BAB II
KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

1. Kehamilan

Pada tanggal 8 Maret 2025, dilakukan pengkajian awal asuhan kebidanan terhadap Ny. L, seorang perempuan berusia 26 tahun, G2P1Ab0Ah1, dengan usia kehamilan 36 minggu 3 hari. Ibu datang ke Puskesmas Panjatan II untuk kunjungan antenatal care (ANC) lanjutan dengan keluhan utama ingin memeriksakan kehamilannya. Saat ini, ibu tidak mengeluhkan keluhan berarti, namun hasil pemeriksaan sebelumnya menunjukkan posisi janin dalam keadaan sungsang. Ibu menyatakan telah rutin melakukan posisi *knee-chest* sebagai upaya non-invasif untuk membantu merubah posisi janin.

Dari riwayat kehamilan saat ini, diketahui bahwa Ny. L telah melakukan ANC secara rutin sejak usia kehamilan 10 minggu di puskesmas. Pada trimester pertama ia mengalami keluhan mual, trimester kedua keputihan dan sering buang air kecil, dan trimester ketiga nyeri punggung serta peningkatan frekuensi BAK. Pergerakan janin pertama kali dirasakan pada usia kehamilan 20 minggu, dan dalam 12 jam terakhir pergerakan janin dirasakan lebih dari 10 kali. Pola makan dan minum ibu tergolong baik dengan konsumsi makanan utama 3 kali sehari dan minum air putih sekitar 10 kali per hari. Eliminasi BAB 1 kali/hari dengan konsistensi lunak, dan BAK 6–7 kali/hari dengan warna kuning jernih. Tidak ada keluhan pada eliminasi.

Dalam hal aktivitas, Ny. L masih aktif melakukan pekerjaan rumah tangga, dan waktu istirahat cukup, yaitu tidur siang selama 1 jam dan malam sekitar 8 jam. Hubungan seksual masih dilakukan dengan frekuensi 1–2 kali per minggu tanpa keluhan. *Personal hygiene* ibu terjaga baik, termasuk kebiasaan mandi, mengganti pakaian dalam, dan menjaga kebersihan alat kelamin.

Ibu telah mendapatkan imunisasi TT5 dan vaksin Sinovac dosis 3. Riwayat obstetrik sebelumnya menunjukkan bahwa kehamilan pertamanya berjalan aterm, persalinan berlangsung spontan tanpa komplikasi, bayi perempuan lahir dengan berat 2750 gram, dan proses menyusui berjalan lancar. Ibu belum pernah menggunakan alat kontrasepsi sebelumnya. Tidak ditemukan riwayat penyakit sistemik maupun keturunan dalam keluarga, dan ibu tidak memiliki riwayat alergi. Gaya hidup sehat diterapkan, termasuk tidak merokok dan tidak mengonsumsi jamu atau alkohol.

Dari aspek psikologis dan spiritual, kehamilan ini adalah kehamilan yang diinginkan dan diterima dengan baik oleh ibu maupun keluarganya. Pengetahuan ibu tentang kehamilan cukup baik, termasuk tentang pentingnya nutrisi, pemeriksaan rutin, dan konsumsi vitamin. Ibu dan suami telah melakukan persiapan persalinan meliputi biaya, pakaian, transportasi, dan telah menentukan penolong dan tempat persalinan.

Pada pemeriksaan objektif, keadaan umum ibu baik dengan kesadaran *compos mentis*. Tanda vital dalam batas normal: TD 133/86 mmHg, Nadi 76x/menit, RR 20x/menit, Suhu 36,3°C. Tinggi badan 150 cm dan berat badan naik dari 45 kg menjadi 55 kg, dengan IMT 20 kg/m² dan LILA 24 cm. Pemeriksaan kepala dan leher normal. Pada palpasi abdomen dengan Leopold, didapatkan fundus uteri setinggi 26,5 cm, bagian teraba di fundus adalah kepala, bagian punggung di kiri, dan bagian terbawah adalah bokong, menunjukkan posisi janin sungsang. DJJ 144x/menit, teratur.

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 6 dan 15 Februari 2025 menunjukkan adanya peningkatan leukosit dalam urin yang mengindikasikan infeksi saluran kemih (ISK), sehingga ibu dirujuk ke RS Rizki Amalia dan telah mendapatkan pengobatan. Hasil laboratorium lanjutan tanggal 3 Maret 2025 menunjukkan kondisi urin kembali normal.

Diagnosis kebidanan pada Ny. L adalah usia kehamilan 36 minggu 3 hari dengan presentasi sungsang. Masalah yang mungkin timbul adalah

kecemasan menjelang persalinan jika posisi janin tidak berubah. Diagnosis potensial meliputi prolaps tali pusat, persalinan lama, trauma lahir, dan kemungkinan tindakan *sectio cesarea*. Masalah potensial adalah ketidaksiapan psikologis ibu jika terjadi perubahan rencana persalinan. Kebutuhan ibu meliputi KIE tentang hasil pemeriksaan, informasi tentang posisi sungsang dan kemungkinan persalinan, penguatan dan monitoring latihan posisi janin, serta perencanaan persalinan bersama keluarga dan evaluasi USG lanjutan.

Penatalaksanaan yang dilakukan meliputi pemberian edukasi tentang hasil pemeriksaan, anjuran peningkatan asupan nutrisi, dan KIE mengenai kebersihan diri untuk mencegah ISK. Ibu dianjurkan melanjutkan knee chest position minimal 3x sehari selama 15–20 menit. Dilakukan pula kolaborasi dengan dokter untuk evaluasi lanjutan dan perencanaan tindakan persalinan.

Kemudian, pada kunjungan lanjutan tanggal 26 Maret 2025, dilakukan catatan perkembangan yang menunjukkan bahwa Ny. L datang untuk memeriksakan kehamilannya kembali. Ibu mengatakan bahwa ia sudah melakukan pemeriksaan USG dan dinyatakan bahwa posisi janin masih tetap sungsang. Keadaan umum ibu baik, kesadaran *compos mentis*. Tanda vital menunjukkan tekanan darah 130/80 mmHg, Nadi 84x/menit, Suhu 36,5°C, dan RR 22x/menit. Tinggi fundus uteri 32 cm dan DJJ 142x/menit, teratur.

Evaluasi pada hari itu menunjukkan bahwa ibu sudah paham dengan kondisi kehamilannya dan berencana mengikuti rujukan untuk tindakan persalinan dengan *sectio cesarea* di RS Rizki Amalia sesuai anjuran. Edukasi dan penguatan psikologis telah diberikan dan ibu menunjukkan kesiapan untuk mengikuti prosedur tersebut bersama dukungan suami dan keluarga.

2. Persalinan

Pada hari Jumat, 28 Maret 2025 pukul 09.00 WIB, dilakukan pengkajian asuhan kebidanan persalinan terhadap Ny. L, seorang

perempuan berusia 26 tahun, G2P1Ab0Ah1 dengan umur kehamilan 39 minggu 3 hari berdasarkan HPHT 26 Juni 2024 dan HPL 1 April 2025. Ibu datang ke RS Rizki Amalia sesuai jadwal kontrol kehamilan serta untuk melakukan pemeriksaan USG ulang karena pada pemeriksaan sebelumnya diketahui posisi janin sungsang.

Ibu menyampaikan bahwa sejak pagi hari, tepatnya sekitar pukul 05.00 WIB, Ny. L mulai merasakan kontraksi yang semakin bertambah frekuensinya. Setelah dilakukan USG, hasilnya menunjukkan bahwa posisi janin masih tetap dalam presentasi bokong (sungsang) dan berat janin tidak mengalami pertambahan signifikan dibandingkan pemeriksaan sebelumnya. Berdasarkan hasil pemeriksaan dan pertimbangan medis, dokter menyarankan untuk dilakukan tindakan *operasi sectio* caesarea (SC) pada hari yang sama untuk mencegah risiko komplikasi persalinan yang mungkin terjadi jika persalinan berlangsung per vaginam.

Dari identitasnya, Ny. L merupakan ibu rumah tangga berusia 26 tahun, beragama Islam, berdomisili di Pleret II, Pleret, Panjatan, Kulon Progo. Suami ibu, Tn. A, berusia 25 tahun, bekerja sebagai buruh, dan sama-sama beragama Islam. Ibu menikah pertama kali pada usia 22 tahun dan telah menikah selama 3,5 tahun. Riwayat menstruasi ibu teratur dengan siklus 28 hari, durasi haid sekitar 6 hari, dan darah haid bersifat encer dengan jumlah penggantian pembalut 3–4 kali sehari. Tidak ditemukan riwayat dismenore atau fluor albus patologis.

Dalam hal riwayat obstetri, kehamilan sebelumnya berlangsung aterm dengan persalinan spontan yang ditolong oleh bidan, tanpa komplikasi, dan bayi perempuan lahir dengan berat badan 2750 gram serta proses menyusui berjalan baik. Pada kehamilan kali ini, ibu memeriksakan kehamilan di Puskesmas dan PMB dengan jumlah kunjungan sebanyak 2 kali pada trimester I, 5 kali pada trimester II, dan 12 kali pada trimester III. Ibu belum pernah menggunakan alat kontrasepsi sebelumnya.

Ibu tidak memiliki riwayat penyakit sistemik seperti jantung, asma, hipertensi, diabetes, TBC, hepatitis, IMS, atau HIV/AIDS, baik secara

pribadi maupun dalam riwayat keluarga. Tidak ada riwayat kehamilan kembar dalam garis keturunan. Selama kehamilan ini, ibu tidak mengalami perdarahan pervaginam, pengeluaran lendir darah, maupun keluhan lain yang menunjukkan adanya komplikasi menjelang persalinan. Gerakan janin dirasakan aktif dan tidak ada keluhan yang menunjukkan penurunan kesejahteraan janin. Dari hasil pengkajian tersebut, ibu dalam kondisi yang stabil, kooperatif, dan bersedia menjalani tindakan sectio caesarea atas anjuran dokter. Tindakan ini direncanakan untuk dilaksanakan pada hari yang sama.

Pada tanggal 29 Maret 2025, dilakukan pengkajian lanjutan terhadap Ny. L melalui komunikasi daring via WhatsApp dan wawancara. Ibu menyampaikan bahwa Ny. L telah menjalani tindakan operasi sectio caesarea pada tanggal 28 Maret 2025. Ibu masuk ke RS Rizki Amalia pada pukul 09.00 WIB dan dibawa ke ruang operasi pada pukul 18.30 WIB. Operasi berlangsung selama kurang lebih 75 menit dan bayi lahir pada pukul 19.45 WIB. Ibu keluar dari ruang operasi sekitar pukul 21.30 WIB.

Bayi yang dilahirkan berjenis kelamin perempuan, menangis kuat saat lahir, dengan usia gestasi cukup bulan. Ibu menyatakan bahwa tidak ada kendala berarti selama operasi dan semua prosedur berjalan dengan lancar. Bayi memiliki berat badan lahir 2205 gram dan panjang badan 44 cm. Bayi langsung dirawat gabung bersama ibu dan dapat segera disusui. Ibu merasa senang karena dapat menyusui dan merawat bayinya secara langsung.

Setelah operasi, ibu dirawat inap dan menyatakan bahwa kondisi tubuhnya cukup baik. Ny. Ltidak mengalami keluhan serius, tidak demam, dan nyeri pada luka operasi masih dalam batas wajar. Ibu juga telah mulai bisa bergerak dengan bantuan dan bayi menunjukkan aktivitas menyusu yang baik. Selain itu, ibu juga mendapatkan pemasangan alat kontrasepsi IUD sekitar 5 menit setelah pengeluaran plasenta. Ibu merasa nyaman dengan pelayanan rumah sakit dan telah mendapatkan edukasi menyeluruh terkait menyusui, perawatan luka operasi, serta perawatan bayi baru lahir.

3. Bayi Baru Lahir

Pengkajian pertana bayi Ny. L tanggal 29 Maret 2025. Bayi lahir pada tanggal 28 Maret 2025 pukul 18.45 WIB melalui tindakan operasi *sectio cesarea* (SC) yang dilakukan oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi di RS Rizki Amalia. Jenis kelamin bayi adalah perempuan. Ibu menyampaikan bahwa bayinya lahir dalam keadaan menangis kuat, segera menangis setelah dilahirkan, dan tidak memerlukan tindakan resusitasi. Skor APGAR bayi adalah 7 pada menit pertama, 8 pada menit kelima, dan 9 pada menit kesepuluh. Hasil pemeriksaan awal menunjukkan bahwa bayi dalam keadaan normal, tidak terdapat kelainan maupun cacat bawaan.

Berat badan lahir bayi tercatat sebesar 2205 gram, dengan panjang badan 44 cm, lingkar kepala 32 cm, lingkar dada 30 cm, lingkar perut 26 cm, dan lingkar lengan atas (LiLA) 9,5 cm. Ibu menyampaikan bahwa selama perawatan di rumah sakit, bayi telah mendapat perawatan sesuai standar, antara lain pemberian salep mata, suntikan vitamin K1 sebanyak 1 mg intramuskular pada paha kiri, serta imunisasi hepatitis B dosis nol (Hb0). Bayi juga langsung dirawat gabung karena kondisinya stabil dan sudah mampu menyusu dengan baik. Ibu merasa bersyukur dan bahagia karena dapat segera menyusui bayinya sejak awal. Ny. Lmenyebutkan bahwa dokter menginformasikan tali plasenta yang kecil dan pendek menjadi penyebab utama rendahnya berat badan bayi saat lahir. Namun demikian, ibu bersyukur karena bayinya dalam kondisi sehat dan tidak menunjukkan tanda kelainan.

Selama masa kehamilan, ibu rutin melakukan kunjungan antenatal care (ANC) sebanyak 19 kali di bidan, puskesmas, dan rumah sakit. Kehamilan berlangsung selama 39 minggu 3 hari dengan kenaikan berat badan ibu sebesar 10 kg. Ibu tidak mengalami komplikasi selama kehamilan, hanya mengeluhkan mual, pegal, dan sering buang air kecil. Ibu tidak mengonsumsi jamu dan hanya meminum vitamin dari bidan. Tidak ada riwayat penyakit, dan ibu tidak merokok, meskipun suaminya merokok. Persalinan dilakukan secara elektif dengan indikasi

malpresentasi janin (posisi sungsang) dan berlangsung selama 70 menit. Baik ibu maupun bayi tidak mengalami komplikasi selama proses kelahiran.

Pada pengkajian tanggal 2 April 2025, ibu menyampaikan bahwa bayinya dalam keadaan sehat dan tidak ada keluhan yang dirasakan. Bayi tampak aktif, menyusu dengan baik dan kuat, serta memiliki frekuensi buang air besar dan kecil yang normal. Tali pusat bayi sudah kering dan tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, atau bau. Hasil pemeriksaan sebelumnya oleh tenaga kesehatan menyatakan kulit dan mata bayi tampak normal, tidak ikterik. Berat badan bayi saat ini adalah 2250 gram dengan suhu tubuh 36,7°C. Ibu juga menyampaikan bahwa bayi telah menjalani skrining hipotiroid kongenital (SHK) saat masih di rumah sakit. Pada kesempatan ini, ibu mendapat konseling mengenai pentingnya ASI eksklusif, tanda bahaya pada bayi, kebersihan tali pusat, dan pentingnya kunjungan neonatal berikutnya.

Pada kunjungan selanjutnya tanggal 04 April 2025, ibu kembali menyampaikan bahwa bayinya dalam keadaan sehat. Bayi menyusu kuat dan sering, dengan frekuensi buang air besar dan kecil yang normal setiap hari. Tali pusat telah puput dua hari yang lalu dan area pusar tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi. Ibu tampak tenang dan merasa bayinya berkembang baik karena aktif saat bangun dan menangis kuat jika lapar atau saat diganti popok. Meski sempat bingung apakah bayinya cukup mendapatkan ASI karena sering menyusu, ibu tetap semangat menyusui dan belum memberikan tambahan makanan atau susu formula. Seluruh perawatan dilakukan dengan ASI langsung dari payudara tanpa botol atau dot.

Pemeriksaan fisik menunjukkan berat badan bayi mencapai 2300 gram, panjang badan sekitar 46 cm, suhu tubuh 36,5°C, dan keadaan umum bayi baik. Kulit tampak merata, tidak pucat, tidak ikterik, dan tidak sianosis. Pemeriksaan sistemik lainnya menunjukkan kondisi dalam batas normal, termasuk refleks bayi yang baik. Tanda bahaya tidak ditemukan.

Pada kunjungan ini, tenaga kesehatan memberikan edukasi menyeluruh mengenai hasil pemeriksaan, penjelasan kondisi bayi BBLR, pentingnya ASI eksklusif, perawatan tali pusat, kebersihan tangan, stimulasi dini, pengenaan pakaian hangat, tanda bahaya pada bayi, serta jadwal kunjungan ulang. Ibu menunjukkan respons yang sangat baik, antusias, dan mampu mengulang kembali informasi yang diberikan. Memberikan KIE kepada suami Ny. L tentang bahaya merokok di dekat bayi.. Ny. L merasa lebih percaya diri merawat bayinya dan menunjukkan praktik perawatan yang tepat di rumah.

Kunjungan selanjutnya pada tanggl 09 April 2025 dilakukan di rumah. Ibu mengatakan bahwa bayinya dalam keadaan baik dan tidak ada keluhan. Terakhir kali bayi ditimbang pada 8 April 2025, dengan berat badan 2400 gram. Hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa bayi dalam kondisi umum baik, dengan nadi 136 kali/menit, respirasi 44 kali/menit, suhu tubuh 36,7°C, serta refleks hisap yang positif. Warna kulit bayi tampak kemerahan sehat, dan tali pusat sudah lepas.

Tenaga kesehatan memberikan penjelasan mengenai hasil pemeriksaan yang berada dalam batas normal dan memberikan apresiasi atas peningkatan berat badan bayi. Ibu merasa senang mendengarnya. Edukasi juga diberikan mengenai cara menjaga suhu tubuh bayi, pentingnya ASI eksklusif, serta teknik memerah dan menyimpan ASI. Ibu telah mempraktikkan beberapa anjuran seperti membedong bayi, mengenakan topi, serta menyusui lebih dari 8 kali sehari tanpa tambahan apapun. Ny. Lmenyebut bayinya tampak puas setelah menyusu dan belum pernah menggunakan dot atau botol.

4. Nifas

Ny. L adalah seorang ibu berusia 26 tahun, P2AB0AH2, yang baru saja melahirkan anak keduanya melalui operasi *sectio cesarea* pada tanggal 28 Maret 2025 pukul 18.45 WIB di RS Rizki Amalia. Kehamilannya mencapai usia 39 minggu 3 hari dengan proses persalinan yang berjalan lancar tanpa komplikasi intraoperatif. Bayi perempuan lahir

dengan berat badan 2205 gram dan panjang badan 44 cm, nilai APGAR 7–8–9, tanpa kelainan bawaan, dan menjalani rawat gabung dengan ibunya.

Pada kunjungan hari pertama masa nifas, Ny. L mengungkapkan rasa syukur dan bahagia atas kelahiran bayinya. Ny. Lmerasa sedikit lemas namun tetap sadar penuh (*compos mentis*). Tanda vital menunjukkan tekanan darah 90/65 mmHg, nadi 98 x/menit, respirasi 24 x/menit, suhu 36,4°C. ASI sudah keluar, payudara tampak menonjol, dan ibu sudah mulai menyusui. Fundus uteri teraba dua jari di atas simfisis pubis dengan kontraksi baik.

Ditemukan adanya perdarahan aktif pascaoperasi dengan jumlah perdarahan ±700 ml dan underpad penuh sebanyak 3 kali dalam 12 jam. Pemeriksaan hemoglobin menunjukkan Hb 8 g/dL. Karena kondisi ini, ibu mendapat transfusi darah sebanyak 3 kolf. Setelah transfusi, ibu merasa lebih bertenaga dan stabil.

KIE hari pertama diberikan olh petugas rumah sakit meliputi perawatan luka operasi, menjaga kebersihan alat genital, pemenuhan nutrisi tinggi protein, teknik menyusui yang benar, serta pentingnya istirahat. Ibu tampak kooperatif, memahami materi, dan menunjukkan motivasi untuk menjalani pemulihan.

Pada kunjungan kedua masa nifas dilakukan di rumah Ny. L, ibu menyatakan telah merasa pulih dan mampu melakukan aktivitas ringan di rumah. Ibu masih merasakan nyeri ringan di sekitar luka operasi, terutama saat bergerak, tetapi tidak mengganggu aktivitas harian. Tidak terdapat keluhan seperti demam, menggigil, ataupun nyeri hebat dari area luka.

Pemeriksaan objektif menunjukkan tanda vital dalam batas normal (TD 120/80 mmHg, N 80 x/menit, RR 21 x/menit, suhu 36°C). Keadaan umum ibu baik, kesadaran *compos mentis*. ASI lancar, tidak ada bendungan atau lecet pada puting. Fundus uteri berada di pertengahan antara pusat dan simfisis. Luka SC dalam proses penyembuhan tanpa tanda infeksi, perban masih terpasang. Lochia masih keluar dalam bentuk sanguinolenta dengan jumlah sedang, ibu mengganti pembalut 3 kali per

hari. Tidak ditemukan edema, varises, atau keluhan pada perineum. Ibu tampak tenang, bonding dengan bayi baik, dan memiliki sikap spiritual positif dengan mengucap syukur.

Pada kunjungan ini, ibu diberikan edukasi tentang aktivitas ringan, istirahat, perawatan luka SC, konsumsi tablet Fe dan makanan bergizi, serta pentingnya hidrasi dan menyusui yang optimal. Evaluasi menunjukkan ibu telah menjalankan sebagian besar anjuran dengan baik.

Pada kunjungan ketiga, ibu tampak dalam kondisi yang semakin stabil. Ny. L mengatakan nyeri luka operasi semakin berkurang dan sudah bisa beraktivitas lebih bebas di rumah, termasuk merawat bayinya sendiri. Ibu tidak mengeluhkan demam, perdarahan berlebih, ataupun gangguan pada luka. Ny. Ljuga menyebutkan ASI tetap lancar dan bayinya menyusu dengan baik.

Secara objektif, tanda vital tetap dalam batas normal, luka SC kering, tidak ada tanda infeksi, dan fundus uteri tidak lagi teraba (menandakan involusi berlangsung baik). Lochia tampak serosa dengan jumlah minimal. Ibu tampak percaya diri, nyaman dalam menyusui, dan menunjukkan hubungan emosional yang kuat dengan bayinya.

Pada kunjungan ini, KIE difokuskan pada konsistensi perawatan diri dan pemantauan tanda bahaya nifas, dorongan untuk melanjutkan pemberian ASI eksklusif, dan rencana penggunaan kontrasepsi pascanifas. Ibu mengatakan siap menggunakan IUD seperti pengalaman sebelumnya dan akan berkonsultasi lebih lanjut saat kontrol berikutnya. Dukungan suami dan keluarga masih kuat, dan ibu merasa terbantu dalam pemulihannya.

5. KB

Pada hari Kamis, tanggal 9 April 2025, dilakukan kunjungan asuhan kebidanan kepada Ny. L, usia 26 tahun, seorang ibu rumah tangga yang berdomisili di Pleret II, Pleret, Panjatan. Ny. L telah menikah selama 3,5 tahun dengan Tn. A (25 tahun), seorang buruh. Dalam pernikahan ini, mereka telah dikaruniai dua orang anak perempuan. Persalinan pertama

berlangsung secara spontan pada tahun 2023 tanpa komplikasi, dan persalinan kedua dilakukan secara sectio caesarea pada tahun 2025 di RS Rizki Amalia juga tanpa komplikasi, dengan berat bayi lahir 2205 gram.

Ny. L merupakan akseptor KB aktif yang telah merencanakan penggunaan kontrasepsi sejak masa kehamilan kedua. Ny. Lmemilih metode kontrasepsi IUD (Intrauterine Device) yang dipasang pada tanggal 28 Maret 2025, segera setelah proses persalinan secara SC. Pemilihan KB IUD ini berdasarkan keinginannya untuk menjaga jarak kehamilan dan mendapat dukungan penuh dari suaminya. Ibu mengatakan tidak mengalami keluhan apa pun pascapemasangan, dan telah diberitahu oleh dokter bahwa kontrol pertama dijadwalkan enam bulan setelah pemasangan, kemudian dilanjutkan rutin setiap enam bulan atau sewaktu-waktu jika terdapat keluhan.

Dalam wawancara subjektif, diketahui bahwa ibu memiliki riwayat menstruasi yang teratur sejak menarche pada usia 14 tahun, dengan siklus 28 hari, lama haid 6 hari, dan jumlah darah menstruasi sekitar 3–4 kali ganti pembalut per hari. Tidak ada keluhan dysmenorrhea maupun fluor albus. Riwayat kesehatan ibu dan keluarganya secara umum baik, tanpa adanya penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes, TBC, maupun penyakit ginekologis seperti kista atau miom.

Ibu menjalankan pola hidup sehat dengan pola makan tiga kali sehari yang terdiri dari nasi, lauk, dan sayur serta mengonsumsi air putih 8–10 kali sehari. Pola eliminasi dan aktivitas sehari-hari juga baik, termasuk kebiasaan menjaga kebersihan diri. Ibu belum melakukan hubungan suami istri sejak melahirkan karena masih dalam masa pemulihan. Secara psikososial, ibu memahami fungsi kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan, serta mengetahui cara kerja dan durasi penggunaan IUD yang digunakan saat ini.

Pemeriksaan fisik menunjukkan kondisi umum ibu dalam keadaan baik, dengan kesadaran kompos mentis, emosi stabil, tanda vital dalam batas normal (TD 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36,0°C, RR

20x/menit), dan hasil pemeriksaan lainnya normal tanpa adanya kelainan. Pemeriksaan dalam dan penunjang tidak dilakukan pada kunjungan ini karena tidak ada indikasi keluhan.

Dari hasil pengkajian, dapat disimpulkan bahwa Ny. L adalah akseptor KB IUD pasca salin yang tidak mengalami efek samping atau komplikasi. Penatalaksanaan dilakukan dengan pendekatan promosi kesehatan melalui konseling dan edukasi menyeluruh. Bidan memberikan KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi) tentang pentingnya kontrol rutin, pemeriksaan benang IUD secara mandiri, kemungkinan efek samping IUD seperti nyeri haid atau perdarahan lebih banyak, serta tanda bahaya yang harus diwaspadai. Selain itu, diberikan edukasi tentang hubungan seksual pascanifas, pentingnya asupan nutrisi untuk mencegah anemia, dan cara menjaga kebersihan organ reproduksi.

Ibu menunjukkan pemahaman yang baik terhadap informasi yang diberikan, mampu mengulangi kembali langkah-langkah pemeriksaan benang IUD secara mandiri, serta menyatakan kesiapan untuk melakukan kontrol ulang sesuai jadwal. Ibu juga merasa tenang dan puas karena mengetahui bahwa kondisi kesehatannya saat ini baik, serta telah mendapat informasi terkait penggunaan KB IUD pasca salin.

B. Kajian Teori

1. Asuhan Bekelanjutan (*Continuity of Care*)

Continuity of care merupakan suatu konsep yang menekankan pentingnya kesinambungan dalam pemberian pelayanan kesehatan sejak hamil hingga pasca melahirkan, dengan tujuan untuk meningkatkan kemandirian keluarga dalam mencegah komplikasi kehamilan.[7] Kemenkes RI menyatakan bahwa Asuhan Kebidadan Berkelanjutan terdiri dari Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual diselenggarakan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara

menyeluruh terpadu dan berkesinambungan. *Continuity of care* yang dilakukan oleh bidan pada umumnya berorientasi untuk meningkatkan kesinambungan pelayanan dalam suatu periode.

Continuity of care memiliki 3 jenis pelayanan yaitu manajemen, informasi dan hubungan. Kesinambungan manajemen melibatkan komunikasi antar perempuan dan bidan. Kesinambungan informasi menyangkut ketersediaan waktu yang relevan. Kedua hal tersebut penting untuk mengatur dan memberikan pelayanan kebidanan.[8] 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 jumah persalinan normal dibandingkan dengan perempuan yang merencanakan persalinan dengan tindakan. Hasil yang signifikan secara continuity of care secara women center meliputi dukungan, partisipasi daam pengambilan keputusan, perhatian terhadap psikologis, kebutuhan dan harapan pada saat akan melahirkan, informasi dan menghargai perempuan.[9]

2. Kehamilan

a. Definisi

Kehamilan adalah kondisi tertanamnya hasil konsepsi yang terletak di rahim atau di bagian tubuh lainnya. Kehamilan berakhir melalui aborsi atau persalinan spontan atau elektif. Selama masa ini, tubuh ibu mengalami perubahan besar yang melibatkan semua sistem organ untuk mendukung pertumbuhan janin. Semua penyedia layanan

kesehatan harus menyadari perubahan yang terjadi selama kehamilan agar dapat memberikan perawatan terbaik bagi ibu dan janin.[10]

Kehamilan biasanya berlangsung sekitar 40 minggu, atau lebih dari 9 bulan, dihitung dari periode menstruasi terakhir hingga melahirkan. Penyedia layanan kesehatan merujuk pada tiga segmen kehamilan, yang disebut trimester. Trimester pertama dimulai sejak terjadinya pembuahan, ketika sel sperma membuahi sel telur dan membentuk zigot yang kemudian menempel pada dinding rahim dan berkembang menjadi janin serta plasenta. Memasuki trimester kedua, janin mengalami pertumbuhan yang signifikan, ditandai dengan mulai terbentuknya ciri fisik seperti sidik jari, gerakan janin yang mulai terasa oleh ibu, serta peningkatan kelangsungan hidup bila terjadi kelahiran prematur di akhir fase ini. Pada trimester ketiga, organ-organ vital seperti paru-paru, otak, dan hati terus menyempurna, dan kelahiran pada usia 39 hingga 40 minggu dianggap paling ideal karena memberikan peluang terbaik bagi bayi untuk lahir dalam kondisi sehat dan optimal.[11]

b. Perubahan anatomi dan fisiologis

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

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

Tabel 1. TFU Sesuai Usia Kehamilan

Tinggi Fundus Uteri	Usia Kehamilan
1/3 di atas simfisis	12 minggu
½ di atas simfisis – pusat	16 minggu
2/3 di atas simfisis	20 minggu
Setinggi pusat	22 minggu
1/3 di atas pusat	28 minggu
½ pusat –prosesus xifoideus	34 minggu
Setinggi prosesus xifoideus	36 minggu
Dua jari di bawah prosesus Xifoideus	40 minggu

Dalam memantau tumbuh kembang janin dengan mengukur Tinggu Fundus Uteri (TFU) dalam satuan sentimeter (cm) dengan alat pengukur metlin bahwa TFU sama dengan ±2 cm dari usia kehamilan saat itu.[12]

b) Vagina dan Vulva

Akibat peningkatan hormon estrogen, vagina dan vulva mengalami hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva berwarna tampak lebih cerah, agak kebiruan (livide).[12]

2) Mammae

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

3) Sistem Muskuloskletal

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

4) Trakus Urinaria

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

5) Sistem Metabolisme

Selama kehamilan, plasenta menghasilkan hormon laktogen plasenta manusia (hPL) yang berperan dalam menyediakan nutrisi bagi janin, meningkatkan pemecahan lemak untuk energi ibu, serta menurunkan sensitivitas insulin sehingga menciptakan kondisi diabetogenik ringan. Kadar kolesterol dan trigliserida meningkat, terutama kolesterol LDL dan trigliserida, yang penting untuk produksi hormon plasenta dan penyediaan energi, sedangkan kolesterol HDL naik pada awal kehamilan dan menurun di

trimester akhir. Selain itu, kebutuhan nutrisi ibu juga meningkat, termasuk protein, zat besi, kalsium, dan vitamin, dengan penyerapan kalsium usus yang meningkat untuk memenuhi kebutuhan janin tanpa mengganggu kadar kalsium dalam darah ibu.[13]

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

Tabel 2. Rekomendasi Penambahan Berat Badan Selama Kehamilan[15]

Kategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	< 18,5	12,5 – 18
Normal	18,5 – 24,9	11,5 – 16
Tinggi	25,0 – 29,9	7 – 11,5
Obesitas	≥ 30	5 – 9
Gemelli		16 – 20,5

6) Sistem Integumen

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

c. Faktor Risiko

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

1) Pengertian faktor risiko

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

2) Kelompok faktor risiko

Faktor risiko pada ibu hamil dikelompokkan dalam 3 kelompok, berdasarkan kapan ditemukannya, cara pengenalan dan sifat/tingkat risikonya. Kelompok faktor risiko dikelompokkan sebagai berikut:[17]

a) Kelompok I

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

Tabel 3. Faktor Risiko yang Terdapat dalam Kelompok I[17]

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

		c. Pernah diinfus/transfusi pada perdarahan pasca persalinan
10	Pernah Operasi Sesar	Pernah melahirkan bayi dengan operasi sesar sebelum kehamilan ini

b) Kelompok II

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

Tabel 4. Faktor Risiko yang Terdapat dalam Kelompok II[17]

No	Faktor Risiko (FR II)	Batasan Kondisi Ibu
1	Penyakit ibu hamil	
	Anemia	Pucat, lemas badan, lekas, berkunang-kunang, lelah, lesu, mata
	Malaria	Panas tinggi, mengigil keluar keringat, sakit kepala
	Tuberkulosa paru	Batuk lama tidak sembuh-sembuh, batuk darah, badan lemah, lesu dan kurus
	Payah jantung	Sesak nafas, jantung berdebar-debar, kaki bangkak
	Kencing manis	Diketahui diagnosa dokter denga pemeriksaan laboratorium
	PMS, dll	Diketahui diagnosa dokter denga pemeriksaan laboratorium
2	Preeklamsia ringan	Bengkak tungkai dan tekanan darah tinggi
3	Hamil kembar/gemeli	Perut ibu sangat besar, gerak anak terasa dibanyak tempat

4	Hamil kembar air/Hidramnion	Perut ibu sangat membesar, gerak anak kurang terasa karena air ketuban terlalu banyak, biasanyaanak kecil
5	Hamil lebih bulan/hamil serotinus	Ibu hamil 9 bulan dan lebih 2 minggu belum melahirkan
6	Janin mati di dalam rahim	Ibu hamil tidak merasakan gerakan anak lagi, perut mengecil
7	Presentasi sungsang	Rasa berat menunjukan letak dari kepala janin di atas perut; kepala bayi ada di atas dalam rahim
8	Latak lintang	Rasa berat menunjukkan letak kepala janin di samping perut; kepala bayi dalam rahim terletak di sebelahh kanan atau kiri.

c) Kelompok III

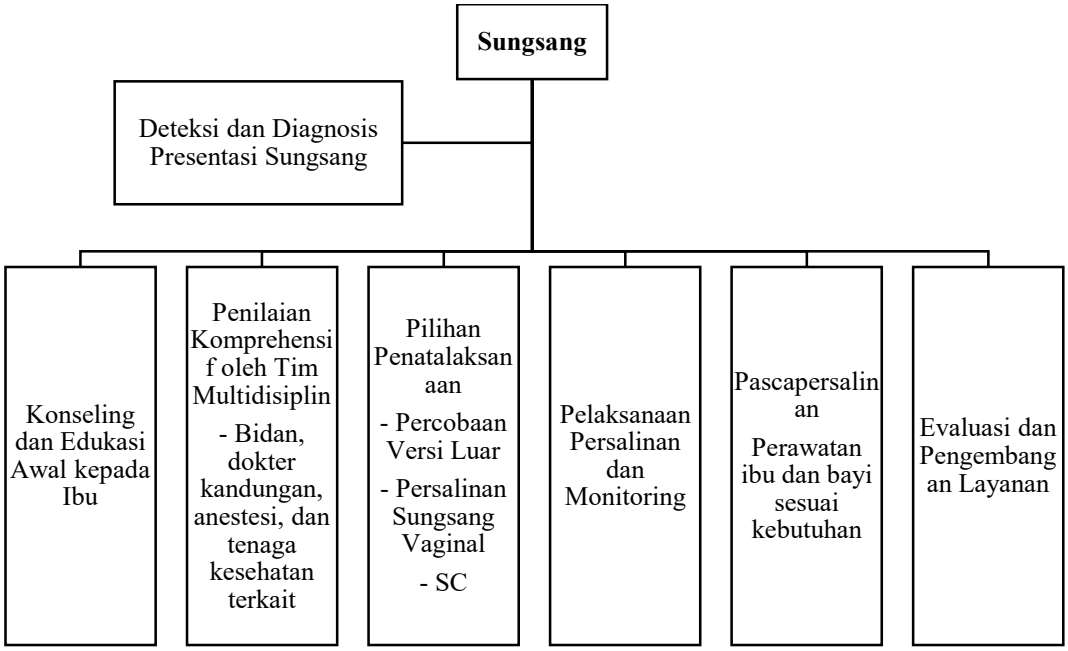
Ada Gawat Darurat Obstetrik AGDO, ada 2 fakor risiko, ada ancaman nyawa ibu dan bayi.

Tabel 5. Faktor Risiko yang Terdapat dalam Kelompok III[17]

No	Faktor Risiko (FR II)	Batasan Kondisi Ibu
1	Perdarahan sebelum bayi lahir	Mengelurkan darah pada waktu hamil, sebelum melahirkan bayi
2	Pereklampsia berat	Pada hamil 6 bulan lebih; sakit kepala/pusing, bengkak tungkai/wajah, tekanan darah tinggi,

		pemeriksaan urine ada albumin
3	Eklampsia	Ditambah dengan terjadi kejang-kejang

d. Phatway Sungsang



3. Persalinan

a. Definisi

Definisi persalinan normal menurut WHO adalah persalinan yang dimulai secara spontan, berisiko rendah pada awal persalinan, dan tetap demikian selama proses persalinan. Bayi dilahirkan secara spontan dalam presentasi belakang kepala pada usia kehamilan antara 37 minggu sampai dengan 24 minggu lengkap. Setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam kondisi sehat.[18]

Definisi persalinan menurun Helen Varney (2001) adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan aterem (bukan Prematur atau postmatur), mempunyai onset yang spontan (tidak diinduksi), tidak lebih dari 24 jam sejak saat awitanya (bukan partus presipitatus atau partus lama), mempunyai janin (tunggal) dengan presentasi vertex (puncak kepala) dan oksiput pada bagian anterior pelvis, terlaksana

tanpa bantuan artificial (seperti Forceps), tidak mencakup komplikasi (seperti perdarahan hebat), dan mencakup kelahiran plasenta yang normal.[18]

Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir kemudian berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau bukan jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) kemudian berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum masuk tahap inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks.[18]

b. Macam-Macam Persalinan

Berdasarkan caranya persalinan dapat dibedakan menjadi dua, yaitu:

1) Persalinan Normal

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

2) Persalinan Abnormal

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

Berdasarkan proses berlangsungnya persalinan dapat dibedakan menjadi tiga, yaitu:

1) Persalinan Spontan

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

2) Persalinan Buatan

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

3) Persalinan Anjuran

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

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

1) Abortus

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

2) Immaturus

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

3) Prematurus

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

4) Aterem

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

5) Serotinus/Postmatur

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

6) Presipitatus

Persalinan berlangsung kurang dari 3 jam.

c. Sebab-Sebab Terjadinya Persalinan

1) Teori Penurunan Kadar Hormon Progesteron

Hormon progesteron merupakan hormon yang mengakibatkan relaksasi pada otot-otot rahim, sedangkan hormon estrogen meningkatkan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan, terdapat keseimbangan antara progesterone dan estrogen di dalam darah. Progesteron menghambat kontraksi selama kehamilan sehingga mencegah ekspulsi fetus. [18]

Sebaliknya, estrogen mempunyai kecenderungan meningkatkan derajat kontraktilitas uterus. Baik progesteron maupun estrogen disekresikan dalam jumlah yang secara progresif makin bertambah selama kehamilan. Namun saat kehamilan mulai masuk usia 7 bulan dan seterusnya, sekresi estrogen terus meningkat, sedangkan sekresi progesterone tetap konstan atau mungkin sedikit menurun sehingga terjadi kontraksi brakton hicks saat akhir kehamilan yang selanjutnya bertindak sebagai kontraksi persalinan. [18]

2) Teori Oksitosin

Menjelang persalinan terjadi peningkatan reseptor okstosin dalam otot rahim sehingga mudah terangsang saat disuntikkan oksitosin dan menimbulkan kontraksi, diduga bahwa oksitosin dapat menimbulkan pembentukan prostaglandin dan persalinan dapat berlangsung. [18]

3) Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh deciduas menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi, baik dalam air ketuban maupun darah perifer ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan.[18]

4) Teori Plasenta Menjadi Tua

Plasenta yang menjadi tua seiring bertambahnya usia kehamilan menyebabkan kadar estrogen dan progesteron turun. Hal ini

juga mengakibatkan kejang pada pembuluh darah sehingga akan menimbulkan kontraksi. [18]

5) Distensi Rahim

Seperti halnya kandung kemih yang bila dindingnya meregang karena isinya, demikian pula dengan rahim. Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan maka otot-otot rahim akan semakin meregang. Rahim yang membesar dan meregang menyebabkan iskemi otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenter kemudian timbullah kontraksi. [18]

6) Teori Iritasi Mekanik

Dibelakang serviks terletak ganglion servikale (Fleksus Franker Hauser). Bila ganglion ini digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin maka akan timbul kontraksi. [18]

7) Pengaruh Janin

Hypofise dan kelenjar suprarenal janin juga memegang peranan dalam terjadinya persalinan pada janin anancepalus kehamilan lebih lama dari biasanya. [18]

d. Tahapan-Tahapan Persalinan

1) Kala l

Kala I disebut juga dengan kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0 sampai dengan pembukaan lengkap (10 cm). Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga pasien mash dapat berjalan-jalan.[18] Proses pembukaan serviks sebagai akibat his dibedakan menjadi dua fase, yaitu:

a) Fase Laten

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

b) Fase Aktif

(1) Fase Akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

(2) Fase Dilatasi Maksimal

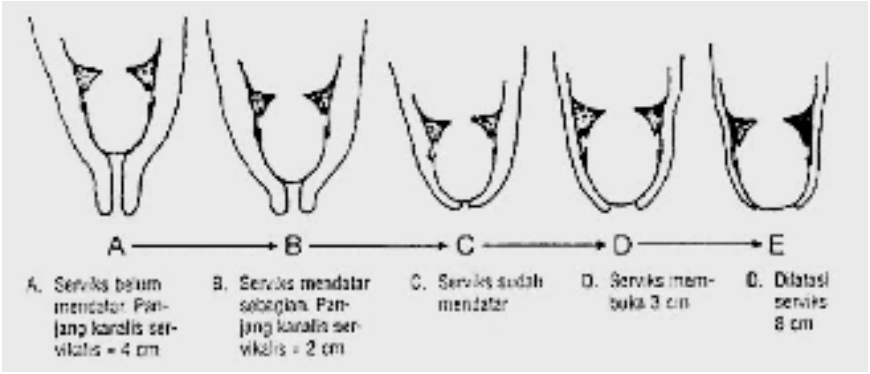
Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm sampai dengan 9 cm.

(3) Fase Dilatasi

Pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan berubah menjadi pembukaan lengkap. Di dalam fase aktif ini, frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap, biasanya terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih. Biasanya dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi kecepatan rata-rata yaitu 1 cm per jam untuk primigravida dan 2 cm untuk multigravida. Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida begitu pula pada multigravida, tetapi pada fase laten, fase aktif, dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Mekanisme pembukaan serviks berbeda antara primi atau multigravida.[18]

Pada primigravida, OUl membuka lebih dulu sehingga serviks akan mendatar dan menipis, baru kemudian OUE membuka, pada multigravida OUl dan OUE akan mengalami penipisan dan pendataran yang bersamaan. Kala I selesai apabila pembukaan serviks sudah lengkap. Pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 12 jam, sedangkan pada multigravida kira - kira 7 jam.[18]

Gambar 1. Dilatasi Serviks



Gambar 2. Mekanisme Pembukaan Serviks

2) Kala II

Kala II disebut juga dengan kala pengeluaran, kala ini dimulai dari pembukaan lengkap (10cm) sampai bayi lahir.[18] Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida, gejala utama dari kala Il adalah:

a) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50 sampai 100 detik.

b) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.

c) Ketuban pecah pada pembukaan merupakan pendeteksi lengkap diikuti keinginan mengejan karena fleksus frankenhauser tertekan.

d) Kedua kekuatan, his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga kepala bayi membuka pintu, suboccipu bertindak sebagai hipomoglion berturut-turut lahir dari dahi, muka, dagu yang melewati perineum.

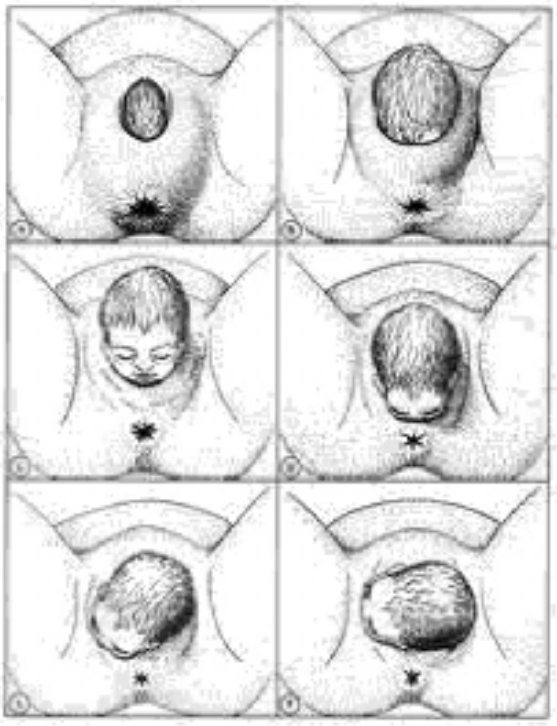
e) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.

f) Setelah putar paksi luar berlangsung maka persalinan bayi ditolong dengan jalan:

(1) Kepala dipegang pada ocsiput dan di bawah dagu, ditarik curam ke bawah untuk melahirkan bahu belakang.

(2) Setelah kedua bahu lahir, ketiak diikat untuk melahirkan sisa badan bayi.

(3) Bayi kemudian lahir diikuti oleh air ketuban.



Gambar 2. Kala II Persalinan

3) Kala III

Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Melalui kelahiran bayi, plasenta sudah mulai telepas pada lapisan Nitabisch karena sifat retraksi otot rahim. Dimulai segera setelah bayi lahir sampai plasenta lahir, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, jika lebih maka harus diberi penanganan lebih atau dirujuk.[18] Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda:

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

Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara crede pada fundus uteri. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir. Lepasnya plasenta secara

Schultze, biasanya tidak ada pendarahan sebelum plasenta lahir dan banyak mengelarkan darah setelah plasenta lahir, sedangkan cara Duncan yaitu plasenta lepas dari pinggir, biasanya darah mengalir keluar antara selaput ketuban.[18]

4) Kala IV

Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena pendarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah:

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

e. Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya. Hal ini dilakukan melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap, serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal.[18]

Fokus utama asuhan persalinan normal telah mengalami pergeseran paradigma. Dahulu fokus utamanya adalah menunggu dan menangani komplikasi, namun sekarang fokus utamanya adalah mencegah terjadinya komplikasi selama persalinan dan setelah bayi lahir. Fokus tersebut adalah untuk mengurangi kesakitan dan kematian ibu serta bayi baru lahir.[18]

Perubahan paradigma ini diakui dapat membawa perbaikan kesehatan ibu di Indonesia. Penyesuaian tersebut sangat penting dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir karena sebagian besar persalinan di Indonesia mash terjadi pada tingkat primer yang tingkat keterampilan dan pengetahuannya

belum memadai. Deteksi dini dan pencegahan komplikasi dapat dimanfaatkan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir. Jika semua tenaga penolong persalinan dilatih agar mampu mencegah atau mendeteksi dini komplikasi yang mungkin terjadi, menerapkan asuhan persalinan secara tepat guna dan waktu, baik sebelum atau sesaat masalah terjadi, serta segera melakukan rujukan saat kondisi ibu mash optimal maka para ibu dan bayi baru lahir akan terhindar dari ancaman kesakitan dan kematian. Selain hal tersebut, tujuan lain dari asuhan persalinan antara lain:

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

f. Tanda - Tanda Persalinan

1) Tanda bahwa persalinan sudah dekat

    b) Lightening

        Menjelang minggu ke-36, tanda pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh kontraksi Barkton Hiks, ketegangan dinding perut, ketegangan

ligamentum rotundum, dan gaya berat janin di mana kepala ke arah bawah. Masuknya bayi ke pintu atas panggul menyebabkan ibu merasakan:[18]

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

c) Terjadinya his permulaan

Makin tua kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesterone juga makin berkurang sehingga produksi oksitosin meningkat, dengan demikian dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering. His permulaan ini lebih sering distilahkan sebagai his palsu. Sifat his palsu, antara lain:[18]

(1) Rasa nyeri ringan di bagian bawah.
(2) Datangnya tidak teratur.
(3) Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan.
(4) Durasinya pendek.
(5) Tidak bertambah bila beraktivitas.

2) Tanda-tanda timbulnya persalinan

a) Terjadinya his persalinan

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

Kondisi ini juga menyebabkan adanya intensitas kontraksi yang maksimal di antara dua kontraksi, irama teratur dan frekuensi yang kian sering, lama his berkisar 45-60 detik. Pengaruh his dapat menimbulkan dinding menjadi tebal pada korpus uteri, itsmus uterus menjadi teregang dan menipis, kanalis servikalis mengalami effacement dan pembukaan. His persalinan memiliki ciri-ciri sebagai berikut:[18]

(1) Pinggangnya terasa sakit dan menjalar ke depan.
(2) Sifat his teratur, interval semakin pendek, dan kekuatan semakin besar.
(3) Terjadi perubahan pada serviks.
(4) Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan maka
(5) kekuatan hisnya akan bertambah.

b) Keluarnya lendir bercampur darah perbagian (show)

Lendir berasal dari pembukaan, yang menyebabkan lepasnya lendir berasal dari kanalis servikalis. Dengan pengeluaran darah disebabkan robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka.[18]

c) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya

Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun, apabila tidak tercapai maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum atau section caesaria. [18]

d) Dilatasi dan effacement

Dilatasi adalah terbukanya kanalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. Effacement adalah pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang

semula panjangnya 1-2 cm menjadi hilang sama sekali sehingga hanya tinggal ostium yang tipis, seperti kertas. [18]

g. *Sectio Cesaria*

Persalinan sesar adalah prosedur pembedahan yang melibatkan persalinan bayi melalui sayatan perut (laparotomi) dan sayatan rahim (histerotomi). Operasi ini biasanya dilakukan ketika persalinan pervaginam menimbulkan risiko yang lebih besar bagi ibu atau bayi, seperti ketika komplikasi muncul selama persalinan pada persalinan pervaginam yang direncanakan atau ketika suatu kondisi mencegah persalinan pervaginam (seperti obstruksi). Prosedur ini sering dilakukan untuk indikasi seperti distosia persalinan, gawat janin, posisi janin yang tidak normal, komplikasi plasenta, atau riwayat persalinan sesar sebelumnya. Namun, sebagai operasi besar, persalinan sesar memiliki risiko, termasuk infeksi, pendarahan, dan waktu pemulihan yang lebih lama dibandingkan dengan persalinan pervaginam. Terlepas dari potensi risiko ini, persalinan sesar tetap menjadi intervensi yang menyelamatkan nyawa dalam situasi medis tertentu. Keputusan yang dibuat selama persalinan sesar dapat memiliki efek yang bertahan lama pada wanita dan keluarga mereka. Indikasi umum untuk persalinan sesar pertama kali meliputi distosia persalinan, pola denyut jantung janin yang abnormal, malpresentasi, kehamilan ganda, dan dugaan makrosomia janin.[19]

4. Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang berusia 0-28 hari. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram, bayi segera menangis, bergerak aktit kulit kemerahan, mengisap ASI dengan baik, tidak ada cacat bawaan.[20]

Bayi baru lahir merupakan masa transisi dari suatu sistem yang teratur dan sebagian besar tergantung pada organ-organ ibunya, ke suatu sistem yang tergantung kemampuan genetik dan mekanisme homeostatik bayi itu sendiri. Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan oleh paparan atau kontaminasi mikroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Bayi baru lahir harus mendapat ASI dalam waktu satu jam setelah lahir. Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan mencoba segera menyusukan bayi setelah tali pusat diklem dan dipotong.[21]

b. Klasifikasi Neonatus[20]

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

a) Neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
b) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)

c. Penanganan Bayi Baru Lahir

1) Pemotongan Dan Pengikatan Tali Pusat

Setelah penilaian sepintas dan tidak ada tanda asfiksia pada bayi, dilakukan manajemen bayi baru lahir normal dengan mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, kemudian bayi diletakkan di atas dada atau perut ibu. Setelah pemberian oksitosin pada ibu, lakukan pemotongan tali pusat dengan satu tangan melindungi perut bayi.Perawatan tali pusat adalah dengan tidak membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apa pun pada tali pusat. Perawatan rutin untuk tali pusat adalah selalu cuci tangan sebelum memegangnya, menjaga tali pusat tetap kering dan terpapar udara, membersihkan dengan air, menghindari dengan alkohol karena menghambat pelepasan tali pusat, dan melipat popok di bawah umbilicus.[22]

2) Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu 10 untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusu. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusu pertama biasanya berlangsung pada menit ke- 45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusu dari satu payudara.[21]

3) Mempertahankan suhu tubuh bayi

Mekanisme pengaturan temperatur bayi belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak dilkukan pencegahan kehilangan panas maka bayi akan mengalami hipotermia. Hipotermia dapat terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dandiselimuti walaupun berada dalam ruangan yang hangat. Pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi. [21]

4) Pemberian salep mata

Pemberian salep atau tetes mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis (tetrasiklin 1%, oxytetrasiklin 1% atau 11 antibiotika lain). Pemberian salep atau tetes mata harus tepat 1 jam setelah kelahiran. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari 1 jam setelah kelahiran.[21]

5) Penyuntikan Vitamin K1

Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (Phytomenadione) 1 mg intramuskuler di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir. 21

6) Pemberian imunisasi Hepatitis B

Pemberian imunisasi Hepatitis B (HB0) dosis tunggal di paha kanan Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam di paha kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati.[21]

7) Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (BBL)

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi. Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan dianjurkan tetap berada di fasilitas tersebut selama 24 jam karena risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan. Serta dilanjutkan saat kunjungan Stindak lanjut (KN) yaitu 1 kali pada umur 1-3 hari, 1 kali pada umur 4-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari. [21]

8) Pemberian ASI Eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berusia 0-6 bulan dan jika memungkinkan dilanjutkan dengan pemberian ASI dan makanan pendamping sampai usia 2 tahun. Pemberian ASI ekslusif mempunyai dasar hukum yang diatur dalam SK Menkes Nomor 450/Menkes/SK/IV/2004 tentang pemberian ASI Eksklusif pada bayi 0-6 bulan. Setiap bayi mempunyai hak untuk dipenuhi kebutuhan dasarnya seperti Inisiasi Menyusu Dini (IMD), ASI Ekslusif, dan imunisasi serta pengamanan dan perlindungan bayi baru lahir dari upaya penculikan dan perdagangan bayi. [21]

d. Kunjunagan Neonatal

Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya tiga kali yaitu:[23]

1) Kunjungan neonatal I (KN 1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir:
   a) Mempertahankan suhu tubuh bayi
   b) Pemeriksaan fisik bayi
   c) Dilakukan pemeriksaan fisik: telinga, mata, hidung, leher, dada.
   d) Konseling: jaga kehangatan, pemberian Asi sulit, kesulitan bernafas, warna kulit abnormal.
2) Kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari

a) Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering
b) Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, dan diare
c) Memberikan Asi bayi disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam.
d) Menjaga suhu tubuh bayi
e) Menjaga kehangatan bayi
f) Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan Asi eksklusif, pencegahan hipotermi, dan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan buku KIA.
g) Diberitahukan teknik menyusui yang benar

3) Kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8-28 hari

Pelayanan kesehatan diberikan oleh dokter/bidan/perawat, dapat dilaksanakan di Puskesmas atau melalui kunjungan rumah:

a) Pemeriksaan fisik
b) Menjaga kebersihan bayi
c) Memberitahukan ibu tentang tanda-tanda bahaya bayi baru lahir
d) Memberikan Asi minimal 10-15 kali dalam 24 jam
e) Menjaga kehangatan bayi
f) Menjaga suhu tubuh bayi
g) Memberitahu ibu tentang imunisasi BCG.

e. Penanganan *Stunting* pada Bayi

1) Pentingnya Intervensi Nutrisi Ibu Selama Kehamilan

Penelitian menegaskan bahwa keragaman diet ibu selama kehamilan sangat berpengaruh terhadap risiko stunting pada bayi baru lahir. Diet yang tidak terdiversifikasi menyebabkan kekurangan nutrisi penting yang dibutuhkan untuk pertumbuhan janin optimal. Oleh karena itu,

penanganan stunting harus fokus pada edukasi dan pemberian dukungan nutrisi yang memadai kepada ibu hamil agar mendapatkan asupan makanan yang cukup dan bervariasi.

2) Mengatasi Kerawanan Pangan Rumah Tangga

Ketidakamanan pangan di rumah tangga terbukti meningkatkan risiko stunting pada bayi baru lahir. Penanganan stunting perlu memasukkan strategi untuk mengurangi kerawanan pangan, seperti intervensi berbasis komunitas dan kebijakan yang mendukung akses pangan yang aman dan cukup, guna memastikan ibu dan bayi mendapatkan gizi yang optimal.

3) Monitoring dan Evaluasi Status Gizi Ibu dengan MUAC

Indikator lingkar lengan atas tengah (MUAC) ibu yang kurang dari 23 cm berhubungan signifikan dengan stunting bayi. Oleh karena itu, pengukuran MUAC rutin harus dijadikan bagian dari layanan antenatal untuk mengidentifikasi ibu berisiko malnutrisi dan memberikan intervensi gizi khusus sedini mungkin.

4) Perbaikan Jarak Antarkelahiran sebagai Upaya Pencegahan

Interval kelahiran kurang dari 24 bulan meningkatkan risiko stunting pada bayi baru lahir. Penanganan stunting harus mengedepankan edukasi keluarga berencana dan promosi jarak kelahiran yang ideal agar ibu memiliki waktu cukup untuk pemulihan status gizi dan kesehatan sebelum kehamilan berikutnya.

5) Pencegahan Berat Lahir Rendah sebagai Faktor Kunci

Berat lahir rendah merupakan faktor risiko utama stunting karena menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Penanganan stunting harus mencakup pencegahan berat lahir rendah dengan memastikan asupan nutrisi ibu yang

adekuat, pengelolaan kehamilan risiko tinggi, serta pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas.

6) Peran Pendidikan Nutrisi dan Akses Informasi Kesehatan

Dalam konteks urban, akses media massa dan informasi kesehatan memungkinkan ibu mendapatkan pengetahuan yang cukup mengenai nutrisi selama kehamilan. Program penanganan stunting perlu mengoptimalkan penyebaran informasi yang mudah diakses dan pemahaman tentang pentingnya nutrisi ibu dan bayi melalui berbagai media edukasi.

7) Pendekatan Multisektoral untuk Penanganan Stunting

Karena stunting dipengaruhi oleh berbagai faktor mulai dari status gizi ibu, kerawanan pangan, jarak kelahiran, hingga pelayanan kesehatan, penanganannya harus dilakukan secara multisektoral. Kolaborasi antara sektor kesehatan, pertanian, pendidikan, dan sosial sangat penting untuk memastikan intervensi yang efektif dan berkelanjutan.[24]

5. Nifas dan Menyusui

f. Definisi

Masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan. Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira – kira 6 minggu.[25]

g. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

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

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

Involusi uteri dapat dikatakan sebagai proses kembalinya uterus pada keadaan semula atau keadaan sebelum hamil setelah melahirkan. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah seperti berikut ini:[25] [26]

Tabel 6. Perubahan Uterus Masa Nifas

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

Selama masa nifas, ibu akan mengeluarkan lochea, Lokia adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas yang berasal dari campuran antara darah dan decidua, biasanya berwarna merah muda atau putih pucat, memiliki bau amis meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda – beda pada setiap wanita. Lochea mengalami perubahan warna karena proses involusi.

Tabel 7. Perubahan Warna Lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari desidua

Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7-14 hari	Kekuningan Atau kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri leukosit dan robekan laserasi plasenta.
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati.

b) Payudara

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis, yaitu produksi susu dan sekresi susu *(let down)*. Selama sembilan bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi untuk menghambat kelenjar *pituitary* akan mengeluarkan prolaktin (hormon laktogenik). Ketika bayi menghisap puting, reflek saraf merangsang *lobus posterior pituitary* untuk menyekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang reflek *let down* (mengalirkan), sehingga menyebabkan ejeksi ASI melalui *sinus aktiferus*

payudara ke duktus yang terdapat pada puting. Ketika ASI dialirkan karena isapan bayi atau dengan dipompa sel-sel acini terangsang untuk menghasilkan ASI lebih banyak.[25]

2) Tanda tanda vital[27]

a) Suhu Badan

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

b) Nadi

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

c) Tekanan darah

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

d) Pernafasan

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

3) Penurunan Berat badan

Wanita mengalami penurunan berat badan rata-rata 12 pon (4,5 kg) pada waktu melahirkan. Penurunan ini mewakili gabungan berat bayi, plasenta dan cairan amnion. Wanita dapat kembali mengalami penurunan berat badan sebanyak 5

pon selama minggu pertama pascapartum karena kehilangan cairan.[28]

4) Sistem Sistem kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam kehilang darah sekitar 300-400 cc. Perubahan terdiri dari volume darah dan hemokonsentrasi. Apabila pada persalinan pervaginam, hemokonsentrasi akan naik dan pada SC hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4- 6 minggu.[28]

5) Sistem muskuloskeletal

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

6) Perubahan Sistem Pencernaan

Setelah kelahiran plasenta, maka terjadi pula penurunan produksi progesteron. Sehingga hal ini dapat menyebabkan heartburn dan konstipasi terutama dalam beberapa hari pertama. Kemungkinan terjadi hal ini karena kurangnya keseimbangan cairan selama persalinan dan adanya reflek hambatan defekasi dikarenakan adanya rasa nyeri pada perineum karena adanya luka episiotomy.[29]

7) Perubahan Sistem Perkemihan

Diuresis dapat terjadi setelah 2-3 hari postpartum. Dieresis terjadi karena saluran urinaria mengalami dilatasi. Kondisi ini akan kembali normal setelah 4 minggu postpartum. Pada awal postpartum, kandung kemih mengalami edema, kongesti, dan hipotonik. Hal ini disebabkan oleh adanya overdistensi pada saat kala dua persalinan dan pengeluaran urine yang tertahan

selama proses persalinan. Sumbatan pada uretra disebabkan oleh adanya trauma saat persalinan berlangsung dan trauma ini dapat berkurang setelah 24 jam postpartum.[33]

h. Perubahan Psikologis Ibu Nifas

Periode Postpartum menyebabkan stress emosional terhadap ibu baru, bahkan lebih menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang hebat. Faktor-faktor yang mempengaruhi suksenya masa transisi ke masa menjadi orang tua pada masa postpartum, yaitu:[30]

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

Dalam menjalani adaptasi psikososial menurut Rubin setelah melahirkan, ibu akan melalui fase-fase sebagai berikut:[35]

1) Masa *Taking In* (Fokus pada Diri Sendiri)

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

2) Masa *Taking On* (Fokus pada Bayi)

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

3) Masa *Letting Go* (Mengambil Alih Tugas sebagai Ibu Tanpa Bantuan NAKES)

   Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan.

Ibu mengambil langsung tanggung jawab dalam merawat bayinya, dia harus menyesuaikan diri dengan tuntutan ketergantungan bayinya dan terhadap interaksi social. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

i. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

1) Kebersihan diri

a) Perawatan 3-4 hari di rumah sakit cukup untuk mengembalikan fisik ibu yang baru bersalin dengan operasi. Sebelum pulang, sebaiknya ibu menguasai bagaimana cara merawat luka operasi. Biasanya, pasien diminta datang kembali ke dokter untuk pemantauan perawatan luka tujuh hari setelah pulang. Pasien boleh mandi seperti biasanya, setelah hari ke-5 operasi. Setelah itu keringkan dan rawat luka seperti biasa.

b) Jahitan bekas luka di perut ibu akan ditutupi kain kasa lembut. Kasa perut harus di lihat satu hari pascabedah. Apabila basah dan berdarah arus dibuka dan diganti. Umumnya, kasa perut dapat diganti pada hari ke 3-4 sebelum pulang dan seterusnya pasien menggantinya setiap hari. Luka dapat diberi salep Betadin sedikit.

c) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Memastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah di sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Memberikan nasehat ibu untuk membersihkan diri setiap kali selesai buang air kecil atau besar.

d) Memberikan saran kepada ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Kain dapat

digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik, dan dikeringkan di bawah matahari atau disterika.

e) Memberikan saran kepada ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.[28]

2) Nutrisi dan Cairan

Ibu yang melahirkan secara normal, tidak ada pantangan diet. Dua jam setelah melahirkan ibu boleh minum dan makan seperti biasa bila ingin. Namun perlu diperhatikan jumpal kalori dan protein ibu menyusui harus lebih besar daripada ibu hamil, kecuali apabila ibu tidak menyusui bayinya. Kebutuhan pada masa menyusui meningkat hingga 25% yaitu untuk produksi ASI dan memenuhi kebutuhan cairan yang meningkat tiga kali dari biasanya. Penambahan kalori pada ibu menyusi sebanyak 500 kkal tiap hari.[27,37] Makanan yang dikonsumsi ibu berguna untuk melaksanakan aktivitas, metabolisme, cadangan dalam tubuh, proses produksi ASI serta sebagai ASI itu sendiri yang akan dikonsumsi bayi untuk pertumbuhan dan perkembangannya. Makanan yang dikonsumsi juga perlu memenuhi syarat, seperti susunanya harus seimbang, porsinya cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung alcohol, nikotin serta bahan pengawet dan pewarna. Menu makanan yang seimbang mengandung unsur-unsur, seperti sumber tenaga, pembangunan, pengatur dan perlindung.

3) Ambulasi

Pada masa nifas, perempuan sebaiknya melakukan ambulasi dini. Ambiulasi dini adalah beberapa jam setelah melahirkan, segera bangun dari tempat tidur dan segera bergerak, agar lebih kuat dan lebih baik. Gangguan kemih dan buang air besar juga dapat teratasi. Mobilisasi sangat

bervariasi, tergantung pada komplikasi persalinan, nifas, atau sembuhnya luka (jika ada luka). Jika tidak ada kelainan, lakukan mobilisasi sedini mungkin, yaitu dua jam setelah persalian normal. Ini berguna untuk memepercepat sirkulasi darah dan mengeluarkan cairan vagina (lochea).

Tahapan mobilisasi dini dilakukan setelah kala IV. Setelah kala IV ibu bisa turun dari tempat tidurnya dan beraktivitas seperti biasa, hal ini dikarenakan pada masa persalinan kala IV ibu memerlukan istirahat yang cukup untuk memulihkan tenaga pada proses penyembuhan.[28] Dalam persalinan normal, setelah 1 atau 2 jam persalinan ibu harus melakukan rentang gerak dalam tahapan mobilisasi dini, jika ibu belum melakukannya dalam rentang waktu tersebut maka ibu belum melakukan mobilisasi secara dini (late ambulation). Dalam waktu sekitar 2-6 jam bidan akan membantu ibu untuk melakukan mobilisasi dini, misalnya duduk di tempat tidur, duduk di bagian samping tempat tidur, serta mulai jalan dengan jarak yang dekat. Jika semakin cepat ibu dapat bergerak kembali maka proses menyusui dan merawat anak akan semakin cepat dan mudah dilakukan oleh ibu. Mobilisasi dini yang baik dapat mengurangi terjadinya perdarahan abnormal karena dengan melakukan mobilisasi dini maka kontraksi uterus akan baik, sehingga fundus uteri akan keras. Mobilisasi yang tidak baik dapat menyebabkan involusi uteri yang tidak baik sehingga darah-darah yang tersisa tidak dapat dikeluarkan dan menyebabkan infeksi.

4) Eliminasi

Rasa nyeri kadangkala menyebabkan keengganan untuk berkemih, tetapi ibu harus tetap berkemih secara teratur, karena kantung kemih yang penuh dapat menyebabkan gangguan kontraksi rahim, yang dapat menyebabkan

timbulnya perdarahan dari rahim. Seperti halnya dengan berkemih, perempuan pascapersalinan sering tidak merasakan sensasi ingin buang air besar, yang dapat disebabkan pengosongan usus besar (klisma) sebelum melahirkan atau ketakutan menimbulkan robekan pada jahitan dikemaluan. Sebenarnya kotoran yang dalam beberapa hari tidak dikeluarkan akan mengeras dan dapat menyulitkan dikemudian hari.

Pengeluaran air seni akan meningkat 24-48 jam pertama sampai hari ke-5 setelah melahirkan. Hal ini terjadi karena volume darah meningkat pada saat hamil tidak diperlukan lagi setelah persalinan. Oleh karena itu, ibu perlu belajar berkemih secara spontan dan tidak menahan buang air kecil ketika ada rasa sakit pada jahitan. Menahan buang air kecil akan menyebabkan terjadinya bendungan air seni dan gangguan kontraksi rahim sehingga pengeluaran cairan vagina tidak lancar. Sedangkan buang air besar akan sulit karena ketakutan akan rasa sakit, takut jahitan terbuka atau karena adanya haemoroid (wasir). Kesulitan ini dapat dibantu dengan mobilisasi dini, mengonsumsi makanantinggi serat dan cukup minum.

5) Istirahat

Wanita pasca persalinan harus cukup istirahat. Delapan jam pasca persalinan, ibu harus tidur terlentang untuk mencegah perdarahan. Sesudah 8 jam, ibu boleh miring kekiri atau kekanan untuk mencegah trombisis. Ibu dan bayi ditempatkan pada satu kamar. Pada hari kedua, bila perlu dilakukan latihan senam. Pada hari ketiga umumnya sudah dapat duduk, hari keempat berjalan dan hari kelima sudah dapat dipulangkan. Makanan yang diberikan harus bermutu tinggi dan cukup kalori, cukup protein dan banyak buah.

Anjurkan untuk mencegah kelelahan yang berlebihan, usahakan untuk rileks dan istirahat yang cukup, terutama saat bayi sedang tidur. Memintah bantuan suami atau keluarga ketika ibu merasa lelah. Putarkan dan dengarkan lagu-lagu klasik disaat ibbu dan bayi sedang istirahat untuk menghilangkan rasa tegang dan lelah.

6) Seksualitas

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

a) Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu ibu merasakan aman untuk melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.

b) Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai waktu tertentu setelah 40 hari atau 6 minggu pasca persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan.

c) Kerjasama dengan pasangan dalam merawat dan memberikan kasih saying kepada bayinya sangat dianjurkan.

j. Tanda bahaya masa nifas

Tanda-tanda bahaya masa nifas adalah sebagai berikut:

1). Perdarahan pervaginam yang luar biasa atau tiba-tiba bertambah banyak (lebih dari perdarahan haid biasa atau bila

memerlukan pergantian pembalut-pembalut 2 kali dalam setengah jam).

2). Pengeluaran cairan vagina yang berbau busuk.

3). Rasa sakit dibagian bawah abdomen atau punggung.

4). Sakit kepala yang terus menerus, nyeri ulu hati, atau masalah penglihatan.

5). Pembengkakan diwajah atau ditangan.

6). Demam, muntah, rasa sakit sewaktu BAK atau jika merasa tidak enak badan.

7). Payudara yang bertambah atau berubah menjadi merah panas dan atau terasa sakit.

8). Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama.

9). Rasa sakit merah, lunak dan atau pembengkakan dikaki.

10). Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya atau dirinya sendiri.

11). Merasa sangat letih dan nafas terengah-engah.

k. Kunjungan Ulang Masa Nifas (KF)

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

1) Kunjungan Nifas Pertama (KF1) Adalah kunjungan nifas pada masa mulai dari 6-48 jam setelah persalinannya. Asuhan yang diberikan meliputi mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, memberikan konseling bagaimana cara mencegah atonia uteri, pemberian ASI awal, melakukan hubungan antara ibu dan bayi, menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.

2) Kunjungan Nifas Kedua (KF2) Adalah kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah persalinan.

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

3) Kunjungan Nifas Ketiga (KF3) Adalah kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah persalinan. Asuhan pada KF3 yaitu menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yangNy. Lalami dan memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, dan tandatanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.
4) Kunjungan Nifas Keempat (KF4) Adalah kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 setelah persalinan. Asuhan yang diberikan yaitu Menanyakan penyulit-penyulit yang di alami ibu selama masa nifas dan Memberikan konseling KB secara dini.

6. Keluarga Berencana

a. Definisi Kontrasepsi

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.[31] 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.[32]

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.[32] Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan. Upaya yang dilakukan dalam pelayanan kontrasepsi dapat bersifat sementara maupun bersifat permanen.[33]

b. Pelayanan Kontrasepsi

Pelayanan kontrasepsi adalah pemberian atau pemasangan kontrasepsi maupun tindakan–tindakan lain yang berkaitan kontrasepsi kepada calon dan peserta Keluarga Berencana yang dilakukan dalam fasilitas pelayanan KB. Penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi dilakukan dengan cara yang dapat dipertanggungjawabkan dari segi agama, norma 6 budaya, etika, serta segi kesehatan.[34]

Pelayanan kontrasepsi merupakan komponen utama program KB dengan fungsi memberikan layanan konseling dan pemakaian kontrasepsi. Pelayanan Kontrasepsi dilakukan secara berkesinambungan mulai dari Pra pelayanan, Pelayanan Kontraspesi dan Pasca Pelayanan. Pada saat pra pelayanan dilakukan: pemberian komunikasi, informasi dan edukasi, pelayanan konseling, penapisan kelayakan medis dan permintaan persetujuan tindakan tenaga Kesehatan.[35]

Konseling yang diberikan meliputi manfaat, kesesuaian alat kontrasepsi, kemungkinan gejala samping dan cara-cara mengatasi, dan alternatif pilihan alat kontrasepsi. Pelayanan kontrasepsi perlu

dibarengi dengan pelayanan konseling. Prinsip konseling membuat ibu mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan kebutuhan kesehatan mereka. Pilihan alat kontrasepsi termasuk metode kontrasepsi jangka panjang: Metode Operatif Pria (MOP) atau Metode Operatif Wanita (MOW) sebagai sterilisasi, Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR), Implan; dan metode kontrasepsi jangka pendek: Pil, Suntikan, dan alat/cara kontrasepsi lain.[35]

Pelayanan Kontrasepsi adalah Pemberian kondom, pil, suntik, pemasangan atau pencabutan implant, pemasangan atau pencabutan AKDR, pelayanan tubektomi, pelayanan vasektomi. Pelayanan kontrasepsi dapat dilakukan pada: Masa Interval, Pasca Persalinan, Pasca Keguguran dan Pelayanan kontrasepsi darurat. Pascapelayanan Kontrasepsi meliputi Pemberian konseling dan Pelayanan medis/rujukan apabila di perlukan setelah dilakukan pelayanan kontrasepsi.[35]

c. Standarisasi Pelayanan Kontrasepsi

Langkah-langkah dalam pelayanan kontrasepsi dilakukan meliputi:

1) Pra Pelayanan
    a) Komunikasi, Informasi dan Edukasi
        (1) Pelayanan KIE dilakukan di lapangan oleh tenaga penyuluh KB/PLKB dan kader serta tenaga kesehatan. Pelayanan KIE dapat dilakukan secara berkelompok ataupun perorangan.
        (2) Tujuan untuk memberikan pengetahuan, mengubah sikap dan perilaku terhadap perencanaan keluarga baik untuk menunda, menjarangkan/membatasi kelahiran melalui penggunaan kontrasepsi.
        (3) KIE dapat dilakukan melalui pertemuan, kunjungan rumah dengan menggunakan/memanfaatkan media antara lain media cetak, media sosial, media elektronik,

Mobil Unit Penerangan (MUPEN), dan Public Service Announcement (PSA).

(4) Penyampaian materi KIE disesuaikan dengan kearifan dan budaya lokal.[36]

b) Konseling

Konseling dilakukan untuk memberikan berbagai masukan dalam metode kontrasepsi dan hal-hal yang dianggap perlu untuk diperhatikan dalam metode kontrasepsi yang menjadi pilihan klien berdasarkan tujuan reproduksinya. Tindakan konseling ini disebut sebagai *informed choice*.[36]

c) Penapisan

Penapisan klien merupakan upaya untuk melakukan kajian tentang kondisi kesehatan klien dengan menggunakan alat bantu berupa diagram lingkaran Kriteria Kelayakan Medis Kontrasepsi (Roda 19 KLOP). Kondisi kesehatan dan karakteristik individu akan menentukan pilihan metode kontrasepsi yang diinginkan dan tepat untuk klien. Tujuan utama penapisan klien adalah:[36]

(1) Ada atau tidak adanya kehamilan;

(2) Menentukan keadaan yang membutuhkan perhatian khusus misalnya menyusui atau tidak menyusui pada penggunaan KB pasca persalinan;

(3) Menentukan masalah kesehatan yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut misalnya klien dengan HIV.

Klien tidak selalu memberikan informasi yang benar tentang kondisi kesehatannya, sehingga petugas kesehatan harus mengetahui bagaimana keadaan klien sebenarnya, bila diperlukan petugas dapat mengulangi pertanyaan yang berbeda. Perlu juga diperhitungkan

masalah sosial, budaya atau agama yang mungkin berpengaruh terhadap respon klien tersebut termasuk pasangannya. Untuk sebagian besar klien bisa diselesaikan dengan cara anamnesis terarah, sehingga masalah utama dikenali atau kemungkinan hamil dapat dicegah. Beberapa metode kontrasepsi tidak membutuhkan pemeriksaan fisik maupun pemeriksaan panggul, kecuali AKDR, tubektomi, dan vasektomi dan pemeriksaan laboratorium untuk klien dilakukan apabila terdapat indikasi medis.[36]

d) Persetujuan

Tindakan Tenaga Kesehatan Persetujuan tindakan tenaga kesehatan merupakan persetujuan tindakan yang menyatakan kesediaan dan kesiapan klien untuk ber-KB. Persetujuan tindakan medis secara tertulis diberikan untuk pelayanan kontrasepsi seperti suntik KB, AKDR, implan, tubektomi dan vasektomi, sedangkan untuk metode kontrasepsi pil dan kondom dapat diberikan persetujuan tindakan medis secara lisan. Setiap pelayanan kontrasepsi harus memperhatikan hak-hak reproduksi individu dan pasangannya, sehingga harus diawali dengan pemberian informasi yang lengkap, jujur dan benar 20 tentang metode kontrasepsi yang akan digunakan oleh klien tersebut.[36] Penjelasan persetujuan tindakan tenaga kesehatan sekurangkurangnya mencakup beberapa hal berikut:

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

2) Pelayanan Kontrasepsi

Menurut waktu pelaksanaannya, pelayanan kontrasepsi dilakukan pada:

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

Tindakan pemberian pelayanan kontrasepsi meliputi pemasangan atau pencabutan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR), pemasangan atau pencabutan Implan, pemberian Suntik, Pil, Kondom, pelayanan Tubektomi dan Vasektomi serta pemberian konseling Metode Amenore Laktasi (MAL).[36]

3) Pasca Pelayanan

Konseling pasca pelayananan dari tiap metode kontrasepsi sangat dibutuhkan. Konseling ini bertujuan agar klien dapat mengetahui berbagai efek samping dan komplikasi yang mungkin terjadi. Klien diharapkan juga dapat membedakan masalah yang dapat ditangani sendiri di rumah dan efek samping atau komplikasi yang harus mendapat pelayanan medis. Pemberian informasi yang baik akan membuat klien lebih memahami tentang metode kontrasepsi pilihannya dan konsisten dalam penggunaannya.[36]

d. Metode Kontrasepsi

4) Pengklasifikasian Metode Kontrasepsi

Banyak klasifikasi yang digunakan untuk metode kontrasepsi seperti yang terlihat pada tabel dibawah ini.

Tabel Pengklasifikasian Metode Kontrasepsi

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

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

Pemahaman yang jelas dan transparan diperlukan untuk klasifikasi Metode Kontrasepsi Modern/Tradisional yang umum digunakan. Departemen Kesehatan Reproduksi dan Riset dari Organisasi Kesehatan Dunia (The World Health Organization Department of Reproductive Health and Research) dan United States Agency for International Development (USAID) mengadakan konsultasi teknis pada bulan Januari 2015 untuk mengatasi masalah yang berkaitan dengan klasifikasi Metode Kontrasepsi Modern/Tradisional. Dalam konsultasi tersebut disepakati bahwa Metode Kontrasepsi Modern harus memiliki karakteristik sebagai berikut: dasar yang kuat dalam biologi reproduksi, protokol yang tepat untuk penggunaan yang benar dan data yang ada

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

5) Efektivitas Kontrasepsi

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

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

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

6) Macam-macam Metode Kontrasepsi

Macam-macam metode kontrasepsi dibagi atas antara lain.[37,38]

a) Metode Tradisional

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

b) Metode Alamiah tanpa Alat

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

c) Metode Alamiah dengan Alat (Metode Barier)

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

d) Metode Modern

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

e) Metode mantap

(1) Kontrasepsi mantap pada wanita

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

(2) Kontrasepsi mantap pada pria

Medis Operatif Pria (MOP), penyumbatan vas deferens secara mekanis dan penyumbatan vas deferens secara kimiawi.[37]

7) Jenis Alat Kontrasepsi

Macam-macam alat kontrasepsi yang aman dan tidak mengganggu laktasi meliputi metode amenhorea laktasi (MAL), pil progestin, suntik progestin, implan dengan progestin dan alat kontrasepsi dalam rahim. Semua metode baik hormonal maupun non hormonal dapat digunakan sebagai metode dalam pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan, akan tetapi pada masa menyusui bayi ini beberapa yang disarankan agar tidak mengganggu produksi ASI yaitu diantaranya:[37]

a) Metode Amenore Laktasi (MAL)

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

(1) Keuntungan kontrasepsi

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

(2) Keuntungan Nonkontrasepsi

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

b) Pil Progestin

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

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

(2) Keterbatasan

Mengalami gangguan haid, harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama, bila lupa satu pil saja

kegagalan menjadi lebih besar, risiko kehamilan ektopik cukup tinggi, mual.

c) Suntik Progestin

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

(1) Keuntungan dari suntik progestin yaitu: Pencegahan kehamilan jangka panjang, tidak berpengaruh pada hubungan suami istri, tidak pengaruh pada ASI, sedikit efek samping, dapat digunakan pada perempuan usia > 35 tahun.

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

d) Implant

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

(1) Keuntungan Implant

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

(2) Keterbatasan Implant

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

e) IUD

IUD merupakan kontrasepsi sangat efektif dan berjangka panjang. Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi. Sangat efektif yaitu 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan). Cara kerja IUD antara lain menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, mencegah sperma dan ovum bertemu.[39]

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

f) Kondom

Yakni alat kontrasepsi yang dibuat dari karet yang dipergunakan dipenis laki laki untuk menghindari sperma masuk kedalam vagina. Kondom termasuk kontrasepsi non hormonal.[39] Yaitu alat kontrasepsi guna menghalangi

secara mekanik. Alat ini dapat mengantisipasi kehamilan dengan menghalangi pertemuan sel telur dengan sperma secara mencegah sperma agar tidak masuk ke vagina. kondom aman untuk ibu menyusui karena tidak menggangu proses laktasi.

(1) Keuntungan penggunaan kondom

Efektif apabila digunakan dengan benar, tidak mengganggu produksi ASI, tidak mengganggu kesehatan, harganya murah dan dapat dibeli secara umum dan tidak

perlu resep bidan maupun dokter.

(2) Kekurangan penggunaan kondom

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