murah dan dapat dibeli bebas
 - (2) Tidak perlu pemeriksaan kesehatan khusus
 - (3) Proteksi ganda (selain mencegah kehamilan tetapi juga mencegah IMS termasuk HIV/AIDS)
 - (4) Membantu mencegah terjadinya kanker serviks (mengurangi iritasi bahan karsinogenik eksogen pada serviks)
- e. Keterbatasan:
 - (1) Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi

- (2) Agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung),
- (3) Bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi
- (4) Malu membelinya di tempat umum³⁹.

h. Tubektomi

- a. Pengertian: Prosedur bedah sukarela untuk menghentikan kesuburan secara permanen pada perempuan yang tidak ingin anak lagi
- b. Cara Kerja: Mengoklusi tuba falopii (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum
- c. Keuntungan:
 - (1) Sangat efektif
 - (2) Tidak mempengaruhi proses menyusui
 - (3) Tidak bergantung pada faktor senggama
 - (4) Tidak memiliki efek samping dalam jangka panjang
 - (5) Tidak perlu khawatir menjadi hamil atau khawatir mengenai kontrasepsi lagi
 - (6) Pengguna tidak perlu melakukan atau mengingat apapun setelah prosedur dilakukan
 - (7) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual
- d. Keterbatasan:
 - (1) Kesuburan tidak dapat dipulihkan kembali, kecuali dengan operasi rekanalisasi
 - (2) Rasa sakit dalam jangka pendek setelah tindakan
 - (3) Harus dilakukan oleh dokter yang terlatih (untuk laparoskopi dilakukan oleh Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi)³⁹.

i. Vasektomi

- a. Pengertian: Vasektomi adalah tindakan memotong dan mengikat vas (ductus) deferens tanpa menggunakan pisau bedah, dengan tujuan memutuskan aliran sperma dari testis sehingga terjadi azoospermia.
- b. Cara Kerja: Mengikat dan memotong setiap saluran vas deferens sehingga sperma tidak bercampur dengan semen. Semen dikeluarkan, tetapi tidak dapat menyebabkan kehamilan
- c. Keuntungan:
 - (1) Aman dan nyaman
 - (2) Sangat efektif
 - (3) Permanen
 - (4) Laki-laki mengambil tanggung jawab untuk kontrasepsi – mengambil alih beban perempuan
 - (5) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual
- d. Keterbatasan:
 - (1) Tidak segera efektif (WHO menyarankan kontrasepsi tambahan selama 3 bulan setelah prosedur, kurang lebih 20 kali ejakulasi)
 - (2) Komplikasi minor seperti infeksi, perdarahan, nyeri pasca operasi. Teknik tanpa pisau merupakan pilihan mengurangi perdarahan dan nyeri dibandingkan teknik insisi
 - (3) Harus dilakukan oleh dokter umum yang terlatih untuk vasektomi atau Dokter Spesialis Bedah dan Dokter Spesialis Urologi.³⁹

8. Pathway Kasus

PATHWAY KASUS NY. J
Kehamilan Late Term + Suspek Makrosomia → SC → Bayi Makrosomia

Faktor Ibu :
 Ny. J usia 29 tahun, G3P2Ab0Ah2
 Riwayat melahirkan bayi besar 3.800 gr dan 3.850 gr
 Usia kehamilan melewati HPL / late term
 USG 28 Maret 2026: TBJ ± 4.373–4.668 gr
 GDS ibu 99 mg/dL, tidak ada riwayat DM

Pertumbuhan janin lebih besar
 Suspek janin besar / suspek makrosomia

Kehamilan melewati HPL
 UK 40+3 minggu → dirujuk ke RS
 UK 41+2 minggu → persalinan SC

Bayi lahir makrosomia
 Lahir SC tanggal 30 Maret 2026 pukul 10.09 WIB
 BB 4.560 gr, PB 51 cm, LK 36 cm, APGAR 8/9
 Bayi laki-laki, tunggal, segera menangis, IMD dilakukan

| | | |
|---|--|--|
| <p style="text-align: center;">B1: Risiko persalinan sulit / distosia bahu</p> <p>Janin besar dapat meningkatkan risiko persalinan macet, distosia bahu, trauma lahir, dan tindakan persalinan SC.</p> | <p style="text-align: center;">B2: Risiko gangguan glukosa neonatus</p> <p>Bayi makrosomia berisiko mengalami hipoglikemia setelah lahir.</p> | <p style="text-align: center;">B3: Risiko infeksi neonatus</p> <p>Neonatus masih rentan infeksi, terutama pada tali pusat dan lingkungan.</p> |
| <p style="text-align: center;">Penatalaksanaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rujuk ke RS untuk pemantauan lanjut. 2. Kolaborasi dengan dokter Sp. OG. 3. Persalinan SC atas pertimbangan indikasi late term dan suspek makrosomia. | <p style="text-align: center;">Penatalaksanaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan gula darah ibu dan bayi setelah lahir. 2. IMD sesuai kondisi ibu dan bayi. 3. Anjurkan ASI sesering mungkin. | <p style="text-align: center;">Penatalaksanaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perawatan tali pusat bersih dan kering. 2. Menjaga kebersihan bayi dan ibu. 3. Pantau tanda infeksi: demam, tali pusat berbau/bernanah, bayi lemas, malas menyusu. |

| | | |
|--|---|--|
| | 4. Pantau tanda hipoglikemia: bayi lemas, malas menyusu, tremor, kejang, suhu dingin. | 4. Kunjungan neonatus KN I, KN II, KN III. |
|--|---|--|



| | | |
|--|---|---|
| <p>B4: Ibu post sectio caesarea Terdapat luka operasi SC sehingga ibu berisiko nyeri, infeksi luka, dan keterbatasan aktivitas.</p> | <p>B5: Kebutuhan ASI eksklusif dan bonding Bayi makrosomia tetap membutuhkan ASI dini, sering, dan adekuat untuk menjaga nutrisi dan kestabilan bayi.</p> | <p>B6: Keluarga Berencana Ibu post SC perlu pengaturan jarak kehamilan. Ibu dan suami memilih kondom.</p> |
| <p>Penatalaksanaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau KU, TTV, TFU, lochea, dan luka operasi. 2. Edukasi perawatan luka SC agar tetap bersih dan kering. 3. Edukasi tanda bahaya nifas: demam, perdarahan, nyeri hebat, luka merah/bengkak/bernanah/berbau. 4. Anjurkan nutrisi tinggi protein, cairan cukup, dan istirahat. | <p>Penatalaksanaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menyusui minimal tiap 2 jam atau sesuai kebutuhan bayi. 2. Edukasi posisi dan pelekatan menyusui yang benar. 3. Pantau kecukupan ASI dari BAK/BAB dan kenaikan BB. 4. Motivasi ASI eksklusif 6 bulan. | <p>Penatalaksanaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konseling KB pascapersalinan. 2. Jelaskan manfaat menjarangkan kehamilan setelah SC. 3. Hargai keputusan ibu dan suami memilih kondom. 4. Edukasi penggunaan kondom yang benar dan konsisten. 5. Anjurkan kontrol ulang bila ingin ganti metode KB. |