

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Masalah Kasus

1. Asuhan Kebidanan Kehamilan

Pada tanggal 28 Februari 2026, dilakukan pengkajian awal asuhan kebidanan terhadap Ny. L, seorang perempuan berusia 24 tahun dengan status obstetri G1P0Ab0Ah0, pada usia kehamilan 34 minggu 6 hari, yang bertempat di rumah pasien. Berdasarkan hasil anamnesis, ibu menyampaikan keluhan utama berupa rasa pusing yang terkadang dirasakan. Riwayat perkawinan menunjukkan bahwa ibu menikah satu kali pada usia 23 tahun dan telah menjalani pernikahan selama satu tahun. Riwayat menstruasi ibu dalam batas normal, dengan menarche pada usia 12 tahun, siklus teratur 28 hari, lama menstruasi 5–6 hari, tanpa keluhan dismenore. Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) adalah 29 Juni 2025 dengan Hari Perkiraan Lahir (HPL) pada 5 April 2026, yang menunjukkan kesesuaian dengan usia kehamilan saat ini.

Riwayat kehamilan sekarang menunjukkan bahwa ibu telah melakukan pemeriksaan antenatal care sejak usia kehamilan 8 minggu di berbagai fasilitas kesehatan. Frekuensi kunjungan pada trimester pertama sebanyak dua kali dengan keluhan mual, trimester kedua sebanyak lima kali dengan keluhan pusing dan sering buang air kecil, serta trimester ketiga sebanyak tiga kali dengan keluhan punggung pegal dan sering buang air kecil. Ibu merasakan pergerakan janin pertama pada usia kehamilan 20 minggu, dan dalam 12 jam terakhir pergerakan janin lebih dari 10 kali, yang menunjukkan kondisi janin baik. Pola nutrisi ibu menunjukkan frekuensi makan 2–3 kali sehari dan minum 7–8 kali per hari, namun kemungkinan belum mencukupi kebutuhan energi dan zat gizi selama kehamilan. Pola eliminasi dalam batas normal, dengan frekuensi BAB satu kali sehari dan BAK sekitar delapan kali per hari. Aktivitas sehari-hari berupa pekerjaan rumah tangga ringan, dengan waktu istirahat 4–5 jam per hari yang tergolong kurang untuk

ibu hamil trimester III. Personal hygiene ibu baik, serta tidak terdapat kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, maupun pantangan makanan tertentu.

Riwayat kesehatan ibu menunjukkan tidak adanya penyakit sistemik seperti hipertensi, jantung, asma, maupun tuberkulosis, baik pada ibu maupun keluarga. Secara psikososial, kehamilan ini merupakan kehamilan yang diinginkan, diterima dengan perasaan bahagia, serta mendapat dukungan penuh dari keluarga. Ibu dan suami juga telah melakukan persiapan persalinan meliputi biaya, transportasi, penolong persalinan, dan tempat persalinan.

Selain pemeriksaan fisik, dilakukan pula skrining kehamilan untuk mendeteksi faktor risiko maternal dan fetal sejak dini, sehingga komplikasi dapat dicegah lebih awal. Hasil skrining menunjukkan bahwa ibu termasuk kehamilan risiko tinggi karena mengalami Kekurangan Energi Kronis (KEK) dengan LiLA awal 20 cm, anemia ringan dengan kadar hemoglobin 10,8 g/dl, serta IMT sebelum hamil 17,7 kg/m² kategori kurus. Selain itu, dilakukan skrining psikologis untuk mengetahui kesiapan ibu menghadapi persalinan, tingkat kecemasan, serta kondisi emosional ibu selama kehamilan. Hasil pengkajian menunjukkan bahwa ibu menerima kehamilan dengan baik, tampak kooperatif, tidak menunjukkan tanda kecemasan berlebihan, serta mendapatkan dukungan emosional dan sosial yang baik dari suami maupun keluarga dalam menghadapi proses kehamilan dan persalinan.

Berdasarkan pemeriksaan objektif, keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis. Tanda vital berada dalam batas normal, yaitu tekanan darah 110/72 mmHg, nadi 82 kali per menit, suhu 36,5°C, dan frekuensi napas 20 kali per menit. Berat badan sebelum hamil 42 kg dan saat ini 48 kg, dengan Indeks Massa Tubuh 17,7 kg/m² yang termasuk kategori kurus. Lingkar Lengan Atas (LiLA) 22,5 cm menunjukkan adanya Kekurangan Energi Kronis (KEK). Pada pemeriksaan fisik ditemukan konjungtiva sedikit pucat, yang mengarah pada kondisi

anemia. Pemeriksaan abdomen menunjukkan tinggi fundus uteri 27 cm sesuai usia kehamilan, dengan hasil palpasi Leopold yaitu pada fundus teraba bokong, punggung janin di sebelah kanan, presentasi kepala, dan bagian terbawah belum masuk panggul. Denyut jantung janin 146 kali per menit dalam batas normal dan teratur. Pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar hemoglobin sebesar 10,8 g/dl yang menandakan anemia ringan.

Berdasarkan hasil pemantauan status gizi selama kehamilan, diketahui bahwa berat badan ibu sebelum hamil adalah 42 kg dan meningkat menjadi 48 kg pada trimester III serta 50 kg pada usia kehamilan 36 minggu, sehingga total kenaikan berat badan selama kehamilan sebesar 8 kg. Hasil perhitungan Indeks Massa Tubuh (IMT) awal sebesar 17,7 kg/m² menunjukkan bahwa ibu termasuk kategori kurus. Selain itu, hasil pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA) pada awal kehamilan sebesar 20 cm yang menunjukkan kondisi Kekurangan Energi Kronis (KEK), kemudian meningkat menjadi 22,5 cm pada usia kehamilan trimester III, yang menandakan adanya perbaikan status gizi ibu meskipun masih termasuk kategori berisiko KEK karena LiLA belum mencapai $\geq 23,5$ cm. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa status gizi ibu selama kehamilan mengalami peningkatan, namun tetap memerlukan pemantauan dan intervensi berkelanjutan melalui peningkatan asupan nutrisi, konsumsi tablet Fe, serta pemantauan kenaikan berat badan dan LiLA secara rutin untuk mendukung kesehatan ibu dan pertumbuhan janin secara optimal.

Berdasarkan hasil pengkajian subjektif dan objektif tersebut, dapat ditegakkan diagnosis kebidanan yaitu Ny. L usia 24 tahun G1P0Ab0Ah0 dengan usia kehamilan 34 minggu 6 hari mengalami Kekurangan Energi Kronis dan anemia ringan. Masalah yang muncul adalah keluhan pusing, LiLA kurang dari 23,5 cm, dan kadar hemoglobin rendah. Kondisi ini berpotensi berkembang menjadi anemia sedang hingga berat apabila tidak ditangani dengan baik. Selain itu,

terdapat risiko komplikasi seperti persalinan prematur, perdarahan postpartum, serta bayi dengan berat badan lahir rendah. Oleh karena itu, diperlukan penatalaksanaan yang komprehensif untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.

Penatalaksanaan yang diberikan pada tanggal 28 Februari 2026 pukul 10.00 WIB meliputi pemberian informasi kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan bahwa kondisi umum dan janin dalam keadaan baik, namun ibu mengalami KEK dan anemia ringan. Dilakukan komunikasi, informasi, dan edukasi mengenai pengertian, penyebab, tanda dan gejala, serta dampak KEK dan anemia terhadap ibu dan janin. Ibu dianjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi dengan mengonsumsi makanan tinggi kalori, protein, dan zat besi, serta mengonsumsi makanan tambahan. Ibu juga diberikan KIE untuk meningkatkan berat badan selama kehamilan melalui konsumsi makanan tinggi kalori, protein, dan zat besi seperti telur, ikan, daging, susu ibu hamil, kacang-kacangan, serta makan dengan porsi kecil tetapi sering untuk membantu perbaikan status gizi ibu dan pertumbuhan janin. Selain itu, ibu dianjurkan untuk istirahat cukup, mengurangi aktivitas berat, dan tidur dengan posisi miring ke kiri. Edukasi juga diberikan mengenai tanda bahaya kehamilan serta pentingnya kunjungan ulang secara rutin. Ibu juga dianjurkan untuk mengonsumsi tablet Fe, kalsium, dan vitamin C sesuai anjuran, serta menghindari konsumsi teh atau kopi bersamaan dengan tablet Fe. Seluruh asuhan yang diberikan telah didokumentasikan.

Selanjutnya, pada tanggal 13 Maret 2026 dilakukan kunjungan perkembangan kehamilan yang kedua pada Ny. L dengan usia kehamilan 36 minggu 5 hari. Pada kunjungan ini, ibu menyatakan tidak ada keluhan, yang menunjukkan adanya perbaikan kondisi subjektif dibandingkan sebelumnya. Pemeriksaan objektif menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis. Tanda vital dalam batas normal, yaitu tekanan darah 108/70 mmHg, nadi 82 kali per menit,

suhu 36,5°C, dan frekuensi napas 20 kali per menit. Berat badan meningkat menjadi 50 kg, yang menunjukkan adanya peningkatan status nutrisi. Lingkar Lengan Atas meningkat menjadi 23 cm, meskipun masih perlu pemantauan lebih lanjut.

Pemeriksaan abdomen menunjukkan tinggi fundus uteri 28 cm sesuai usia kehamilan, dengan hasil palpasi Leopold yaitu pada fundus teraba bokong, punggung janin berada di sebelah kiri, presentasi kepala, dan bagian terbawah mulai masuk panggul dengan tangan konvergen. Denyut jantung janin 144 kali per menit dalam batas normal. Hasil pemeriksaan laboratorium sebelumnya menunjukkan kadar hemoglobin 10,8 g/dl yang masih menunjukkan anemia ringan.

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut, diagnosis kebidanan tetap yaitu ibu hamil usia 36 minggu 5 hari dengan KEK dan anemia. Meskipun tidak terdapat keluhan, kondisi anemia masih memerlukan perhatian dan penatalaksanaan lanjutan. Penatalaksanaan yang diberikan meliputi pemberian informasi mengenai hasil pemeriksaan, penguatan edukasi tentang KEK dan anemia, serta anjuran untuk meningkatkan konsumsi makanan bergizi seimbang yang kaya zat besi. Ibu juga dianjurkan untuk tetap mengonsumsi tablet Fe secara teratur dengan cara yang benar. Selain itu, diberikan edukasi mengenai tanda-tanda persalinan dan tanda bahaya kehamilan trimester III, serta anjuran untuk cukup istirahat dan menghindari aktivitas berat. Ibu dianjurkan untuk melakukan kunjungan ulang sesuai jadwal atau segera datang ke fasilitas kesehatan apabila terdapat keluhan.

Secara keseluruhan, asuhan kebidanan yang diberikan pada Ny. L telah dilakukan secara komprehensif dan berkesinambungan, dengan fokus pada deteksi dini serta penatalaksanaan KEK dan anemia dalam kehamilan, sehingga diharapkan dapat meningkatkan kesehatan ibu dan janin serta mencegah terjadinya komplikasi selama kehamilan dan persalinan.

2. Asuhan Kebidanan Persalinan

Pada tanggal 5 April 2026 pukul 11.15 WIB, dilakukan pengkajian asuhan kebidanan terhadap Ny. L, seorang perempuan berusia 24 tahun dengan status obstetri G1P0Ab0Ah0, pada usia kehamilan 40 minggu, yang datang ke PMB dalam proses persalinan. Berdasarkan data subjektif, ibu mengeluhkan adanya kontraksi uterus yang dirasakan semakin kuat dan teratur sejak pukul 03.00 WIB, serta disertai pengeluaran lendir bercampur darah sejak pukul 08.00 WIB. Keluhan tersebut merupakan tanda pasti persalinan yang menunjukkan bahwa ibu telah memasuki fase inpartu. Riwayat menstruasi ibu dalam batas normal dengan siklus teratur 28 hari, HPHT 29 Juni 2025 dan HPL 5 April 2026, yang sesuai dengan usia kehamilan saat ini. Riwayat kehamilan menunjukkan ibu rutin melakukan antenatal care dengan frekuensi kunjungan yang adekuat di setiap trimester. Ibu juga menyatakan bahwa gerakan janin masih aktif. Kebutuhan dasar ibu menjelang persalinan masih terpenuhi, dengan makan terakhir pukul 10.00 WIB, BAK pukul 10.30 WIB, dan BAB pukul 05.00 WIB.

Berdasarkan pemeriksaan objektif, keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis. Tanda vital dalam batas normal, yaitu tekanan darah 110/76 mmHg, nadi 82 kali per menit, frekuensi napas 22 kali per menit, dan suhu 36,5°C. Pemeriksaan abdomen menunjukkan uterus membesar sesuai usia kehamilan dengan tinggi fundus uteri 30 cm. Hasil palpasi Leopold menunjukkan pada fundus teraba bokong, punggung janin berada di sebelah kiri, dan bagian terbawah adalah kepala yang sudah masuk panggul dengan penurunan kepala 4/5. Kontraksi uterus teratur dengan frekuensi 3 kali dalam 10 menit dan durasi 40 detik. Denyut jantung janin terdengar jelas pada punctum maksimum di kiri bawah pusat dengan frekuensi 148 kali per menit dan irama teratur. Pemeriksaan dalam menunjukkan portio sudah menipis dan lunak, pembukaan serviks 6 cm, selaput ketuban masih utuh, presentasi kepala, serta tidak terdapat bagian terkecil janin yang

menumbung. Hal ini menunjukkan bahwa ibu berada dalam fase aktif kala I persalinan.

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut, dapat ditegakkan diagnosis kebidanan yaitu Ny. L usia 24 tahun G1P0Ab0Ah0 dengan usia kehamilan 40 minggu, janin tunggal hidup intrauterin, presentasi kepala, punggung kiri, dalam persalinan kala I fase aktif. Penatalaksanaan yang diberikan meliputi pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi kepada ibu mengenai kondisi dirinya dan janin yang dalam keadaan baik, serta kemajuan persalinan yang sesuai dengan fase aktif. Ibu diberikan motivasi dan diajarkan teknik pernapasan yang benar saat kontraksi untuk membantu mengurangi nyeri dan meningkatkan relaksasi. Selain itu, ibu dianjurkan untuk miring ke kiri guna meningkatkan aliran oksigen ke janin dan mempercepat penurunan kepala janin. Ibu juga dianjurkan untuk makan dan minum sedikit tetapi sering sebagai persiapan energi saat proses meneran. Keluarga, terutama suami, dianjurkan untuk mendampingi ibu selama proses persalinan. Bidan melakukan observasi tanda vital dan kemajuan persalinan secara berkala serta menyiapkan alat pertolongan persalinan.

Selama proses persalinan kala I dilakukan pemantauan kemajuan persalinan secara kontinu. Pada pukul 11.30 WIB hingga 15.30 WIB, kontraksi uterus menunjukkan peningkatan frekuensi dan durasi, dari 3 kali dalam 10 menit menjadi 5 kali dalam 10 menit dengan durasi 45 detik. Denyut jantung janin tetap dalam batas normal antara 140–150 kali per menit. Pada pukul 15.30 WIB dilakukan pemeriksaan dalam dan didapatkan pembukaan lengkap 10 cm, portio sudah tidak teraba, kepala janin sudah turun hingga dasar panggul (0/5), selaput ketuban telah pecah dengan air ketuban jernih, yang menandakan berakhirnya kala I dan dimulainya kala II persalinan.

Pada tanggal 5 April 2026 pukul 15.30 WIB, ibu memasuki kala II persalinan. Secara subjektif, ibu mengeluhkan adanya dorongan kuat untuk mengejan seperti ingin buang air besar. Pemeriksaan objektif

menunjukkan keadaan umum baik, tanda vital dalam batas normal, denyut jantung janin 144 kali per menit, serta hasil pemeriksaan dalam menunjukkan pembukaan lengkap, kepala janin sudah di dasar panggul, perineum menonjol, dan anus membuka. Berdasarkan kondisi tersebut, ditegakkan diagnosis bahwa ibu dalam persalinan kala II. Penatalaksanaan dilakukan dengan memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan persalinan siap dipimpin. Ibu dituntun untuk meneran dengan teknik yang benar saat kontraksi. Saat kepala bayi mulai tampak di vulva, dilakukan perlindungan perineum untuk mencegah robekan yang luas, serta menjaga fleksi kepala bayi agar tidak terjadi defleksi. Setelah kepala lahir, dilakukan pemeriksaan kemungkinan lilitan tali pusat. Selanjutnya dilakukan pertolongan kelahiran bahu dan badan bayi dengan teknik yang benar. Bayi lahir spontan pada pukul 16.05 WIB dengan jenis kelamin laki-laki, menangis kuat, bernapas spontan, kulit kemerahan, dan gerakan aktif, yang menunjukkan kondisi bayi baik.

Selanjutnya, pada pukul 16.05 WIB ibu memasuki kala III persalinan. Ibu mengeluhkan rasa lega karena bayi telah lahir, namun masih merasakan mules dan nyeri pada jalan lahir. Pemeriksaan objektif menunjukkan keadaan umum baik, tekanan darah 100/70 mmHg, serta tinggi fundus uteri setinggi pusat dengan perdarahan sekitar 100 cc. Tampak tali pusat memanjang di vulva, yang merupakan tanda pelepasan plasenta. Diagnosis yang ditegakkan adalah ibu dalam persalinan kala III. Penatalaksanaan dilakukan dengan manajemen aktif kala III, yaitu memastikan tidak ada janin kedua, pemberian oksitosin untuk merangsang kontraksi uterus, melakukan penjepitan dan pemotongan tali pusat, serta melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dengan kontak kulit antara ibu dan bayi. Selanjutnya dilakukan penegangan tali pusat terkendali dan dorongan pada uterus hingga plasenta lahir spontan pada pukul 16.15 WIB. Setelah plasenta lahir,

dilakukan pemeriksaan kelengkapan plasenta dan masase uterus untuk memastikan kontraksi uterus baik serta tidak ada sisa plasenta.

Pada pukul 16.20 WIB, ibu memasuki kala IV persalinan. Ibu mengeluhkan nyeri pada jalan lahir. Pemeriksaan objektif menunjukkan keadaan umum baik, tanda vital stabil, tinggi fundus uteri dua jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, dan perdarahan sekitar 150 cc. Ditemukan adanya robekan perineum derajat II. Diagnosis yang ditegakkan adalah ibu dalam persalinan kala IV. Penatalaksanaan dilakukan dengan memastikan kontraksi uterus adekuat dan tidak terjadi perdarahan abnormal. Dilakukan evaluasi robekan perineum dan dijelaskan kepada ibu mengenai tindakan penjahitan yang akan dilakukan. Setelah ibu memberikan persetujuan, dilakukan anestesi lokal dan penjahitan luka perineum secara aseptik. Setelah tindakan selesai, dilakukan pembersihan dan perapian alat. Ibu diberikan edukasi mengenai perawatan luka perineum, menjaga kebersihan area genital, serta anjuran konsumsi makanan tinggi protein untuk mempercepat penyembuhan luka. Selain itu, ibu dianjurkan untuk tidak tidur terlebih dahulu selama dua jam ke depan karena akan dilakukan pemantauan tanda vital secara berkala. Edukasi juga diberikan mengenai tanda bahaya masa nifas seperti perdarahan hebat, demam tinggi, dan nyeri hebat, serta anjuran untuk segera melapor jika terjadi keluhan.

Secara keseluruhan, asuhan kebidanan pada Ny. L selama proses persalinan telah dilakukan secara komprehensif dan sesuai standar, dimulai dari pemantauan kala I hingga kala IV, dengan pendekatan yang berfokus pada keselamatan ibu dan bayi, serta pencegahan komplikasi selama persalinan.

3. Asuhan Bayi Baru Lahir dan Neonatus

Pada tanggal 5 April 2026 pukul 17.00 WIB, dilakukan pengkajian asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dari Ny. L yang lahir pada usia kehamilan 40 minggu secara spontan normal di PMB X. Bayi lahir pada

pukul 16.05 WIB dengan jenis kelamin laki-laki. Berdasarkan data subjektif yang diperoleh dari ibu, riwayat antenatal menunjukkan bahwa ibu merupakan G1P0Ab0Ah0 dengan kehamilan cukup bulan dan melakukan pemeriksaan antenatal care secara teratur sebanyak 8 kali di fasilitas kesehatan. Selama kehamilan, ibu mengalami keluhan ringan seperti mual, pegal, dan sering buang air kecil, namun tidak terdapat penyakit atau komplikasi baik pada ibu maupun janin. Ibu hanya mengonsumsi vitamin yang diberikan oleh tenaga kesehatan dan tidak mengonsumsi jamu. Riwayat intranatal menunjukkan bahwa persalinan berlangsung spontan normal, ditolong oleh bidan, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun bayi.

Berdasarkan pemeriksaan objektif, kondisi bayi saat lahir menunjukkan keadaan baik. Penilaian awal bayi menunjukkan bahwa bayi lahir cukup bulan, air ketuban jernih, bayi menangis kuat dan bernapas tanpa kesulitan, serta bergerak aktif dengan tonus otot baik. Nilai APGAR pada menit ke-5 adalah 9 dan meningkat menjadi 10 pada menit ke-10, yang menunjukkan adaptasi bayi terhadap kehidupan ekstrauterin berlangsung sangat baik. Pemeriksaan tanda vital menunjukkan denyut jantung 140 kali per menit, frekuensi napas 40 kali per menit, suhu aksila 36,7°C, serta warna kulit kemerahan. Postur tubuh simetris dengan gerakan aktif, tonus otot baik, dan ekstremitas bergerak aktif. Tali pusat tampak bersih tanpa tanda infeksi.

Pemeriksaan fisik secara menyeluruh menunjukkan bahwa kepala bayi dalam keadaan normal tanpa benjolan, wajah simetris tanpa sianosis, mata simetris dengan refleks cahaya baik, telinga dan hidung normal, serta mulut dengan refleks hisap yang baik. Leher tidak menunjukkan pembengkakan kelenjar, klavikula utuh tanpa fraktur, dada simetris tanpa tarikan dinding dada, dan abdomen lunak tanpa pembesaran. Genitalia sesuai dengan jenis kelamin laki-laki tanpa kelainan, anus tampak paten, serta tulang belakang lurus tanpa kelainan. Pemeriksaan refleks neonatal menunjukkan refleks Moro, rooting,

walking, grasp, sucking, dan tonic neck semuanya positif, yang menandakan fungsi neurologis bayi dalam keadaan baik.

Pengukuran antropometri menunjukkan berat badan bayi 2500 gram, panjang badan 48 cm, lingkar kepala 31 cm, lingkar dada 30 cm, dan lingkar lengan atas 11 cm. Eliminasi bayi sudah baik, ditandai dengan adanya miksi dan pengeluaran mekonium. Berdasarkan keseluruhan data tersebut, ditegakkan diagnosis kebidanan yaitu bayi Ny. L usia 0 hari, lahir cukup bulan sesuai usia kehamilan secara spontan normal, tanpa masalah maupun diagnosis potensial yang ditemukan.

Penatalaksanaan yang diberikan bertujuan untuk mempertahankan kondisi bayi tetap optimal serta mencegah komplikasi. Tenaga kesehatan memberikan informasi kepada ibu bahwa kondisi bayi dalam keadaan baik dengan tanda vital normal dan tidak ditemukan kelainan. Dilakukan perawatan tali pusat dengan menjaga kebersihan dan kekeringan tanpa pemberian bahan apapun. Bayi diberikan injeksi vitamin K secara intramuskular di paha kiri dengan dosis 1 mg untuk mencegah perdarahan, serta diberikan salep mata untuk mencegah infeksi. Selain itu, bayi diberikan imunisasi Hepatitis B (Hb0) secara intramuskular di paha kanan sebagai perlindungan awal terhadap infeksi hepatitis B.

Upaya menjaga kehangatan bayi dilakukan dengan mengeringkan bayi, membedong, serta memastikan suhu tubuh tetap stabil. Observasi keadaan umum bayi terus dilakukan dengan memantau pernapasan, warna kulit, suhu, dan aktivitas bayi. Ibu diberikan edukasi mengenai pentingnya pemberian ASI secara eksklusif dengan frekuensi menyusui secara on demand atau setiap 2 jam sekali. Selain itu, diberikan edukasi mengenai tanda bahaya pada bayi baru lahir seperti tidak mau menyusui, sesak napas, demam, kejang, atau kuning berlebihan, sehingga ibu dapat segera mencari pertolongan apabila terjadi kondisi tersebut.

Sebagai tindak lanjut, ibu dianjurkan untuk melakukan kunjungan ulang pada tanggal 7 April 2026 ke fasilitas kesehatan untuk pemeriksaan lanjutan, termasuk skrining penyakit jantung bawaan dan skrining hipotiroid kongenital. Secara keseluruhan, asuhan kebidanan pada bayi baru lahir ini telah dilakukan secara komprehensif dengan pendekatan promotif, preventif, dan deteksi dini, sehingga diharapkan bayi dapat tumbuh dan berkembang secara optimal.

Pada tanggal 7 April 2026 pukul 08.00 WIB, dilakukan pengkajian asuhan kebidanan pada kunjungan neonatus pertama (KN I) terhadap bayi Ny. L usia 2 hari di Puskesmas. Berdasarkan data subjektif, ibu datang untuk melakukan kontrol bayi serta pemeriksaan skrining, yaitu skrining penyakit jantung bawaan (PJB) dan skrining hipotiroid kongenital (SHK). Ibu menyampaikan bahwa bayi tidak memiliki keluhan dan dalam kondisi baik.

Berdasarkan pemeriksaan objektif, keadaan umum bayi baik, tampak tenang, dan aktif saat bangun. Warna kulit merata tanpa tanda ikterik, pucat, maupun sianosis. Pemeriksaan kepala menunjukkan ubun-ubun besar datar dan tidak tegang. Mata bersih tanpa sekret dengan respon terhadap cahaya baik. Hidung tidak terdapat sumbatan dan pernapasan tidak sesak. Mulut tampak lembab tanpa sariawan, telinga bersih dan simetris. Dada tampak simetris dengan pernapasan teratur dalam batas normal. Abdomen tidak distensi dengan peristaltik normal. Tali pusat belum puput, namun tampak bersih, tidak kemerahan, tidak berbau, dan tidak terdapat tanda infeksi. Ekstremitas bergerak aktif dengan refleks bayi seperti menghisap, moro, dan menggenggam dalam keadaan baik. Eliminasi BAB dan BAK lancar sesuai usia. Tidak ditemukan tanda bahaya seperti demam, tidak menyusu, kejang, sesak napas, muntah berulang, diare, maupun letargi. Pemeriksaan umum menunjukkan suhu aksila 36,6°C dan berat badan 2400 gram, yang mengalami penurunan sekitar 100 gram dari berat lahir, namun masih

dalam batas fisiologis. Hasil skrining PJB menunjukkan saturasi oksigen tangan kanan 97% dan kaki kanan 98% dengan hasil negatif.

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut, ditegakkan diagnosis bahwa bayi Ny. L usia 2 hari lahir cukup bulan sesuai usia kehamilan secara spontan normal dalam kondisi baik. Penatalaksanaan yang diberikan meliputi pemberian informasi kepada ibu bahwa kondisi bayi dalam keadaan baik tanpa tanda bahaya. Dilakukan pemeriksaan fisik menyeluruh untuk deteksi dini kelainan. Dilakukan skrining hipotiroid kongenital dengan pengambilan sampel darah tumit bayi untuk pemeriksaan laboratorium. Ibu diberikan edukasi bahwa penurunan berat badan sekitar 100 gram masih normal dan akan kembali meningkat dalam 7–10 hari. Ibu dianjurkan untuk menyusui bayi secara on demand dengan teknik yang benar serta memberikan ASI eksklusif. Selain itu, diberikan edukasi tentang perawatan tali pusat, menjaga kehangatan bayi, kebersihan diri dan lingkungan, serta tanda bahaya pada bayi baru lahir. Ibu juga dianjurkan untuk melakukan kunjungan ulang sesuai jadwal atau segera datang jika terdapat keluhan.

Selanjutnya, pada tanggal 9 April 2026 pukul 15.00 WIB dilakukan kunjungan neonatus kedua (KN II) di rumah pasien pada bayi usia 4 hari. Berdasarkan data subjektif, ibu menyatakan bahwa bayi tidak memiliki keluhan. Pemeriksaan objektif menunjukkan keadaan umum bayi baik, tampak tenang dan aktif saat bangun. Suhu aksila 36,4°C, warna kulit merata tanpa tanda ikterik, pucat, maupun sianosis. Kepala dengan ubun-ubun datar dan tidak tegang, mata bersih, hidung tanpa sumbatan, dan pernapasan tidak sesak. Mulut lembab tanpa sariawan, telinga bersih dan simetris. Dada tampak simetris dengan pernapasan teratur, serta abdomen tidak distensi. Tali pusat sudah mengering dan dalam proses menuju puput, tanpa tanda infeksi. Ekstremitas bergerak aktif dengan refleks baik, serta eliminasi BAB dan BAK lancar. Tidak ditemukan tanda bahaya pada bayi.

Berdasarkan hasil tersebut, ditegakkan diagnosis bahwa bayi Ny. L usia 4 hari dalam kondisi baik, lahir cukup bulan sesuai usia kehamilan secara spontan normal. Penatalaksanaan yang diberikan berupa pemberian informasi kepada ibu mengenai kondisi bayi yang baik, serta penguatan edukasi mengenai pemberian ASI eksklusif secara on demand. Ibu juga diberikan edukasi tentang menjaga kehangatan bayi, perawatan tali pusat yang benar, tanda bahaya bayi baru lahir, serta pentingnya menjaga kebersihan diri dan lingkungan untuk mencegah infeksi. Ibu dianjurkan untuk melakukan kunjungan ulang sesuai jadwal atau segera ke fasilitas kesehatan apabila terdapat keluhan.

Selanjutnya, pada tanggal 18 April 2026 pukul 16.00 WIB dilakukan kunjungan neonatus ketiga (KN III) di rumah pasien pada bayi usia 13 hari. Berdasarkan data subjektif, ibu menyampaikan bahwa bayi tidak memiliki keluhan. Pemeriksaan objektif menunjukkan keadaan umum bayi baik, tampak tenang dan aktif. Suhu aksila 35,9°C, warna kulit merata tanpa tanda ikterik maupun pucat. Pemeriksaan kepala menunjukkan ubun-ubun datar dan tidak tegang, mata bersih dengan respon baik, hidung tidak tersumbat, dan pernapasan tidak sesak. Mulut lembab tanpa sariawan, telinga bersih dan simetris. Dada tampak simetris dengan pernapasan normal, serta abdomen tidak distensi. Tali pusat sudah puput dengan kondisi bersih, tidak berbau, dan tidak ada tanda infeksi. Ekstremitas bergerak aktif dengan refleks baik, serta eliminasi BAB dan BAK lancar. Berat badan terakhir tercatat 3100 gram yang menunjukkan adanya peningkatan berat badan yang baik. Tidak ditemukan tanda bahaya pada bayi.

Berdasarkan hasil tersebut, ditegakkan diagnosis bahwa bayi Ny. L usia 13 hari dalam kondisi baik, lahir cukup bulan sesuai usia kehamilan secara spontan normal. Penatalaksanaan yang diberikan meliputi pemberian informasi kepada ibu mengenai kondisi bayi yang baik serta pertumbuhan yang normal. Ibu diberikan edukasi mengenai pemberian ASI eksklusif, perawatan bayi sehari-hari, menjaga kebersihan, serta

menjaga kehangatan bayi. Edukasi juga diberikan terkait perawatan tali pusat setelah puput, serta pengenalan tanda bahaya pada bayi baru lahir. Ibu dianjurkan untuk melanjutkan imunisasi sesuai jadwal serta segera membawa bayi ke fasilitas kesehatan jika terdapat keluhan. Selain itu, diberikan dukungan psikologis agar ibu lebih percaya diri dalam merawat bayinya.

Secara keseluruhan, asuhan kebidanan pada kunjungan neonatus ini menunjukkan bahwa bayi mengalami adaptasi yang baik terhadap kehidupan ekstrauterin, dengan pertumbuhan dan perkembangan yang sesuai usia, serta tidak ditemukan komplikasi selama masa neonatal awal.

4. Asuhan Kebidanan Masa Nifas

Pada tanggal 6 April 2026, dilakukan pengkajian asuhan kebidanan pada Ny. L usia 24 tahun dengan status P1Ab0Ah1 pada masa nifas hari ke-1 setelah persalinan normal di PMB X. Berdasarkan data subjektif, ibu mengeluhkan masih merasakan nyeri pada bagian jalan lahir serta produksi ASI yang belum keluar banyak. Riwayat kehamilan dan persalinan menunjukkan bahwa ibu melahirkan pada usia kehamilan 40 minggu secara spontan normal, ditolong oleh bidan, tanpa komplikasi, dengan bayi lahir hidup, jenis kelamin laki-laki, berat badan 2500 gram, dan nilai APGAR baik. Plasenta lahir lengkap dan ibu mengalami ruptur perineum derajat II yang telah dilakukan penjahitan. Riwayat kesehatan ibu tidak menunjukkan adanya penyakit sistemik baik pada ibu maupun keluarga. Pola makan ibu cukup baik dengan frekuensi tiga kali sehari, eliminasi BAB dan BAK dalam batas normal, serta ibu mulai melakukan ambulasi secara perlahan.

Dari hasil skrining psikologis masa nifas, ibu menunjukkan respon penerimaan yang baik terhadap kelahiran bayinya. Ibu tampak senang, mampu berinteraksi dengan bayi, serta menunjukkan bonding attachment yang baik. Suami dan keluarga juga memberikan dukungan

emosional yang positif terhadap ibu dan bayi, sehingga membantu proses adaptasi psikologis masa nifas.

Berdasarkan pemeriksaan objektif, keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis dan status emosional stabil. Tanda vital dalam batas normal, yaitu tekanan darah 118/78 mmHg, nadi 82 kali per menit, frekuensi napas 22 kali per menit, dan suhu 35,7°C. Pemeriksaan fisik menunjukkan payudara simetris dengan puting menonjol dan mulai tampak berisi. Abdomen menunjukkan kontraksi uterus baik dengan tinggi fundus uteri dua jari di bawah pusat, yang menandakan involusi uterus berlangsung normal. Pada pemeriksaan genetalia ditemukan lochea sanguinolenta dalam jumlah normal, serta luka jahitan perineum tampak bersih tanpa tanda infeksi. Terdapat hemoroid pada anus. Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar hemoglobin 11,8 g/dl.

Berdasarkan data tersebut, ditegakkan diagnosis kebidanan yaitu Ny. L usia 24 tahun P1Ab0Ah1 pada masa nifas hari ke-1 dalam kondisi normal. Masalah yang ditemukan adalah nyeri luka perineum dan produksi ASI yang belum lancar. Diagnosa potensial yang mungkin terjadi adalah infeksi luka perineum, dengan masalah potensial berupa risiko infeksi masa nifas serta gangguan dalam pemberian ASI. Oleh karena itu, diperlukan penatalaksanaan yang tepat untuk mencegah komplikasi dan meningkatkan kondisi ibu.

Penatalaksanaan yang diberikan meliputi pemberian informasi kepada ibu mengenai kondisi umum yang baik serta proses pemulihan yang berjalan normal. Edukasi diberikan mengenai nyeri luka perineum sebagai kondisi yang fisiologis, serta cara perawatan luka dengan menjaga kebersihan genetalia, mengganti pembalut secara teratur, dan menghindari aktivitas berat. Ibu juga diberikan edukasi mengenai produksi ASI yang belum lancar pada hari-hari awal sebagai kondisi normal, serta dianjurkan untuk menyusui sesering mungkin, melakukan pijat payudara, dan menjaga asupan nutrisi serta cairan. Selain itu, ibu dianjurkan melakukan mobilisasi dini secara bertahap untuk

mempercepat pemulihan. Edukasi juga diberikan mengenai teknik menyusui yang benar, nutrisi ibu nifas, serta pentingnya konsumsi obat dan vitamin sesuai anjuran. Ibu juga diberikan informasi mengenai tanda bahaya masa nifas seperti perdarahan hebat, demam, dan tanda infeksi, serta dianjurkan untuk melakukan kunjungan ulang secara rutin.

Selanjutnya, pada tanggal 9 April 2026 pukul 15.00 WIB dilakukan kunjungan nifas kedua (KF II) pada hari ke-4 masa nifas di rumah pasien. Berdasarkan data subjektif, ibu menyatakan tidak ada keluhan dan produksi ASI sudah lancar. Pemeriksaan objektif menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan tanda vital dalam batas normal. Payudara tampak baik dengan ASI keluar lancar, puting menonjol, tidak terdapat lecet maupun bendungan. Abdomen menunjukkan tinggi fundus uteri satu jari di atas simfisis yang menandakan involusi uterus berlangsung baik. Pada pemeriksaan genetalia ditemukan lochea sanguinolenta dalam jumlah normal, luka jahitan perineum tampak bersih tanpa tanda infeksi. Secara psikologis, ibu tampak percaya diri, nyaman dalam menyusui, dan menunjukkan ikatan emosional yang baik dengan bayinya.

Berdasarkan hasil tersebut, ditegakkan diagnosis bahwa Ny. L dalam masa nifas hari ke-4 dalam kondisi normal. Penatalaksanaan yang diberikan meliputi pemberian informasi mengenai kondisi ibu yang baik, edukasi perawatan masa nifas, perawatan luka perineum, serta penguatan edukasi mengenai pemberian ASI eksklusif dengan teknik yang benar. Ibu juga dianjurkan untuk menjaga nutrisi, melakukan mobilisasi ringan, menjaga kebersihan diri dan lingkungan, serta mengenali tanda bahaya masa nifas. Dukungan psikologis juga diberikan untuk meningkatkan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayi.

Selanjutnya, pada tanggal 18 April 2026 pukul 16.00 WIB dilakukan kunjungan nifas ketiga (KF III) pada hari ke-13 masa nifas di rumah pasien. Berdasarkan data subjektif, ibu menyatakan tidak ada keluhan

dan produksi ASI sudah lancar. Pemeriksaan objektif menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan tanda vital dalam batas normal. Payudara dalam kondisi baik dengan ASI lancar, tanpa bendungan maupun lecet. Abdomen menunjukkan tinggi fundus uteri sudah tidak teraba, yang menandakan involusi uterus telah berlangsung dengan baik. Pada pemeriksaan genitalia ditemukan lochea serosa berwarna merah muda dalam jumlah normal, serta luka jahitan perineum tampak bersih tanpa tanda infeksi. Secara psikologis, ibu tampak percaya diri dan nyaman dalam merawat bayinya.

Berdasarkan hasil tersebut, ditegakkan diagnosis bahwa Ny. L dalam masa nifas hari ke-13 dalam kondisi normal. Penatalaksanaan yang diberikan meliputi pemberian informasi mengenai kondisi ibu yang baik, edukasi lanjutan mengenai perawatan diri selama masa nifas, penguatan pemberian ASI eksklusif, serta edukasi mengenai tanda bahaya masa nifas. Ibu juga diberikan konseling awal mengenai keluarga berencana, termasuk tujuan, jenis metode kontrasepsi, dan pentingnya pemilihan metode yang sesuai. Selain itu, ibu dianjurkan untuk menjaga nutrisi, istirahat cukup, serta segera ke fasilitas kesehatan apabila terdapat keluhan.

Secara keseluruhan, asuhan kebidanan pada masa nifas Ny. L menunjukkan proses pemulihan yang fisiologis, dengan involusi uterus yang baik, produksi ASI yang optimal, serta tidak ditemukan komplikasi, sehingga kondisi ibu dapat dikatakan dalam keadaan sehat dan adaptif selama masa nifas.

5. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

Pada tanggal 9 April 2026, dilakukan pengkajian asuhan kebidanan pada Ny. L usia 24 tahun dengan status P1Ab0Ah1 pada masa post partum hari ke-4 sebagai calon akseptor baru keluarga berencana, yang bertempat di rumah pasien. Berdasarkan data subjektif, ibu menyampaikan bahwa dirinya masih merasa bingung dalam

menentukan alat kontrasepsi yang akan digunakan karena belum memiliki pengetahuan yang cukup mengenai berbagai metode kontrasepsi. Riwayat perkawinan menunjukkan bahwa ibu menikah satu kali pada usia 23 tahun dan telah menjalani pernikahan selama satu tahun. Riwayat menstruasi ibu dalam batas normal, dengan menarche usia 12 tahun, siklus teratur 28 hari, lama menstruasi 6 hari, tanpa keluhan dismenore. Riwayat obstetri menunjukkan bahwa ibu baru saja melahirkan anak pertama pada tanggal 5 April 2026 secara spontan normal pada usia kehamilan aterm, dengan bayi lahir hidup, berat badan 2500 gram, dan ibu memberikan ASI. Ibu belum pernah menggunakan alat kontrasepsi sebelumnya.

Riwayat kesehatan ibu tidak menunjukkan adanya penyakit sistemik maupun penyakit ginekologi, baik pada ibu maupun keluarga. Pola kebutuhan sehari-hari menunjukkan kondisi yang cukup baik, dengan pola makan dua kali sehari dan minum 10–12 kali per hari, eliminasi dalam batas normal, serta aktivitas sehari-hari berupa pekerjaan rumah tangga ringan. Ibu belum melakukan hubungan seksual sejak melahirkan. Personal hygiene ibu baik, dengan kebiasaan mandi dua kali sehari dan menjaga kebersihan genetalia. Dari aspek psikososial, ibu menyatakan kurang memahami alat kontrasepsi, namun mendapatkan dukungan dari suami dalam penggunaan KB.

Berdasarkan pemeriksaan objektif, keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis dan status emosional stabil. Tanda vital dalam batas normal, yaitu tekanan darah 116/72 mmHg, nadi 80 kali per menit, frekuensi napas 20 kali per menit, dan suhu 36,0°C. Pemeriksaan fisik menunjukkan kepala dan leher dalam kondisi normal tanpa kelainan. Payudara tampak simetris dengan puting menonjol, tanpa massa atau kelainan, serta mendukung proses menyusui. Abdomen dalam keadaan normal tanpa massa. Ekstremitas tidak menunjukkan adanya edema maupun varises. Pemeriksaan genetalia luar menunjukkan lochea dalam

batas normal tanpa tanda infeksi, serta tidak terdapat kelainan lain. Pemeriksaan penunjang tidak dilakukan.

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut, ditegakkan diagnosis kebidanan yaitu Ny. L usia 24 tahun P1Ab0Ah1 post partum hari ke-4 sebagai calon akseptor baru keluarga berencana. Permasalahan utama adalah kurangnya pengetahuan ibu mengenai metode kontrasepsi, sehingga diperlukan edukasi komprehensif untuk membantu ibu dalam pengambilan keputusan.

Penatalaksanaan yang diberikan meliputi pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi mengenai tujuan dan manfaat keluarga berencana, yaitu untuk menjarangkan kehamilan, menjaga kesehatan ibu dan anak, serta merencanakan jumlah anak sesuai keinginan keluarga. Selanjutnya diberikan edukasi mengenai berbagai jenis alat kontrasepsi, meliputi metode hormonal, non hormonal, dan metode alami. Dijelaskan pula metode kontrasepsi yang aman digunakan pada ibu menyusui, seperti pil progestin (minipil), suntik KB 3 bulan, implant, IUD, dan metode amenorea laktasi (MAL). Ibu diberikan penjelasan rinci mengenai masing-masing metode, termasuk cara kerja, kelebihan, kekurangan, serta efek sampingnya.

Selain itu, dijelaskan pula mengenai kontrasepsi penghalang seperti kondom yang dapat mencegah kehamilan sekaligus melindungi dari infeksi menular seksual. Dijelaskan juga mengenai metode kontrasepsi hormonal kombinasi yang kurang dianjurkan pada ibu menyusui awal karena dapat memengaruhi produksi ASI, serta metode kontrasepsi mantap seperti MOW dan MOP yang bersifat permanen.

Setelah diberikan edukasi, ibu dibantu untuk mempertimbangkan metode kontrasepsi yang sesuai dengan kondisi kesehatan, kebutuhan, serta rencana kehamilan di masa depan dengan melibatkan suami dalam pengambilan keputusan. Namun, pada kunjungan ini ibu belum dapat menentukan pilihan kontrasepsi dan ingin berdiskusi terlebih dahulu dengan suami. Oleh karena itu, ibu diberikan waktu untuk

mempertimbangkan dan direncanakan evaluasi pada kunjungan berikutnya.

Selanjutnya, pada tanggal 18 April 2026 pukul 16.00 WIB dilakukan kunjungan perkembangan keluarga berencana di rumah pasien. Berdasarkan data subjektif, ibu menyatakan telah berdiskusi dengan suami dan berencana menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) berupa implan. Pemeriksaan objektif menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran *compos mentis*, tanpa keluhan maupun tanda kelainan.

Berdasarkan hasil tersebut, ditegakkan diagnosis bahwa Ny. L usia 24 tahun P1Ab0Ah1 merupakan calon akseptor baru keluarga berencana dengan rencana penggunaan MKJP implan. Penatalaksanaan yang diberikan meliputi pemberian informasi bahwa implan merupakan metode kontrasepsi yang aman dan efektif untuk ibu menyusui, tidak memengaruhi produksi ASI, serta dapat digunakan dalam jangka panjang. Ibu juga diberikan edukasi mengenai prosedur pemasangan, waktu pemasangan implan postpartum, efek samping yang mungkin terjadi, serta pentingnya kontrol ulang setelah pemasangan. Direncanakan pemasangan implan dilakukan setelah masa nifas selesai atau sekitar 6 minggu postpartum sesuai kondisi ibu.

Secara keseluruhan, asuhan kebidanan pada pelayanan keluarga berencana ini menunjukkan bahwa ibu telah mampu mengambil keputusan secara mandiri setelah diberikan edukasi yang komprehensif, dengan dukungan suami, sehingga penggunaan kontrasepsi dapat berjalan sesuai dengan kebutuhan dan kondisi ibu.

B. Kajian Teori

1. Asuhan Berkelanjutan (*Continuity of Care*)

Continuity of care merupakan suatu konsep yang menekankan pentingnya kesinambungan dalam pemberian pelayanan kesehatan sejak hamil hingga pasca melahirkan, dengan tujuan untuk meningkatkan kemandirian keluarga dalam mencegah komplikasi kehamilan.¹⁰

Kemenkes RI menyatakan bahwa Asuhan Kebidanan Berkelanjutan terdiri dari Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual diselenggarakan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara menyeluruh terpadu dan berkesinambungan. *Continuity of care* yang dilakukan oleh bidan pada umumnya berorientasi untuk meningkatkan kesinambungan pelayanan dalam suatu periode.

Continuity of care memiliki 3 jenis pelayanan yaitu manajemen, informasi dan hubungan. Kesinambungan manajemen melibatkan komunikasi antar perempuan dan bidan. Kesinambungan informasi menyangkut ketersediaan waktu yang relevan. Kedua hal tersebut penting untuk mengatur dan memberikan pelayanan kebidanan.¹¹ Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan dari bidan hampir delapan kali lipat lebih besar untuk melakukan persalinan di bidan yang sama. Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan oleh bidan melaporkan kepuasan lebih tinggi terkait informasi, saran, penjelasan, tempat persalinan, persiapan persalinan, pilihan untuk menghilangkan rasa sakit dan pengawasan oleh bidan. Penelitian di Denmark memiliki kesamaan hasil penelitian bahwa dengan *Continuity of care* mendapatkan pengalaman yang membaik, mengurangi morbiditas maternal, mengurangi penggunaan intervensi pada saat persalinan, meningkatkan jumlah persalinan normal dibandingkan dengan perempuan yang merencanakan persalinan dengan tindakan. Hasil yang signifikan secara *continuity of care* secara *women center* meliputi dukungan, partisipasi dalam pengambilan keputusan, perhatian terhadap psikologis, kebutuhan dan harapan pada saat akan melahirkan, informasi dan menghargai perempuan.¹²

2. Konsep Dasar Kehamilan

a. Definisi

Kehamilan adalah suatu kondisi di mana seorang wanita membawa embrio atau janin yang sedang berkembang dalam tubuhnya. Kehamilan dimulai ketika sperma membuahi sel telur yang telah dilepaskan dari ovarium selama ovulasi, dan proses ini menghasilkan zigot. Zigot ini kemudian berkembang menjadi embrio, dan kemudian menjadi janin, selama masa kehamilan yang biasanya berlangsung sekitar 40 minggu atau 9 bulan dari hari pertama menstruasi terakhir (HPHT).¹³ Proses kehamilan dibagi menjadi tiga trimester, masing-masing dengan perkembangan penting bagi pertumbuhan janin. Trimester pertama (0-12 minggu): Periode ini meliputi pembentukan awal organ dan sistem tubuh janin. Trimester kedua (13-26 minggu): Pada trimester ini, pertumbuhan janin berlanjut, dan perkembangan fisik semakin jelas terlihat, seperti gerakan janin yang mulai terasa oleh ibu. Trimester ketiga (27-40 minggu): Janin mengalami pertumbuhan maksimal dan persiapan untuk kelahiran, termasuk perkembangan paru-paru yang penting.¹⁴

b. Perubahan Anatomi dan Fisiologi

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.¹⁵

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 Tinggi Fundus Uteri (TFU) dalam satuan sentimeter (cm) dengan alat pengukur metlin bahwa TFU sama dengan ± 2 cm dari usia kehamilan saat itu.¹⁶

b) Vagina dan Vulva

Akibat peningkatan hormon estrogen, vagina dan vulva mengalami hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva berwarna tampak lebih cerah, agak kebiruan (livide).¹⁶

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 puting yang disebut kolostrum.¹²

3) Sistem Muskuloskeletal

Pergeseran pusat gravitasi yang terjadi selama kehamilan mengakibatkan peningkatan lordosis pada punggung bawah dan fleksi pada leher. Pergeseran postur ini dapat menyebabkan ketegangan pada punggung bawah yang semakin parah seiring

dengan perkembangan kehamilan. Terjadi peningkatan mobilitas dan pelebaran sendi sakroiliaka dan simfisis pubis, serta kelonggaran sendi pada tulang belakang lumbar. Sindrom terowongan karpal merupakan kejadian umum selama kehamilan akibat kompresi saraf medianus. Peningkatan kadar estrogen menyebabkan spider angiomas dan palmar erythema. Peningkatan hormon perangsang melanosit dan hormon steroid menyebabkan hiperpigmentasi pada wajah, puting susu, perineum, garis perut, dan pusar.¹⁷

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.¹⁸

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.¹⁷

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.¹⁹

Tabel 2. Rekomendasi Penambahan Berat Badan Selama Kehamilan

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.¹⁶

c. Tinggi Fundus Uteri (TFU)

1) Perubahan Uterus di Masa Kehamilan

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, amnion) sampai persalinan. Pada perempuan tidak hamil uterus mempunyai berat 70 gram dan kapasitas 10 ml atau kurang. Selama kehamilan, uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta, dan cairan amnion rata-rata pada

akhir kehamilan volume totalnya mencapai 5 liter bahkan dapat mencapai 20 liter atau lebih dengan berat rata-rata 1100 gram.

Selama kehamilan serat otot uterus menjadi regang dan bertambah besar atau hyperplasia. Hal ini terjadi karena pengaruh dari kerja hormon dan tumbuh kembang janin. Pertumbuhan uterus yang terutama terjadi pada trimester kedua adalah proses hipertrofi atau pembesaran ukuran uterus, hal ini terjadi karena adanya berbagai rangsangan pada uterus untuk melakukan pembesaran ukuran. Pertumbuhan janin membuat uterus meregang sehingga menstimulasi sintesis protein pada bagian myometrium uterus.

Pada minggu-minggu pertama kehamilan, uterus masih seperti bentuk aslinya seperti buah avokad. Seiring dengan perkembangan kehamilannya, daerah fundus dan korpus akan membulat dan akan menjadi bentuk sferis pada usia kehamilan 12 minggu. Panjang uterus akan bertambah lebih cepat dibandingkan lebarnya sehingga akan berbentuk oval. Ismus uteri pada minggu pertama mengadakan hipertrofi seperti korpus uteri yang mengakibatkan ismus menjadi lebih panjang dan lunak yang dikenal dengan tanda Hegar. Pada akhir kehamilan kehamilan 12 minggu uterus akan terlalu besar dalam rongga pelvis dan seiring perkembangannya, uterus akan menyentuh dinding abdominal, mendorong usus ke samping dan ke atas, terus tumbuh hingga hampir menyentuh hati.

2) Pengukuran Tinggi Fundus Uteri

Pengukuran TFU (tinggi fundus uteri) merupakan salah satu metode pengukuran yang dilakukan pada kehamilan trimester kedua dan ketiga, dengan cara mengukur perut ibu dari simfisis pubis hingga fundus uteri menggunakan pita ukur. Pengukuran TFU dengan menggunakan pita ukur ini pertama kali diperkenalkan di Amerika oleh Mc. Donald pada tahun 1906-

1910, sehingga dikenal juga dengan sebutan ‘pengukuran Mc. Donald’. Selain metode ini, ada juga pengukuran lain yaitu teknik pengukuran Caliper. Teknik ini menggunakan jangka lengkung (Caliper), pengukuran dilakukan dengan meletakkan salah satu ujung Caliper di vagina ibu, sedangkan ujung yang lainnya di fundus. Karena pemeriksaan ini menimbulkan ketidaknyamanan pada ibu dan berisiko terjadinya infeksi, maka jarang digunakan.

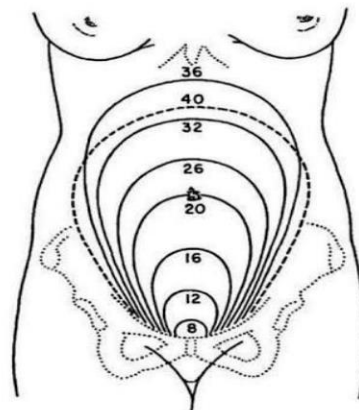
The American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) dan *The Public Health Service Expert Panel* (1989) melakukan advokasi untuk merekomendasikan pengukuran TFU dengan menggunakan pita ukur ini menjadi pemeriksaan rutin pada kunjungan prenatal. Pengukuran TFU ini didasarkan pada perubahan anatomi dan fisiologi uterus selama kehamilan, fundus menjadi nampak jelas di abdominal dan dapat diukur. Sehingga pertumbuhan uterus dapat dijadikan variabel penanda pertumbuhan janin. Beberapa rumus yang pernah digunakan dan dipertimbangkan adalah penggunaan rumus Johnson Tausack dan rumus Niswander. Namun dalam penggunaan klinis sehari-hari, metode yang sering dan mudah digunakan adalah Johnson Tausack, selain itu keakuratannya dapat dipertimbangkan. Rumus tersebut hanya dapat digunakan pada presentasi kepala, dimana pemeriksa sebelumnya melakukan pengukuran tinggi fundus uteri, turunnya kepala dan dimasukkan kedalam rumus.

Tabel 3. Tinggi Fundus Uteri menurut Mc. Donald (dalam tafsiran usia kehamilan)

Umur Kehamilan (minggu)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
12 minggu	3 jari diatas simfisis
16 minggu	$\frac{1}{2}$ simfisis – pusat
20 minggu	3 jari dibawah simfisis
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	3 jari diatas pusat
32 minggu	$\frac{1}{2}$ pusat – processus xifoideus
36 minggu	Setinggi processus xifoideus
40 minggu	28 jari dibawah processus xifoideus

Sumber: Prawirohardjo (2009)

- Jika tinggi fundus belum melewati pusat : UK (minggu) = hasil ukur +4
- Jika tinggi fundus sudah melewati pusat : UK (minggu) = hasil ukur +6



Gambar 1. TFU menurut usia kehamilan dalam minggu
Menurut Spiegelberd dengan jalan mengukur tinggi fundus uteri dari simfisis, maka diperoleh :

Tabel 4. Tabel Tinggi Fundus Uteri Menurut Spiegelberd

Umur Kehamilan (minggu)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
22-28 minggu	24-25 cm diatas simfisis
28 minggu	26,7 cm diatas simfisis
30 minggu	29,5-30 cm diatas simfisis
32 minggu	29,5-30 cm diatas simfisis
34 minggu	31 cm diatas simfisis
36 minggu	32 cm diatas simfisis
38 minggu	33 cm diatas simfisis
40 minggu	37,7 cm diatas simfisis

Sumber : Sari, Anggita dkk (2015)

3) Fungsi Pengukuran Tinggi Fundus Uteri

Pengukuran tinggi fundus uteri di atas simfisis pubis digunakan sebagai salah satu indikator untuk menentukan kemajuan pertumbuhan janin dan dapat dijadikan perkiraan usia kehamilan.

d. Taksiran Berat Janin

1) Defini

Taksiran berat janin adalah salah satu cara menafsir berat janin ketika masih di dalam uterus. Berat badan janin mempunyai arti yang sangat penting dalam pemberian asuhan kebidanan, khususnya asuhan persalinan. Apabila mengetahui berat badan janin yang akan dilahirkan, maka bidan dapat menentukan saat rujukan, sehingga tidak terjadi keterlambatan penanganan. Berat badan bayi yang sangat kecil atau sangat besar berhubungan dengan meningkatnya komplikasi selama masa persalinan dan nifas. Selain itu, dengan mengetahui taksiran berat janin, penolong persalinan dapat memutuskan rencana persalinan pervaginam secara spontan atau tidak.

2) Tujuan

Taksiran berat janin berguna untuk memantau pertumbuhan janin dalam rahim, sehingga diharapkan dapat mendeteksi dini kemungkinan terjadinya pertumbuhan janin yang abnormal

(Kusmiyati, 2008). Selain itu, taksiran berat janin mempunyai arti yang sangat penting. Berat bayi yang sangat kecil atau sangat besar berhubungan dengan meningkatnya komplikasi selama masa persalinan dan nifas. Hal yang paling sering terjadi pada janin dengan berat lahir besar (makrosomia) salah satunya adalah distosia bahu. Sedangkan pada ibu dapat terjadi perlukaan jalan lahir, trauma pada otot-otot dasar panggul dan perdarahan pasca persalinan. Pada bayi dengan berat lahir rendah dapat terjadi respiratory distress syndrom atau hipoglikemi.

3) Cara Mengukur Taksiran Berat Janin

Terdapat berbagai cara untuk menentukan taksiran berat janin. Namun yang paling sering digunakan yaitu dengan pemeriksaan ultrasonografi, dan pengukuran tinggi fundus uteri. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap pengukuran dan diperkirakan sulit untuk dapat dikoreksi dalam penaksiran berat badan janin ialah seperti tumor rahim, polihidramnion, plasenta previa, kehamilan ganda dikeluarkan dari penelitian, sedangkan obesitas, paritas, kondisi selaput ketuban, penurunan bagian terbawah janin.

a) Pemeriksaan Ultrasonografi

Pemeriksaan USG merupakan suatu metode diagnostik dengan menggunakan gelombang ultrasonik untuk mempelajari morfologi dan fungsi suatu organ berdasarkan gambaran eko dari gelombang ultrasonik dan dipantulkan oleh organ (Prawirohardjo, 2009). Penentuan berat badan janin dengan USG menggunakan beberapa parameter, seperti Biparietal Diameter (BPD), Femur Length (FL), Abdominal Circumference (AC), Cross Sectional Area of Thigh (CSAT). Saat ini, penggunaan USG oleh para penyedia pelayanan

kesehatan telah banyak digunakan untuk memantau tumbuh kembang dan merupakan suatu cara yang modern dalam memprediksi kesejahteraan janin dalam uterus. Ketersediaan fasilitas dan sarana pelayanan. Pemeriksaan ultrasonografi masih terbatas pada PMB tertentu. Alat ini diperlukan untuk mendeteksi adanya kelainan pada janin, termasuk memantau suatu cara alternatif untuk memantau pertumbuhan berat janin. Dengan demikian diperlukan suatu cara alternatif untuk memantau pertumbuhan berat badan janin dimana fasilitas USG tidak tersedia. Pada prinsipnya pengguna USG baik 2D, 3D bahkan 4D, tidak menimbulkan efek samping pada kehamilan. Pemakaian alat USG baik 2D, 3D dan 4D pada pemakai (user) yang mengerti dan paham akan membawa arah diagnosis ke suatu kelainan janin atau penyakit janin yang lebih jelas, tetapi USG yang dilakukan hanya untuk koleksi perkembangan janin.

b) Pengukuran Tinggi Fundus Uteri

Pengukuran tinggi fundus uteri (TFU) merupakan salah satu dari 10T yaitu kebijakan program pemerintah untuk menurunkan angka kematian ibu, dimana pengukuran TFU adalah indikator untuk melihat kesejahteraan ibu dan janin. Tinggi fundus uteri (TFU) dapat digunakan untuk menentukan usia kehamilan atau menentukan taksiran berat badan janin (TBJ). TFU diukur dengan methelin dari fundus ke simfisis pubis. Cara pengukurannya dengan menggunakan methelin, dengan titik nol diletakkan di atas simfisis pubis, lalu ditarik setinggi fundus uteri ibu hamil.

c) Rumus Taksiran Berat Janin dengan Rumus Johnson Tausack

Johnson dan Tausack (1954) menggunakan suatu metode untuk menaksirkan berat badan janin dengan pengukuran tinggi fundus uteri (TFU), yaitu dengan mengukur jarak antara tepi atas simfisis pubis sampai puncak fundus uteri dengan mengikuti lengkungan uterus, memakai pita pengukur dalam centimeter dikurangi 11, 12, atau 13 hasilnya dikalikan 155, didapatkan berat badan bayi dalam gram. Pengurangan 11, 12, atau 13 tergantung dari posisi kepala bayi. Jika kepala sudah melewati tonjolan tulang (spinaischiadika) maka dikurangi 12, jika belum melewati tonjolan tulang (spinaischiadika) dikurangi 11 (Varney, 2004).

Rumus Johnson adalah sebagai berikut:

$$TBJ = (TFU - N) \times 155$$

Keterangan:

TBJ	=	Taksiran Berat Janin
TFU	=	Tinggi Fundus Uteri
N	=	13 bila kepala belum masuk PAP 12 bila kepala masih berada di atas spina ischiadika 11 bila kepala berada di bawah spina ischiadika

e. Tanda Bahaya dalam Kehamilan

Setiap kehamilan normal sangat mungkin untuk berpotensi menjadi kehamilan patologis. Bidan harus mengajarkan kepada ibu

agar dapat mengenali tanda-tanda bahaya kehamilan. Berikut merupakan tanda bahaya kehamilan:

1) Perdarahan pervaginam

Perdarahan tidak normal yang terjadi pada awal kehamilan (perdarahan merah, banyak atau perdarahan dengan nyeri), kemungkinan abortus, mola atau kehamilan ektopik. Perdarahan tidak normal pada kehamilan lanjut (perdarahan merah, banyak, kadang-kadang, tidak selalu, disertai rasa nyeri) bisa berarti plasenta previa atau solusio plasenta.

2) Sakit kepala yang hebat

Ibu hamil terkadang mengeluh nyeri kepala yang hebat. Sakit kepala sering kali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah serius adalah sakit kepala yang menetap dan tidak hilang dengan istirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat, ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang. Nyeri kepala hebat pada masa kehamilan dapat menjadi tanda gejala preeklampsia sehingga perlu dilakukan pemeriksaan lengkap baik edema pada tangan/ kaki, tekanan darah dan protein urin ibu sejak dini.

3) Bengkak di wajah dan jari-jari tangan

Bengkak biasanya menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah istirahat dan disertai dengan keluhan fisik lain. Hal ini dapat merupakan pertanda dari anemia, gangguan fungsi ginjal, gagal jantung ataupun preeklampsia. Gejala anemia dapat muncul dalam bentuk odema karena menurunnya kekentalan darah disebabkan berkurangnya kadar HB sebagai pengangkut oksigen dalam darah. Pada darah yang rendah

kadar Hb-nya, kandungan cairannya lebih tinggi dibandingkan dengan sel-sel darah merahnya.

4) Gerakan janin tidak terasa

Pergerakan bayi yang tidak dirasakan di dalam kandungan juga bisa dijadikan patokan kehamilan yang bermasalah pada ibu hamil. Memantau gerakan janin merupakan salah satu indikator kesejahteraan janin. Metode sederhana FMC (*Fetal Movement Counting*) yaitu minta ibu untuk meletakkan 10 uang logam dalam mangkok, ambil satu uang logam setiap kali janin bergerak, apabila tidak seluruh uang logam ibu ambil dalam waktu dua jam, maka ibu hamil hamil disarankan segera periksa ke fasilitas kesehatan.

5) Demam tinggi

Jika suhu ibu hamil berada pada $> 38^{\circ}\text{C}$ dalam kehamilan, ini menandakan ibu dalam masalah. Demam pada kehamilan merupakan manifestasi tanda gejala infeksi kehamilan. Penanganan dapat dengan mencukupi kebutuhan cairan dan kompres hangat guna menurunkan suhu ibu.

6) Air ketuban keluar sebelum waktunya

Keluarnya cairan berupa air-air dari vagina pada trimester III. Ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan preterm ataupun kehamilan aterm. Normalnya selaput ketuban pecah pada akhir kala I atau awal kala II.

f. Standar Pelayanan Antenatal

Pelayanan antenatal yang sesuai standar meliputi standar kuantitas dan standar kualitas. Standar kuantitas adalah kunjungan enam kali selama periode kehamilan dengan ketentuan satu kali pada trimester pertama, dua kali pada trimester kedua, dan tiga kali pada

trimester ketiga. WHO dan Kementerian Kesehatan RI sangat menyarankan agar setiap ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan minimal 4 – 8 kali pertemuan. Ibu hamil dianjurkan melakukan pemeriksaan kehamilan setiap 2 minggu sekali dari usia kehamilan 28 – 36 minggu dan setiap satu minggu sekali dari usia kehamilan 36 minggu hingga waktunya melahirkan.

Standar kualitas yaitu pelayanan antenatal yang memenuhi 10T meliputi:

- 1) Pengukuran berat dan tinggi badan. Dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin.
- 2) Pengukuran tekanan darah untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah 140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah; dan atau proteinuria).
- 3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA). Dilakukan pada kontak pertama untuk skrining ibu hamil berisiko Kurang Energi Kronis (KEK). Ibu hamil mengalami KEK dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LiLA kurang dari 23,5 cm.
- 4) Pengukuran TFU dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur (setelah kehamilan 24 minggu). Perbedaan 1 – 2 cm pada pengukuran TFU dapat ditoleransi.
- 5) Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ). Dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ normal yaitu 120-160 kali/menit. Pemeriksaan DJJ dapat menggunakan linex atau Doppler. Dilakukan dengan pemeriksaan palpasi Leopold untuk menentukan presentasi janin.

- 6) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus difteri (Td) apabila diperlukan.
- 7) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan.
- 8) Tes laboratorium. Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal yaitu golongan darah, kadar hemoglobin darah (Hb), protein dalam urin, kadar gula darah, tes Sifilis, HIV dan Hepatitis.
- 9) Tatalaksana/ penanganan kasus. Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan.
- 10) Temu wicara (konseling). Pemberian komunikasi interpersonal dan konseling termasuk KB dan kebiasaan yang membahayakan ibu dan janin seperti merokok. Sejumlah penelitian menunjukkan hasil bahwa rokok dan asapnya mempunyai dampak negatif terhadap ibu hamil dan janin di antaranya prematur, KPD, abortus spontan, plasenta previa, solusio plasenta, kerusakan DNA, berat bayi lahir rendah, dan IUGR.

g. Konsep *Antenatal Care* (ANC)

Konsep *Antenatal Care* (ANC) terbaru menurut Kementerian Kesehatan (Kemenkes) Indonesia mengalami beberapa perubahan dalam upaya menurunkan angka kematian ibu (AKI) dan bayi.²⁰ Salah satu perubahan utama adalah bahwa pemeriksaan ANC sekarang diwajibkan dilakukan minimal 6 kali selama masa kehamilan, dengan dua kali di antaranya harus dilakukan oleh dokter dan menggunakan USG. Hal ini bertujuan untuk mendeteksi secara dini kemungkinan komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan.²¹

Menurut pedoman terbaru dari Kemenkes, ANC minimal dilakukan 6 kali dengan pembagian waktu sebagai berikut:

- 1) Kunjungan 1 : Trimester pertama (0-12 minggu)
 - a) Deteksi dini faktor risiko kehamilan.
 - b) Pemeriksaan kesehatan umum dan laboratorium dasar.
- 2) Kunjungan 2: Trimester kedua (13–24 minggu)
 - a) USG pertama oleh dokter untuk melihat kondisi janin.
 - b) Skrining komplikasi kehamilan awal seperti preeklamsia.
- 3) Kunjungan 3: Trimester kedua (25–28 minggu)
 - a) Evaluasi perkembangan janin.
 - b) Pemberian tablet tambah darah (TTD).
- 4) Kunjungan 4: Trimester ketiga (29–34 minggu)
 - a) Evaluasi lanjutan untuk deteksi risiko persalinan.
- 5) Kunjungan 5: Trimester ketiga (35–37 minggu)
 - a) USG kedua untuk memastikan kesiapan persalinan.
 - b) Pengecekan letak dan kondisi janin.
- 6) Kunjungan 6: Trimester ketiga (38–40 minggu)
 - a) Persiapan menghadapi persalinan, termasuk skrining komplikasi akhir kehamilan.

3. Kekurangan Energi Kronis (KEK)

a. Definisi Kurang Energi Kronis (KEK)

Kurang Energi Kronik (KEK) merupakan salah satu masalah gizi yang sering terjadi pada wanita hamil yang disebabkan karena kurangnya asupan energi dalam kurun waktu yang cukup lama. Kurang Energi Kronis (KEK) dapat ditandai dengan ukuran lingkaran lengan atas (LILA) <23,5 cm, sehingga akan mengakibatkan timbulnya gangguan kesehatan. Kurang Energi Kronis tidak terjadi pada ibu hamil saja, melainkan dapat juga terjadi pada Wanita Usia Subur.

Ibu hamil yang memiliki gangguan kurang gizi pada saat kehamilan akan berpengaruh pada ibu beserta janinnya kelak. Pengaruh yang terjadi pada ibu apabila ibu hamil mengalami masalah gizi diantaranya anemia, pendarahan, berat badan ibu tidak bertambah secara normal dan ibu bisa terkena penyakit infeksi. Pengaruh lain terjadi pada saat proses persalinan yaitu diantaranya dapat mengakibatkan persalinan sulit dan lama, premature (persalinan sebelum waktunya, pendarahan setelah persalinan serta persalinan dengan cara operasi cenderung lebih banyak (meningkat).

Selain berpengaruh pada ibu dan proses persalinan, masalah kurang gizi juga berpengaruh terhadap janin yang dikandung oleh ibu hamil, diantaranya yaitu abortus, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, dan asfiksia intrapartum (mati dalam kandungan) serta berat badan bayi lahir rendah atau yang sering disebut dengan (BBLR).

Status gizi pada ibu hamil dapat dipantau melalui cara penambahan berat badan selama hamil, mengukur lingkaran lengan atas (LILA) dan mengukur kadar Hb. Pertambahan berat badan ibu hamil yang normal yaitu sekitar 10-12 kg, dimana penambahan berat badan pada trimester pertama kurang dari 1 kg, pada trimester kedua penambahan berat badan sekitar 3 kg dan pada trimester terakhir atau trimester ketiga penambahan berat badan sekitar 6 kg. Penambahan berat badan ini tidak hanya untuk memantau status gizi ibu hamil saja, tetapi dapat juga untuk memantau pertumbuhan janin. Pengukuran LILA dimaksudkan untuk mengetahui apakah ibu mengalami KEK atau tidak, sedangkan kadar Hb dimaksudkan untuk mengetahui ibu hamil itu mengalami anemia gizi atau tidak.

Ukuran LILA yang normal yaitu 23,5 cm. Ibu yang memiliki ukuran LILA di bawah 23,5 cm maka akan terindikasi menderita masalah gizi Kurang Energi Kronis (KEK). Menurut Agria (2012) ibu hamil yang mengalami Kurang Energi Kronis (KEK) juga akan

meningkatkan risiko kesakitan dan kematian bayi karena rentan terhadap infeksi dan gangguan belajar.

b. Faktor-Faktor Penyebab Kurang Energi Kronis (KEK)

1) Paritas

Paritas adalah berapa kali seorang ibu telah melahirkan. Dalam hal ini ibu dikatakan terlalu banyak melahirkan adalah lebih dari 3 kali. Manfaat riwayat obstetrik ialah membantu menentukan besaran kebutuhan akan zat gizi karena terlalu sering hamil dapat menguras cadangan zat gizi tubuh.

2) Pendidikan

Pemilihan makanan dan kebiasaan diet dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap terhadap makanan dan praktek-praktek pengetahuan tentang nutrisi melandasi pemilihan makanan. Pendidikan formal dari ibu rumah tangga sering kali mempunyai asosiasi yang positif dengan pengembangan pola-pola konsumsi makanan dalam keluarga. Beberapa studi menunjukkan bahwa jika tingkat pendidikan dari ibu meningkat maka pengetahuan nutrisi dan praktik nutrisi bertambah baik.

3) Jarak melahirkan

Jarak melahirkan yang terlalu dekat akan menyebabkan kualitas janin/anak yang rendah dan juga akan merugikan kesehatan ibu. Ibu tidak memperoleh kesempatan untuk memperbaiki tubuhnya sendiri (ibu memerlukan energi yang cukup untuk memulihkan keadaan setelah melahirkan anaknya). Dengan mengandung kembali maka akan menimbulkan masalah gizi bagi ibu dan janin/bayi berikut yang dikandung.

4) Usia Ibu

Ibu yang terlalu muda (kurang dari 20 tahun) dapat terjadi kompetisi makanan antara janin dan ibunya sendiri yang masih dalam masa pertumbuhan dan adanya perubahan hormonal yang terjadi selama kehamilan. Sehingga usia yang paling baik adalah

lebih dari 20 tahun dan kurang dari 35 tahun. Dengan demikian diharapkan status gizi ibu hamil akan lebih baik.

c. Deteksi Dini KEK

- 1) Dilakukan pada kontak pertama dengan pelayanan Kesehatan dengan mengukur Lingkar Lengan Atas (LiLA) dengan memakai pita LiLA
- 2) Ibu hamil dengan LiLA $< 23,5$ cm berarti menderita risiko KEK, harus dirujuk ke Puskesmas/ sarana pelayanan kesehatan lain untuk mendapatkan konseling dan PMT ibu hamil.
- 3) Pengukuran LiLA dapat dilakukan oleh petugas kesehatan (Kemenkes, 2019).
- 4) Konseling dapat dilakukan oleh kader atau petugas gizi di Puskesmas atau disarana kesehatan lain.

d. Cara Penilaian Status KEK

Salah satu cara untuk mengetahui status Kekurangan Energi Kronik (KEK) Wanita hamil Usia Subur (WUS) usia 15-49 tahun yaitu dapat dilakukan dengan melakukan pengukuran Lingkar Lengan Atas (LLA). Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LLA) dapat digunakan untuk mengetahui status gizi bayi, balita, dan ibu hamil, anak sekolah beserta dewasa. Indeks LLA ini dapat digunakan tanpa harus mengetahui umur.

Parameter untuk mengetahui bahwa seorang wanita itu berisiko Kurang Energi Kronik (KEK) atau tidak yaitu hasil pengukuran Lingkar Lengan Atas (LLA) $< 23,5$ cm. Cara pengukuran Lingkar Lengan Atas dilakukan melalui urutan yang telah ditetapkan sesuai SOP (System Operational Procedure). Berikut cara pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA):

- 1) Tetapkan posisi bahu dan siku
- 2) Letakkan pita antara bahu dan siku
- 3) Tentukan titik tengah lengan
- 4) Lingkarkan pita LLA pada tengah lengan
- 5) Pita jangan terlalu ketat dan terlalu longgar

6) Membaca hasil skala pengukuran yang benar

Hal yang perlu diperhatikan dalam pengukuran LLA yaitu pengukuran dilakukan di titik tengah antara bahu dan siku pada tangan yang jarang digunakan untuk beraktifitas. Lengan dalam keadaan tergantung bebas, dalam posisi bebas lengan baju, dan otot dalam keadaan tidak tegang. Alat pengukur dalam keadaan baik, tidak kusut atau terdapat lipatan sehingga permukaannya tidak rata.

e. Dampak KEK terhadap Ibu Hamil dan Bayi pada Masa Kehamilan, Bersalin, dan Nifas

Ibu yang mendapatkan asupan makanan dan minuman (makanan utama maupun makanan ringan) yang cukup merupakan sumber glukosa. glukosa merupakan sumber utama energi untuk sel-sel tubuh. Asupan makanan yang kurang akan mengakibatkan kesulitan pada proses bersalin. Kekurangan energi mengakibatkan komplikasi persalinan baik ibu maupun janin. Pada ibu hamil akan mempengaruhi kontraksi (his) sehingga akan menghambat kemajuan persalinan dan meningkatkan insiden persalinan dengan tindakan serta meningkatkan resiko pendarahan postpartum. Pada janin, akan mempengaruhi pertumbuhan janin terhambat (IUGR), abortus, kelahiran Bayi mati (IUFD), Cacat bawaan, Berat badan lahir rendah (BBLR), dan asfiksia.

f. Penatalaksanaan KEK

Penanggulangan KEK pada ibu hamil dimulai sejak sebelum hamil bahkan sejak usia remaja putri. Upaya penanggulangan tersebut membutuhkan koordinasi lintas program dan perlu dukungan lintas sektor, organisasi profesi, tokoh masyarakat, LSM dan institusi lainnya:

1) Pemberian Makanan Tambahan (PMT)

Pada kelompok rawan merupakan salah satu strategi suplementasi dalam mengatasi masalah gizi. Makanan tambahan berfokus pada gizi makro maupun zat gizi mikro bagi ibu hamil sangat diperlukan dalam rangka pencegahan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dan balita pendek (stunting). Pemberian makanan

tambahan dilakukan untuk memenuhi kecukupan gizi ibu hamil KEK dan tetap mengkonsumsi makanan keluarga sesuai gizi seimbang.

Ketentuan pemberian Makanan Tambahan yaitu:

- a) Makanan tambahan diberikan pada ibu hamil KEK yaitu ibu hamil yang memiliki ukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA) dibawah 23,5 cm.
 - b) Pemberian MT pada ibu hamil terintegrasi dengan pelayanan Antenatal Care (ANC).
 - c) Tiap bungkus MT ibu hamil berisi 3 keping biskuit lapis (60 gram).
 - d) Pada kehamilan trimester I diberikan 2 keping biskuit lapis per hari.
 - e) Pada kehamilan trimester II dan III diberikan 3 keping biskuit lapis perhari.
 - f) Pemantauan pertambahan berat badan sesuai standar kenaikan berat badan ibu hamil dan atau LiLA. Apabila berat badan sudah sesuai standar kenaikan berat badan dan atau ibu hamil tidak lagi dalam kategori KEK sesuai pemeriksaan LiLA, selanjutnya mengkonsumsi makanan keluarga gizi seimbang.
- 2) PMT ibu hamil serta kandungan gizi

PMT ibu hamil adalah suplementasi gizi berupa biskuit lapis yang dibuat dengan formulasi khusus dan diformulasikan dengan vitamin dan mineral yang diberikan kepada ibu hamil dengan kategori KEK untuk mencukupi kebutuhan gizi. PMT ditujukan untuk ibu hamil yang berisiko KEK dengan hasil pengukuran LiLA < 23,5 cm.

Kandungan zat gizi biskuit PMT ibu Hamil menurut Kemenkes sebagai berikut:

- a) Makanan Tambahan (MT) Ibu Hamil adalah suplementasi gizi berupa biskuit lapis yang dibuat dengan formulasi khusus dan

diformulasikan dengan vitamin dan mineral yang diberikan kepada ibu hamil dengan kategori KEK untuk mencukupi kebutuhan gizi.

- b) Tiap kemasan primer (dua keping)
- c) MT Ibu hamil diperkaya 11 macam vitamin (A, D, E, B1, B2, B3, B5, B6, B12, C, Asam Folat) dan tujuh macam mineral (Besi, Kalsium, Natrium, Seng, Iodium, Fosfor, Selenium).
- d) Takaran saji 100 gram 5) Jumlah persajian 500 kkal, terdiri dari energi dan lemak 230 kkal
- e) Presentase AKG (Angka Kecukupan Gizi) lemak total 25 gram (42%), protein 15 gram (19%), karbohidrat total 53 gram (16%), natrium 390 mg (26%).

4. Anemia Pada Ibu Hamil

a. Pengertian Anemia

Anemia adalah suatu keadaan dimana kadar hemoglobin dan eritrosit lebih rendah daripada nilai normal, yang berbeda untuk setiap kelompok umur dan jenis kelamin sehingga berkurangnya fungsi pertukaran O₂ dan CO₂ diantara jaringan dan pembentukan sel darah merah dalam produksinya guna mempertahankan kadar hemoglobin pada tingkat normal.

Menurut WHO (2015) klasifikasi batas Kadar Hemoglobin (Hb) Anak – anak 6-14 tahun 12,0 g/dl, Pria 13,0 g/dl, Wanita tidak hamil 12,0 g/dl, Ibu hamil 11,0 g/dl. Anemia yang paling sering dijumpai dalam kehamilan adalah anemia akibat kekurangan zat besi karena kurangnya asupan unsur besi dalam makanan. Gangguan penyerapan, peningkatan kebutuhan zat besi atau karena terlampaui banyaknya zat besi yang keluar dari tubuh, misalnya pada perdarahan yang berulang dalam waktu singkat akan menguras cadangan zat besi ibu. Pengaturan jarak kehamilan yang baik minimal dua tahun menjadi penting untuk diperhatikan sehingga badan ibu siap untuk menerima janin kembali tanpa harus menghabiskan cadangan zat besinya.

Penyebab anemia yang paling umum terjadi adalah defisiensi zat besi, meskipun defisiensi asam folat, defisiensi vitamin B12 dan protein, serta vitamin-vitamin lainnya dan trace elements berperan pula terhadap terjadinya anemia. Penyebab anemia yang lain antara lain infeksi akut dan kronis (malaria, HIV) serta diare kronis.

b. Jenis-jenis Anemia

Anemia terbagi menjadi 2 jenis yang dikenal selama ini yaitu anemia gizi dan anemia non gizi.

1) Anemia Gizi

a) Anemia karena defisiensi Besi

Anemia defisiensi besi adalah penurunan jumlah sel darah merah dalam darah yang disebabkan oleh kurangnya jumlah zat besi. Akibat anemia gizi besi terjadi pengecilan ukuran hemoglobin, kandungan hemoglobin rendah, serta pengurangan jumlah sel darah merah. Anemia zat besi biasanya ditandai dengan menurunnya kadar Hb total dibawah nilai normal (hypochromic) dan ukuran sel darah merah lebih kecil dari normal (microcytic). Tanda-tanda ini biasanya akan mengganggu metabolisme energi yang dapat menurunkan produktivitas. Menurut penelitian penurunan zat besi di dalam defisiensi besi, yaitu terjadi penurunan simpanan besi, penurunan feritin serum, penurunan besi serum disertai meningkatnya transferin serum, peningkatan *Red cell Distribution Width (RDW)*, penurunan *Mean Corpuscular Volume (MCV)*, dan terakhir penurunan hemoglobin. Wanita lebih rentan di banding pria untuk mengalami anemia defisiensi besi karena kehilangan darah setiap bulan melalui menstruasi normal.

Diatasi dengan pemberian suplemen penambah darah, mengkonsumsi bahan makanan yang mengandung tinggi sumber

zat besi, seperti: daging kambing, sapi, sayur buncis, buah pisang, sereal dan kacang-kacangan.

b) Anemia Vitamin E

Anemia defisiensi vitamin E dapat mengakibatkan integritas dinding sel darah merah menjadi lemah dan tidak normal sehingga sangat sensitif terhadap hemolisis (pecahnya sel darah merah). Karena vitamin E adalah esensial bagi integritas sel darah merah.

c) Anemia Vitamin C

Anemia defisiensi vitamin C dapat mengakibatkan anemia. Vitamin ini diperlukan untuk membantu tubuh dalam menyerap zat besi yang penting sebagai pembangun blockade sel-sel darah merah. Vitamin C mempunyai peran penting dalam penyerapan besi sebagai reducing agent yang mengubah bentuk feri menjadi fero dan chelating agent yang mengikat besi sehingga daya larut besi meningkat.

d) Anemia vitamin B12

Anemia ini disebut juga pernicious, keadaan dan gejalanya mirip dengan anemia gizi asam folat. Namun, anemia jenis ini disertai gangguan pada sistem alat pencernaan bagian dalam. Pada Kebutuhan tubuh terhadap vitamin B12 sama pentingnya dengan mineral besi. Vitamin B12 ini bersamasama besi berfungsi sebagai bahan pembentukan darah merah. Bahkan kekurangan vitamin ini tidak hanya memicu anemia, melainkan dapat mengganggu sistem saraf. Kekurangan vitamin B12 dapat terjadi karena gangguan dari dalam tubuh kita sendiri atau sebab luar. Saluran cerna akan menyerap semua unsur gizi dalam makanan, termasuk vitamin B12. Kekurangan vitamin B12 seseorang kurang darah (anemia), ditandai dengan diare, lidah yang licin, anemia jenis ini juga berkaitan dengan pengerutan

hati (sirosis). Sirosis hati menyebabkan cadangan asam folat di dalamnya menjadi sedikit sekali.

e) Anemia Vitamin B6

Anemia ini disebut juga siderotic. Keadaannya mirip dengan anemia gizi besi, namun bila darahnya diuji secara laboratoris, serum besinya normal. Kekurangan vitamin B6 akan mengganggu sintesis (pembentukan) hemoglobin.

f) Anemia Asam Folat

Anemia gizi asam folat disebut juga anemia megabolitik atau makrositik, dalam hali ini keadaan sel darah merah penderita tidak normal dengan ciri-ciri bentuknya lebih besar, jumlahnya sedikit dan belum matang. Penyebabnya adalah kekurangan asam folat dan vitamin B12. Padahal kedua zat itu diperlukan dalam pembentukan nukleoprotein untuk proses pematangan akhir sel darah merah dalam sumsum tulang. Asam folat dapat diperoleh dari daging, sayuran berwarna hijau, dan susu. Gizi buruk (malnutrisi) merupakan penyebab utamanya. Kekurangan asam folat tidak hanya menghambat pertumbuhan, juga dapat menyebabkan gangguan kepribadian dan hilangnya daya ingat.

2) Anemia Non Gizi

a) Anemia karena penyakit kronis

Anemia penyakit kronis merupakan bentuk anemia derajat ringan sampai sedang terjadi akibat infeksi kronis, peradangan trauma atau penyakit neoplastik yang berlangsung 1-2 bulan dan tidak disertai penyakit hati, ginjal dan endokrin. Jenis anemia ini ditandai dengan kelainan metabolisme besi, sehingga terjadi hipoferemia dan penumpukan besi di makrofag.

b) Anemia Aplastik

Sumsum tulang adalah organ penting dalam pembentukan sel darah merah dan fungsinya memproduksi semua jenis sel darah, mulai dari sel darah merah, sel darah putih dan trombosit

(keeping darah). Apabila organ tersebut gagal menjalankan fungsinya, maka akan mengakibatkan anemia aplastik.

c) Anemia Hemolitik

Anemia yang terjadi karena meningkatnya penghacuran sel darah merah. Keadaan normal, sel darah merah mempunyai waktu hidup 120 hari. Jika penghancuran sel darah merah melebihi pembentukannya, maka akan terjadi anemia hemolitik.

d) Anemia Bulan Sabit

Anemia tipe ini merupakan anemia yang diturunkan (herediter). Pada kondisi normal bentuk sel darah merah fleksibel dan bulat, sedangkan pada penderita sickle cell anemia sel darah terbentuk sickle (sabit). Bentuk ireguler ini akan mati secara premature, mengakibatkan kondisi kekurangan sel darah merah yang kronik. Kasus ini terutama terjadi pada ras Afrika dan Arab.

e) Thalasemia

Thalasemia merupakan suatu kelainan darah yang diturunkan melalui keluarga dimana tubuh membuat bentuk hemoglobin abnormal, protein dalam sel darah merah yang membawa oksigen. Sel darah merah sangat diperlukan untuk mengangkut oksigen yang diperlukan oleh tubuh kita. Pada penderita thalasemia akan mengalami kekurangan oksigen, menjadi pucat, lemah, letih, sesak dan sangat membutuhkan pertolongan yaitu pemberian transfuse darah. Bila tidak segera ditransfusi bisa berakibat fatal hingga meninggal.

c. Tanda-tanda Anemia

Tanda-tanda dari anemia adalah lesu, lemah, letih, lelah, lalai (5L), sering mengeluh pusing dan mata berkunang-kunang, gejala lebih lanjut adalah kelopak mata, bibir, lidah kulit dan telapak tangan menjadi pucat. Pada penderita anemia dapat mengalami salah satu tanda atau lebih.

d. Etiologi Anemia

- 1) Tahap pertama, meliputi berkurangnya simpanan zat besi yang ditandai berdasarkan penurunan kadar feritin serum. Sehingga dapat terjadi defisiensi besi yang berat.
 - 2) Tahap kedua, ditandai oleh perubahan biokimia yang mencerminkan kurangnya zat besi bagi produksi hemoglobin yang normal. Pada tahap ini terjadi penurunan kejenuhan transferin atau peningkatan protoporfirin eritrosit, dan peningkatan jumlah reseptor transferin serum.
 - 3) Tahap ketiga, defisiensi zat besi berupa anemia. Pada anemia karena defisiensi yang berat, kadar hemoglobinnya kurang dari 7 g/dl.
- e. Faktor yang Memengaruhi Kejadian Anemia
- 1) Umur

Umur ibu pada saat hamil akan memengaruhi timbulnya anemia. Bila umur ibu pada saat hamil relatif muda (<20 tahun) akan berisiko anemia. Hal itu dikarenakan pada umur tersebut masih terjadi pertumbuhan yang membutuhkan zat gizi lebih banyak dibandingkan dengan umur diatasnya. Bila zat gizi yang dibutuhkan tidak terpenuhi, akan terjadi kompetisi zat gizi antara ibu dan bayinya. Kadar Hb 7.0-10.0 g/dl banyak ditemukan pada kelompok umur <20 tahun (46%) dan kelompok umur 35 tahun atau lebih (48%)
 - 2) Paritas

Paritas atau jumlah persalinan juga berhubungan dengan anemia. Hasil menyatakan bahwa prevalensi anemia pada kelompok paritas 0 lebih rendah daripada paritas 5 ke atas. Semakin sering seorang wanita melahirkan maka semakin besar resiko kehilangan darah dan berdampak pada penurunan kadar Hb. Setiap kali wanita melahirkan, jumlah zat besi yang hilang diperkirakan sebesar 250 mg. Hal tersebut akan lebih berat lagi apabila jarak melahirkan relatif pendek.
 - 3) KEK

Deteksi KEK dengan ukuran LILA yang rendah mencerminkan kekurangan energi dan protein dalam intake makanan sehari-hari yang biasanya diiringi juga dengan kekurangan zat gizi lain, diantaranya besi. Dapat diasumsikan bahwa ibu hamil yang menderita KEK berpeluang untuk menderita anemia.

4) Infeksi dan Penyakit

Ibu yang sedang hamil sangat peka terhadap infeksi dan penyakit menular. Beberapa di antaranya meskipun tidak mengancam nyawa ibu, tetapi dapat menimbulkan dampak berbahaya bagi janin. Diantaranya, dapat mengakibatkan abortus, pertumbuhan janin terhambat, bayi mati dalam kandungan, serta cacat bawaan. Penyakit infeksi yang diidap ibu hamil biasanya tidak diketahui saat kehamilan. Hal itu baru diketahui setelah bayi lahir dengan kecacatan. Pada kondisi terinfeksi penyakit, ibu hamil akan kekurangan banyak cairan tubuh serta zat gizi lainnya.

5) Pendidikan

Pendidikan formal sangat penting dalam menentukan status gizi keluarga. Kemampuan baca tulis di pedesaan akan membantu dalam memperlancar komunikasi dan penerimaan informasi, dengan demikian informasi tentang kesehatan akan lebih mudah diterima oleh keluarga. Pengetahuan gizi dan kesehatan merupakan salah satu jenis pengetahuan yang dapat diperoleh melalui pendidikan. Pengetahuan gizi dan kesehatan akan berpengaruh terhadap pola konsumsi pangan. Semakin banyak pengetahuan tentang gizi dan kesehatan, maka semakin beragam pula jenis makanan yang dikonsumsi sehingga dapat memenuhi kecukupan gizi dan mempertahankan kesehatan individu.

f. Klasifikasi Anemia Ibu Hamil

Secara umum anemia dalam kehamilan diklasifikasikan menjadi:

- 1) Anemia defisiensi besi sebanyak 62,3%

Anemia defisiensi besi adalah anemia yang terjadi akibat kekurangan zat besi dalam darah. Pengobatannya adalah pemberian tablet besi yaitu keperluan zat besi untuk wanita hamil, tidak hamil dan dalam laktasi yang dianjurkan. Untuk menegakkan diagnosis anemia defisiensi besi dapat dilakukan dengan anamnesa. Hasil anamnesa didapatkan keluhan cepat lelah, sering pusing, mata berkunang-kunang dan keluhan mual muntah pada hamil muda. Pada pemeriksaan dan pengawasan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan metode sahli, dilakukan minimal 2 kali selama kehamilan yaitu trimester I dan III.

2) Anemia Megaloblastik sebanyak 29%

Anemia ini disebabkan karena defisiensi asam folat (pteryglutamic acid) dan defisiensi vitamin B12 (cyanocobalamin) walaupun jarang. Menurut Hudono tablet asam folat diberikan dalam dosis 15-30 mg, apabila disebabkan oleh defisiensi vitamin B12 dengan dosis 100-1000 mikrogram sehari, baik per os maupun parenteral.

3) Anemia Hipoplastik dan Aplastik sebanyak 10%

Anemia disebabkan karena sum-sum tulang belakang kurang mampu membuat sel-sel darah baru.

4) Anemia Hemolitik sebanyak 0,7%

Anemia disebabkan karena penghancuran sel darah merah berlangsung lebih cepat daripada pembuatannya. Menurut penelitian, ibu hamil dengan anemia paling banyak disebabkan oleh kekurangan zat besi (Fe) serta asam folat dan vitamin B12. Pemberian makanan atau diet pada ibu hamil dengan anemia pada dasarnya ialah memberikan makanan yang banyak mengandung protein, zat besi (Fe), asam folat, dan vitamin B12.

g. Bahaya Anemia dalam Kehamilan

Pengaruh anemia pada kehamilan. Risiko pada masa antenatal: berat badan kurang, plasenta previa, eklamsia, ketuban pecah dini, anemia pada masa intranatal dapat terjadi tenaga untuk mengedan lemah,

perdarahan intranatal, shock, dan masa pascanatal dapat terjadi subinvolusi. Sedangkan komplikasi yang dapat terjadi pada neonatus: premature, apgar scor rendah, gawat janin. Bahaya pada Trimester II dan trimester III, anemia dapat menyebabkan terjadinya partus premature, perdarahan ante partum, gangguan pertumbuhan janin dalam rahim, asfiksia intrapartum sampai kematian, gestosis dan mudah terkena infeksi, dan dekompensasi kordis hingga kematian ibu.

Bahaya anemia pada ibu hamil saat persalinan, dapat menyebabkan gangguan his primer, sekunder, janin lahir dengan anemia, persalinan dengan tindakan-tindakan tinggi karena ibu cepat lelah dan gangguan perjalanan persalinan perlu tindakan operatif.

Anemia kehamilan dapat menyebabkan kelemahan dan kelelahan sehingga akan mempengaruhi ibu saat mengedan untuk melahirkan bayi (Smith et al., 2012). Bahaya anemia pada ibu hamil saat persalinan: gangguan his- kekuatan mengejan, Kala I dapat berlangsung lama dan terjadi partus terlantar, Kala II berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, Kala III dapat diikuti retensio plasenta, dan perdarahan postpartum akibat atonia uteri, Kala IV dapat terjadi perdarahan post partum sekunder dan atonia uteri. Pada kala nifas : Terjadi subinvolusi uteri yang menimbulkan perdarahan post partum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae.

h. Pengaruh Anemia terhadap Kehamilan

- 1) Abortus
- 2) Persalinan prematuritas
- 3) Hambatan tumbuh kembang janin
- 4) Mudah infeksi
- 5) Ancaman dekompensasi kordis ($Hb < 6 \text{ gr } \%$) f) Heperemesis gravidarum

- 6) Perdarahan antepartum
- 7) Ketuban pecah dini
- i. Akibat Anemia terhadap Kehamilan
 - 1) Abortus
 - 2) Kematian intra uterine
 - 3) Persalinan prematuritas tinggi
 - 4) Berat badan lahir rendah
 - 5) Kelahiran dengan anemia
 - 6) Cacat bawaan
 - 7) Bayi mudah infeksi sampai kematian perinatal
 - 8) Inteleksi rendah

5. Konsep Dasar 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.²²

Definisi persalinan menurut Helen Varney (2001) adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan aterm (bukan Prematur atau postmatur), mempunyai onset yang spontan (tidak diinduksi), tidak lebih dari 24 jam sejak saat awitanya (bukan partus presipitatus atau partus lama), mempunyai janin (tunggal) dengan presentasi vertex (puncak kepala) dan oksiput pada bagian anterior pelvis, terlaksana tanpa bantuan artificial (seperti Forceps), tidak mencakup komplikasi (seperti perdarahan hebat), dan mencakup kelahiran plasenta yang normal.²²

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.²²

b. Jenis Persalinan

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

a) Persalinan Normal

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

b) Persalinan Abnormal

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

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

a) Persalinan spontan

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

b) Persalinan Buatan

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

c) Persalinan Anjuran

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

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

a) Abortus

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

b) Immaturus

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

c) Prematurus

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

d) Aterem

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

e) Serotinus/Postmatur

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

f) Presipitatus

Persalinan berlangsung kurang dari 3 jam.

c. 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.

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 Braxton Hicks saat akhir kehamilan yang selanjutnya bertindak sebagai kontraksi persalinan.²²

2) Teori Oksitosin

Menjelang persalinan terjadi peningkatan reseptor oksitosin dalam otot rahim sehingga mudah terangsang saat disuntikkan oksitosin dan menimbulkan kontraksi, diduga bahwa oksitosin dapat menimbulkan pembentukan prostaglandin dan persalinan dapat berlangsung.²²

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.²²

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.²²

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 plasenta kemudian timbul kontraksi.²²

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.²²

7) Pengaruh Janin

Hipofise dan kelenjar suprarenal janin juga memegang peranan dalam terjadinya persalinan pada janin anencephalus kehamilan lebih lama dari biasanya.²²

d. Tahapan-tahapan Persalinan

1) Kala I

Kala I disebut juga dengan kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0 sampai dengan pembukaan lengkap (10 cm). Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga pasien masih dapat berjalan-jalan.²² 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 3cm menjadi 4cm.

2. Fase Dilatasi Maksimal

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

3. Fase Dilatasi

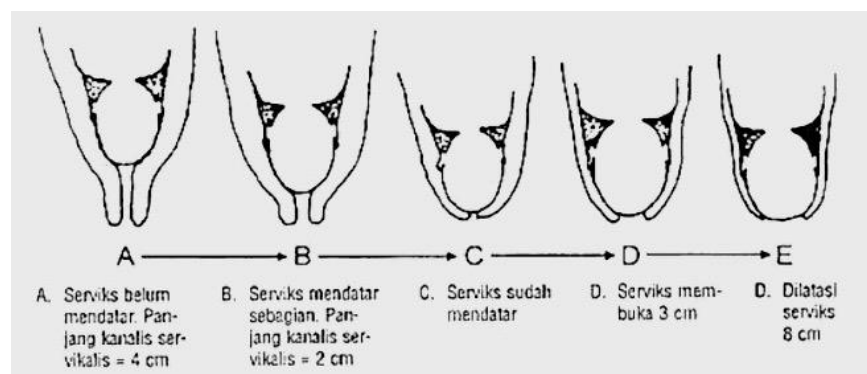
Pembukaan menjadi lambat lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan berubah menjadi pembukaan lengkap.

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.²²

Pada primigravida, OUI membuka lebih dulu sehingga serviks akan mendatar dan menipis, baru kemudian OUE membuka, pada multigravida OUI dan OUE akan mengalami penipisan dan pendataran yang bersamaan. Kala I selesai apabila pembukaan serviks sudah lengkap. Pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 12 jam, sedangkan pada multigravida kira-kira 7 jam.²²



Gambar 2. Dilatasi Serviks



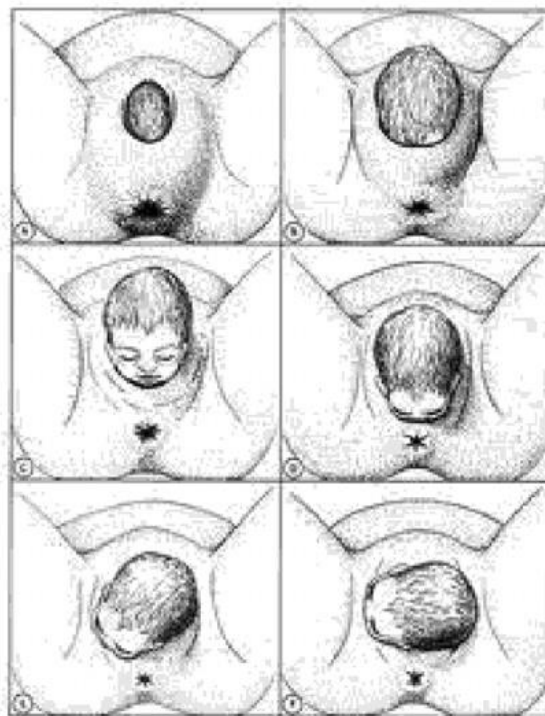
Gambar 3. Mekanisme Pembukaan Serviks

2) Kala II

Kala II disebut juga dengan kala pengeluaran, kala ini dimulai dari pembukaan lengkap (10cm) sampai bayi lahir.²² Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida, gejala utama dari kala II adalah:

- His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- 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, subocciput 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 occiput 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 4. Kala II Persalinan

3) Kala III

Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Melalui kelahiran bayi, plasenta sudah mulai terlepas pada lapisan Nitabisch karena sifat retraksi otot rahim. Dimulai segera setelah bayi lahir sampai plasenta lahir, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, jika lebih maka harus diberi penanganan lebih atau dirujuk.²² Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda:

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

Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara crede pada fundus uteri. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir. Lepasnya plasenta secara Schultze, biasanya tidak ada pendarahan sebelum plasenta lahir dan banyak mengeluarkan darah setelah plasenta lahir, sedangkan cara Duncan yaitu plasenta lepas dari pinggir, biasanya darah mengalir keluar antara selaput ketuban.²²

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 pasien
- b) Pemeriksaan tanda-tanda vital, tekanan darah, nadi, dan pernapasan
- c) Kontraksi uterus
- d) Terjadi perdarahan

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.²²

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.²²

Perubahan paradigma ini diakui dapat membawa perbaikan kesehatan ibu di Indonesia. Penyesuaian tersebut sangat penting dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir karena sebagian besar persalinan di Indonesia masih terjadi pada tingkat primer yang tingkat keterampilan dan pengetahuannya belum memadai. Deteksi dini dan pencegahan komplikasi dapat dimanfaatkan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir. Jika semua tenaga penolong persalinan dilatih agar mampu mencegah atau mendeteksi dini komplikasi yang mungkin terjadi, menerapkan asuhan persalinan secara tepat guna dan waktu, baik sebelum atau sesaat masalah terjadi, serta segera melakukan rujukan saat kondisi ibu masih optimal maka para ibu dan bayi baru lahir akan terhindar dari ancaman kesakitan dan kematian. Selain hal tersebut, tujuan lain dari asuhan persalinan antara lain:

- 1) Meningkatkan sikap positif terhadap keramahan dan keamanan dalam memberikan pelayanan persalinan normal dan penanganan awal penyulit beserta rujukannya.
- 2) Memberikan pengetahuan dan keterampilan pelayanan persalinan normal dan penanganan awal penyulit beserta

rujukan yang berkualitas dan sesuai dengan prosedur standar.

- 3) Mengidentifikasi praktik-praktik terbaik bagi penatalaksanaan persalinan dan kelahiran, yang berupa:
 - a) Penolong yang terampil,
 - b) Kesiapan menghadapi persalinan, kelahiran, dan kemungkinan komplikasinya,
 - c) Partograf,
 - d) Episiotomy yang terbatas hanya pada indikasi, dan
 - e) Mengidentifikasi tindakan-tindakan yang merugikan dengan maksud menghilangkan tindakan tersebut.

f. Lima Benang Merah Asuhan Persalinan

Lima benang merah dirasakan sangat penting dalam memberikan asuhan persalinan dan kelahiran bayi yang bersih dan aman. Kelima benang merah ini akan selalu berlaku dalam penatalaksanaan persalinan mulai dari kala I sampai dengan kala IV termasuk penatalaksanaan bayi baru lahir, kelima benang merah yang dijadikan dasar asuhan persalinan yang bersih dan aman adalah:²²

1) Pengambilan Keputusan Klinik

Aspek pemecahan masalah yang diperlukan untuk menentukan pengambilan keputusan klinis (Clinical Decision Making). Dalam keperawatan dikenal proses keperawatan, para bidan menggunakan proses serupa yang disebut sebagai proses penatalaksanaan kebidanan atau proses pengambilan keputusan klinis. Proses ini memiliki beberapa tahapan mulai dari pengumpulan data, diagnosis, perencanaan dan penatalaksanaan, serta evaluasi yang merupakan pola pikir sistematis bagi para bidan selama memberikan asuhan kebidanan, khususnya dalam asuhan persalinan normal.

2) Aspek Sayang Ibu yang Berarti Sayang Bayi

Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan yang harus diperhatikan para bidan, antara lain:

- a) Suami, saudara atau keluarga lainnya harus diperkenankan untuk mendampingi ibu selama proses persalinan bila ibu menginginkannya.
- b) Standar untuk persalinan yang bersih harus selalu dipertahankan.
- c) Kontak segera antara ibu dan bayi serta pemberian air susu ibu harus dianjurkan untuk dikerjakan.
- d) Penolong persalinan harus bersikap sopan dan penuh pengertian.
- e) Penolong persalinan harus menerangkan pada ibu maupun keluarga mengenai seluruh proses persalinan.
- f) Penolong persalinan harus mau mendengarkan dan memberi jawaban atas keluhan maupun kebutuhan ibu.
- g) Penolong persalinan harus cukup mempunyai fleksibilitas dalam menentukan pilihan mengenai hal-hal yang biasa dilakukan selama proses persalinan maupun pemilihan posisi saat melahirkan.
- h) Tindakan-tindakan yang secara tradisional sering dilakukan dan sudah terbukti tidak berbahaya harus diperbolehkan bila harus dilakukan.
- i) Ibu harus diberi privasi bila ibu menginginkan.
- j) Tindakan-tindakan medis yang rutin dikerjakan dan ternyata tidak perlu dan harus dihindari (episiotomy, pencukuran, dan klisma).

3) Aspek pencegahan Infeksi

Cara efektif untuk mencegah penyebaran penyakit antarorang dan/atau dari peralatan atau sarana kesehatan ke seseorang dapat dilakukan dengan meletakkan penghalang di

antara mikroorganisme dan individu (klien atau petugas kesehatan). Penghalang ini dapat berupa proses secara fisik, mekanik, ataupun kimia yang meliputi:

- a) Cuci tangan
- b) Memakai sarung tangan
- c) Penggunaan cairan antiseptik
- d) Premosesan alat bekas

4) Aspek Pencatatan (Dokumentasi)

Dokumentasi dalam manajemen kebidanan merupakan bagian yang sangat penting. Hal ini dikarenakan:

- a) Dokumentasi menyediakan catatan permanen tentang manajemen pasien.
- b) Memungkinkan terjadinya pertukaran informasi di antara petugas kesehatan.
- c) Kelanjutan dari perawatan dipermudah, dari satu kunjungan ke kunjungan berikutnya, dari satu petugas ke petugas yang lain, atau dari petugas ke fasilitas.
- d) Informasi dapat digunakan untuk evaluasi, untuk melihat apakah perawatan sudah dilakukan dengan tepat, mengidentifikasi kesenjangan yang ada, dan membuat perubahan serta perbaikan peningkatan manajemen perawatan pasien.
- e) Memperkuat keberhasilan manajemen sehingga metode-metode dapat dilanjutkan dan disosialisasikan kepada yang lain.
- f) Data yang ada dapat digunakan untuk penelitian atau studi kasus.
- g) Dapat digunakan sebagai data statistik untuk catatan nasional.
- h) Sebagai data statistik yang berkaitan dengan kesakitan dan kematian ibu dan bayi.

Dalam asuhan persalinan normal, sistem pencatatan yang digunakan adalah partograf, hasil pemeriksaan yang tidak dicatat pada partograf dapat diartikan bahwa pemeriksaan tersebut tidak dilakukan.

5) Aspek Rujukan

Jika ditemukan suatu masalah dalam persalinan, sering kali sulit untuk melakukan upaya rujukan dengan cepat, hal ini karena banyak faktor yang memengaruhi. Penundaan dalam membuat keputusan dan pengiriman ibu ke tempat rujukan akan menyebabkan keputusan dan pengiriman ibu ke tempat tertunda dan ibu tidak mendapatkan penatalaksanaan yang memadai sehingga akhirnya dapat menyebabkan tingginya angka kematian ibu. Rujukan tepat waktu merupakan bagian dari asuhan sayang ibu dan menunjang terwujudnya program Safe Motherhood. Singkatan BAKSOKUDA (bidan, alat, keluarga, surat, obat, kendaraan, uang, darah) dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi.

g. Tanda-tanda Persalinan

1) Tanda bahwa persalinan sudah dekat

a) Lightening

Menjelang minggu ke-36, tanda pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh kontraksi Barkton Hiks, ketegangan dinding perut, ketegangan ligamentum rotundum, dan gaya berat janin di mana kepala ke arah bawah. Masuknya bayi ke pintu atas panggul menyebabkan ibu merasakan:²²

1. Ringan di bagian atas dan rasa sesaknya berkurang.
2. Bagian bawah perut ibu terasa penuh dan mengganjal.

3. Terjadinya kesulitan saat berjalan.

4. Sering kencing.

b) Terjadinya his permulaan

Makin tua kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesterone juga makin berkurang sehingga produksi oksitosin meningkat, dengan demikian dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering. His permulaan ini lebih sering distilahkan sebagai his palsu. Sifat his palsu, antara lain:²²

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

Kondisi ini juga menyebabkan adanya intensitas kontraksi yang maksimal di antara dua kontraksi, irama teratur dan frekuensi yang kian sering, lama his berkisar 45-60 detik. Pengaruh his dapat menimbulkan dinding menjadi tebal pada korpus uteri, isthmus uterus menjadi teregang dan menipis, kanalis servikalis mengalami effacement dan

pembukaan. His persalinan memiliki ciri-ciri sebagai berikut:²²

1. Pingangnya terasa sakit dan menjalar ke depan
2. Sifat his teratur, interval semakin pendek, dan kekuatan semakin besar
3. Terjadinya perubahan pada serviks
4. Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan maka 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.²²

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.²²

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.²²

4. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang berusia 0-28 hari. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu

sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram, bayi segera menangis, bergerak aktif kulit kemerahan, mengisap ASI dengan baik, tidak ada cacat bawaan.²³

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.²⁴

b. Klasifikasi Neonatus²³

1) Neonatus 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 lahir

- a) Berat lahir rendah: < 2500 gram
- b) Berat lahir cukup: 2500-4000 gram
- c) Berat lahir lebih: > 4000 gram

3) Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan)

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

c. Penanganan Bayi Baru Lahir

1) Pemotongan dan Pengikatan Tali Pusat

Setelah penilaian 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.²⁵

2) Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu 10 untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusui. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusui pertama biasanya berlangsung pada menit ke-45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusui dari satu payudara.²⁴

3) Mempertahankan suhu tubuh bayi

Mekanisme pengaturan temperatur bayi belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak dilakukan pencegahan kehilangan panas maka bayi akan mengalami hipotermia. Hipotermia dapat terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada dalam ruangan yang hangat. Pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi.²⁴

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.²⁴

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.²⁴

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.²⁴

7) Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (BBL)

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

8) Pemberian ASI Eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berusia 0-6 bulan dan jika memungkinkan dilanjutkan dengan pemberian ASI dan makanan pendamping sampai usia 2 tahun. Pemberian ASI

eksklusif mempunyai dasar hukum yang diatur dalam SK Menkes Nomor 450/Menkes/SK/IV/2004 tentang pemberian ASI Eksklusif pada bayi 0-6 bulan. Setiap bayi mempunyai hak untuk dipenuhi kebutuhan dasarnya seperti Inisiasi Menyusu Dini (IMD), ASI Eksklusif, dan imunisasi serta pengamanan dan perlindungan bayi baru lahir dari upaya penculikan dan perdagangan bayi.²⁴

d. Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesetanan kepada neonatus sedikitnya tidak kali yaitu:²⁶

- 1) Kunjungan neonatal I (KN I) 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 (KN II) 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 di rumah dengan menggunakan buku KIA
 - g) Diberitahukan teknik menyusui yang benar
- 3) Kunjungan neonatal III (KN 3) pada hari ke 8-28 hari

Pelayanan kesehatan diberikan oleh dokter/bidan/perawat, dapat dilakukan 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. Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) untuk Bayi Sehat

Penyakit Hipotiroid Kongenital sendiri merupakan kondisi dimana fungsi kelenjar tiroid pada bayi menurun atau berkurang dan bukan merupakan penyakit bawaan. Secara umum bayi tidak menunjukkan adanya gejala Penyakit Hipotiroid Kongenital namun demikian, bayi yang baru lahir perlu untuk mengikuti Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK).

Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) adalah skrining/uji saring dengan pengambilan sampel darah pada tumit bayi yang baru lahir. Skrining ini dilakukan untuk mengelompokkan bayi yang menderita Hipotiroid Kongenital (HK) dan bayi yang bukan penderita, sehingga bayi mendapatkan penanganan secara cepat dan tidak akan memberikan dampak yang cukup serius terhadap tumbuh kembang bayi.

Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) menurut peraturan menteri kesehatan merupakan uji saring yang dilaksanakan untuk menilai bayi yang baru lahir terkena Hipotiroid Kongenital atau tidak. Skrining ini dilakukan dengan mengambil sampel darah sebanyak 2-3 tetes dari tumit bayi yang berusia minimal 48-72 jam serta maksimal 2 minggu yang kemudian dibawa ke laboratorium oleh tenaga Kesehatan pada fasilitas Kesehatan ibu dan anak (FKTP

atau FKRTL), sebagai bagian dari pelayanan neonatal esensial. Apabila hasil dari skrining positif maka bayi harus segera diberikan tatalaksana agar terhindar dari kecacatan, gangguan tumbuh kembang, keterbelakangan mental dan kognitif.²⁷

5. Konsep Dasar Masa Nifas dan Menyusui

a. Definisi

Masa nifas berasal dari bahasa latin dari kata puer yang artinya bayi, dan paros artinya melahirkan yang berarti masa pulihnya kembali, mulai dari persalinan sampai organ-organ reproduksi kembali seperti sebelum kehamilan.²⁸

Masa nifas atau masa puerperium merupakan periode yang akan dilalui oleh ibu setelah masa persalinan, yang dimulai dari setelah kelahiran bayi dan plasenta, yakni setelah berakhirnya kala IV dalam persalinan dan berakhir sampai dengan 6 minggu (42 hari) yang ditandai dengan berhentinya perdarahan.²⁹

b. Tahapan Masa Nifas

Beberapa tahapan masa nifas adalah sebagai berikut :

1) Puerperium dini

Puerperium dini merupakan kepulihan, dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan, serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya. Ibu yang melahirkan per vagina tanpa komplikasi dalam 6 jam pertama setelah kala IV dianjurkan untuk mobilisasi segera.

2) Puerperium intermediate

Puerperium intermediate merupakan masa kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

3) Puerperium remote

Puerperium remote merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi. Rentang waktu remote puerperium berbeda untuk setiap ibu, tergantung dari berat

ringannya komplikasi yang dialami selama hamil atau persalinan.

c. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Ibu dalam masa nifas mengalami perubahan fisiologis. Setelah keluarnya plasenta, kadar sirkulasi hormon HCG (human chorionic gonadotropin), human plasental lactogen, estrogen dan progesteron menurun. Human plasental lactogen akan menghilang dari peredaran darah ibu dalam 2 hari dan HCG dalam 2 minggu setelah melahirkan. Kadar estrogen dan progesteron hampir sama dengan kadar yang ditemukan pada fase follikuler dari siklus menstruasi berturut-turut sekitar 3 dan 7 hari. Penarikan polipeptida dan hormon steroid ini mengubah fungsi seluruh sistem sehingga efek kehamilan berbalik dan wanita dianggap sedang tidak hamil.³⁰

Perubahan-perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu masa nifas yaitu:

1) Perubahan sistem reproduksi

a) Pengerutan uterus (involusi uteri)

Pada uterus setelah proses persalinan akan terjadi proses involusi. Proses involusi merupakan proses kembalinya uterus seperti keadaan sebelum hamil dan persalinan. Proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Pada tahap ketiga persalinan uterus berada di garis tengah, kira-kira 2 cm di bawah umbilicus dengan bagian fundus bersandar pada promontorium sakralis. Pada saat ini, besar uterus kira-kira sama besar uterus sewaktu usia kehamilan 16 minggu (kira-kira sebesar jeruk asam) dan beratnya kira-kira 100 gr.

Uterus pada waktu hamil penuh beratnya 11 kali berat sebelum hamil, berinvolusi kira-kira 500 gr 1 minggu setelah melahirkan dan 350 gr (11 sampai 12 ons) 2 minggu setelah lahir. Seminggu setelah melahirkan uterus akan berada di

dalam panggul. Pada minggu ke-6, beratnya menjadi 50-60 gr. Peningkatan kadar estrogen dan progesteron bertanggung jawab untuk pertumbuhan masif uterus selama hamil. Pertumbuhan uterus prenatal bergantung pada hiperplasia, peningkatan jumlah sel-sel otot dan terjadi hipertrofi sel-sel. Pada masa postpartum penurunan kadar hormon-hormon ini menyebabkan terjadinya autolisis, perusakan secara langsung jaringan hipertrofi yang berlebihan. Sel-sel tambahan yang terbentuk selama masa hamil akan menetap. Hal inilah yang menjadi penyebab ukuran uterus sedikit lebih besar setelah hamil. Sedangkan yang dimaksud subinvolusi adalah kegagalan uterus untuk pulih kembali, penyebab subinvolusi yang paling sering adalah karena tertahannya fragmen plasenta dan infeksi.

Perubahan uterus dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi dengan meraba bagian dari TFU (tinggi fundus uteri)

1. Pada saat bayi lahir, fundus uteri setinggi pusat dengan berat 1000gram.
2. Pada akhir kala III, TFU teraba 2 jari dibawah pusat.
3. Pada 1 minggu post partum, TFU teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat 500gram.
4. Pada 2 minggu post partum, TFU teraba diatas simpisis dengan berat 350gram.
5. Pada 6 minggu post partum , fundus uteri mengecil (tidak teraba) dengan berat 50 gram.

b) Involusi tempat implantasi plasenta

Setelah persalinan, tempat implantasi plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata, dan kira-kira sebesar telapak tangan. Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya sebesar 2-4cm dan

pada akhir nifas 1-2 cm. penyembuhan luka bekas implantasi plasenta khas sekali. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh trombus.

Biasanya luka yang sembuh akan menjadi jaringan parut, tetapi luka bekas implantasi plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena luka ini sembuh dengan cara dilepaskan dari dasarnya tetapi diikuti pertumbuhan endometrium baru dibawah permukaan luka. Endometrium ini tumbuh dari pinggir luka dan juga dari sisa-sisa kelenjar pada dasar luka.

Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi plasenta selama sekitar 6 minggu. Epitelium berproliferasi meluas ke dalam dari sisi tempat ini dan dari lapisan sekitar uterus serta di bawah tempat implantasi plasenta dari sisa-sisa kelenjar basilar endometrial di dalam desidua basalis. Pertumbuhan kelenjar ini pada hakikatnya mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta yang menyebabkannya menjadi terkelupas dan tidak dipakai lagi pada pembuangan lokia.

c) Perubahan ligamen

Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis, serta fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan proses persalinan, setelah janin lahir, berangsur-angsur mengerut kembali seperti sediakala. Tidak jarang ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi. Tidak jarang pula wanita mengeluh “kandungannya turun” setelah melahirkan oleh karena ligamen, fascia, dan jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur.

d) Perubahan pada serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Perubahan yang terjadi pada serviks pada masa postpartum adalah dari bentuk serviks yang akan membuka seperti corong. Bentuk ini disebabkan karena korpus uteri yang sedang kontraksi, sedangkan serviks uteri tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri terbentuk semacam cincin. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi atau perlukaan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama berdilatasi selama persalinan, maka serviks tidak akan pernah kembali lagi seperti keadaan sebelum hamil.

Muara serviks yang berdilatasi sampai 10 cm sewaktu persalinan maka akan menutup secara bertahap. Setelah 2 jam pasca persalinan, ostium uteri eksternum dapat dilalui oleh 2 jari, pinggir-pinggirnya tidak rata, tetapi retak-retak karena robekan dalam persalinan. Pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh 1 jari saja, dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari kanalis servikalis. Pada minggu ke 6 post partum serviks sudah menutup kembali.

e) Lochea

Dengan adanya involusi uterus, maka lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Campuran antara darah dan desidua tersebut dinamakan lochea, yang biasanya berwarna merah muda atau putih pucat.

Lochea merupakan ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat

membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lokia mempunyai bau yang amis meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Sekret mikroskopik lokia terdiri atas eritrosit, peluruhan desidua, sel epitel, dan bakteri. Lokia mengalami perubahan karena proses involusi.

Pengeluaran lochea dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya di antaranya sebagai berikut:

1. Lochea rubra/merah

Lochea ini muncul pada hari pertama sampai hari ketiga masa postpartum. Sesuai dengan namanya, warnanya biasanya merah dan mengandung darah dari perobekan/luka pada plasenta dan serabut dari desidua dan chorion. Lokia terdiri atas sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekoneum, dan sisa darah.

2. Lochea sanguinolenta

Lochea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir karena pengaruh plasma darah, pengeluarannya pada hari ke 4 hingga hari ke 7 hari postpartum.

3. Lochea serosa

Lochea ini muncul pada hari ke 7 hingga hari ke 14 postpartum. Warnanya biasanya kekuningan atau kecoklatan. Lokia ini terdiri atas lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri atas leukosit dan robekan laserasi plasenta.

4. Lochea alba

Lochea ini muncul pada minggu ke 2 hingga minggu ke 6 postpartum. Warnanya lebih pucat, putih kekuningan, serta lebih banyak mengandung

leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks, dan serabut jaringan yang mati.

Lochea yang menetap pada periode awal postpartum menunjukkan adanya tanda-tanda perdarahan sekunder yang mungkin dapat disebabkan oleh tertinggalnya sisa atau selaput plasenta. Lokia alba atau serosa yang berlanjut dapat menandakan adanya endometritis, terutama bila disertai dengan nyeri pada abdomen dan demam.

2) Perubahan pada vulva, vagina dan perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan, akibat dari penekanan tersebut vulva dan vagina akan mengalami kekenduran, hingga beberapa hari pasca proses persalinan, pada masa ini terjadi penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae yang diakibatkan karena penurunan estrogen pasca persalinan. Vagina yang semula sangat teregang akan kembali secara bertahap pada ukuran sebelum hamil selama 6-8 minggu setelah bayi lahir. Rugae akan kembali terlihat sekitar minggu keempat, walaupun tidak akan menonjol pada wanita nulipara. Pada umumnya rugae akan memipih secara permanen. Mukosa tetap atrofik, pada wanita yang menyusui sekurang-kurangnya sampai menstruasi dimulai kembali. Penebalan mukosa vagina terjadi seiring pemulihan fungsi ovarium.

Pada perineum setelah melahirkan akan menjadi kendur, karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Post natal hari ke 5 perinium sudah mendapatkan kembali tonusnya walaupun tonusnya tidak seperti sebelum hamil. Pada awalnya, introitus vagina mengalami eritematosa dan edematosa, terutama pada daerah episiotomy atau jahitan laserasi. Proses penyembuhan luka episiotomy sama dengan

luka operasi lain. Tanda-tanda infeksi (nyeri, merah, panas, dan bengkak) atau tepian insisi tidak saling melekat bisa terjadi. Penyembuhan akan berlangsung dalam dua sampai tiga minggu. Luka jalan lahir yang tidak terlalu luas akan sembuh secara perpriman (sembuh dengan sendirinya), kecuali luka jahitan yang terinfeksi akan menyebabkan selulitis yang dapat menjalar hingga terjadi sepsis.

3) Perubahan sistem pencernaan

a) Nafsu makan

Ibu biasanya merasa lapar segera pada 1-2 jam setelah proses persalinan. Setelah benar-benar pulih dari efek analgesia, anastesia dan keletihan, kebanyakan ibu merasa sangat lapar. Permintaan untuk memperoleh makanan dua kali dari jumlah yang biasa dikonsumsi disertai konsumsi camilan sering ditemukan, untuk pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama 1 atau 2 hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema.

b) Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

c) Pengosongan usus

Pada masa nifas sering terjadi konstipasi setelah persalinan. hal ini disebabkan karena pada waktu persalinan alat pencernaan mengalami tekanan, dan pasca persalinan tonus otot menurun sehingga menyebabkan kolon menjadi kosong,

pengeluaran cairan berlebih pada waktu persalinan, kurangnya asupan makanan, cairan dan aktivitas tubuh.

4) Perubahan sistem perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, ibu nifas akan kesulitan untuk berkemih dalam 24 jam pertama. Kemungkinan dari penyebab ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih yang telah mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung.

Urin dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12-36 jam post partum. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok (diuresis). Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam 6 minggu.

Dinding kandung kemih memperlihatkan odem dan hyperemia, kadang-kadang odem trigonum yang dapat menimbulkan alostaksi dari uretra sehingga dapat menjadi retensio urine. Kandung kemih dalam masa nifas menjadi kurang sensitive dan kapasitas bertambah sehingga setiap kali kencing masih tertinggal urin residual (normal kurang lebih 15 cc). dalam hal ini, sisa urin dan trauma pada kandung kemih sewaktu persalinan dapat beresiko terjadinya infeksi.

5) Perubahan sistem muskuluskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah persalinan. Pembuluh darah yang berada di myometrium uterus akan menjepit, pada proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan. Ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga kadang membuat uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum rotundum menjadi kendor. Hal ini akan kembali normal pada 6-8 minggu setelah persalinan.

Pada proses persalinan juga dapat menyebabkan putusya serat-serat elastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada waktu hamil, dinding abdomen mengendur,. Untuk memulihkan kembali jaringan penunjang genitalia, serta otot dinding perut dan dasar panggul , dianjurkan untuk melakukan latihan tertentu, pada 2 hari post partum sudah dapat dilakukan latihan atau fisioterapi.

6) Perubahan sistem endokrin

Perubahan sistem endokrin yang terjadi pada masa nifas adalah perubahan kadar hormon dalam tubuh. Adapaun kadar hormon yang mengalami perubahan pada ibu nifas adalah hormone estrogen dan progesterone, hormone oksitosin dan prolactin. Hormon estrogen dan progesterone menurun secara drastis, sehingga terjadi peningkatan kadar hormone prolactin dan oksitosin.

Hormon oksitosin berperan dalam proses involusi uteri dan juga memancarkan ASI, sedangkan hormone prolactin berfungsi untuk memproduksi ASI. Keadaan ini membuat proses laktasi dapat berjalan dengan baik. Jadi semua ibu nifas seharusnya dapat menjalani proses laktasi dengan baik dan sanggup memberikan ASI eksklusif pada bayinya.

7) Perubahan tanda-tanda vital

Beberapa perubahan tanda-tanda vital biasa terlihat jika wanita dalam keadaan normal, peningkatan kecil sementara, baik peningkatan tekanan darah systole maupun diastole dapat timbul dan berlangsung selama sekitar 4 hari setelah wanita melahirkan. Fungsi pernapasan kembail pada fungsi saat wanita tidak hamil yaitu pada bulan keenam setelah wanita melahirkan. Setelah rahim kosong, diafragma menurun, aksis jantung kembali normal, serta impuls dan EKG kembali normal.

8) Perubahan sistem kardiovaskular

a) Volume darah

Perubahan volume darah bergantung pada beberapa factor, misalnya kehilangan darah selama melahirkan dan mobilisasi, serta pengeluaran cairan ekstrasvaskuler (edema fisiologis). Kehilangan darah merupakan akibat penurunan volume darah total yang cepat, tetapi terbatas. Setelah itu terjadi perpindahan normal cairan tubuh yang menyebabkan volume darah menurun dengan lambat. Pada minggu ke-3 dan ke-4 setelah bayi lahir, volume darah biasanya menurun sapai mencapai volume darah sebelum hamil. Pada persalinan per vaginam, ibu kehilangan darah sekitar 300-400 cc. bila kelahiran melalui SC, maka kehilangan darah dapat 2 kali lipat. Perubahan terdiri atas volume darah dan hematokrit (haemoconcentration). Pada persalinan per vaginam, hematocrit akan naik, sedangkan pada SC, hematocrit cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu.

b) Curah jantung

Denyut jantung, volume sekuncup, dan curah jantung meningkat sepanjang masa hamil. Segera setelah wanita melahirkan, keadaan ini meningkat bahkan lebih tinggi selama 30-60 menit karena darah yang biasanya melintasi sirkulasi uteroplasenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum. Nilai ini meningkat pada semua jenis kelahiran.

9) Perubahan sistem hematologi

Selama kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma, serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun, tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukositosis yang meningkat di mana jumlah sel darah putih dapat mencapai

15.000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa postpartum. Jumlah sel darah putih tersebut masih biasa naik sampai 25.000-30.000 tanpa adanya kondisi patologi jika wanita tersebut mengalami persalinan lama.

Jumlah hemoglobin, hematocrit, dan eritrosit akan sangat bervariasi pada awal-awal masa postpartum sebagai akibat dari volume darah. Volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah akan dipengaruhi oleh status gizi wanita tersebut. Kira-kira selama kelahiran dan masa postpartum terjadi kehilangan darah sekitar 200-500 ml. penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke-3 sampai ke-7 postpartum dan akan kembali normal dalam 4-5 minggu postpartum.

d. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Minggu-minggu pertama masa nifas merupakan masa rentan bagi seorang ibu. Pada saat yang sama, ibu baru (primipara) mungkin frustrasi karena merasa tidak kompeten dalam merawat bayi dan tidak mampu mengontrol situasi. Semua wanita akan mengalami perubahan ini, namun penanganan atau mekanisme koping yang dilakukan dari setiap wanita untuk mengatasinya pasti akan berbeda. Hal ini dipengaruhi oleh pola asuh dalam keluarga dimana wanita tersebut dibesarkan, lingkungan, adat istiadat setempat, suku, bangsa, pendidikan serta pengalaman yang didapat.³¹

1) Adaptasi psikologis ibu masa nifas

Pengalaman menjadi menjadi orang tua khususnya menjadi seorang ibu tidaklah selalu merupakan suatu hal yang menyenangkan bagi setiap wanita atau pasangan suami istri. Realisasi tanggung jawab sebagai seorang ibu merupakan faktor pemicu munculnya gangguan emosi,

intelektual, dan tingkah laku pada seorang wanita. Beberapa penyesuaian dibutuhkan oleh wanita dalam menghadapi aktivitas dan peran barunya sebagai seorang ibu. Sebagian wanita berhasil menyesuaikan diri dengan baik, tetapi sebagian lainnya tidak berhasil menyesuaikan diri dan mengalami gangguan-gangguan psikologis dengan berbagai gejala atau sindrom yang oleh para peneliti dan klinisi disebut post-partum blues.

Banyak faktor yang diduga berperan pada sindrom post-partum blues, salah satu yang penting adalah kecukupan dukungan sosial dari lingkungannya (terutama suami). Kurangnya dukungan sosial dari keluarga dan teman khususnya dukungan suami selama periode pasca salin (nifas) diduga kuat merupakan faktor penting dalam terjadinya post-partum blues. Ada banyak perubahan yang telah terjadi di masa 9 bulan saat kehamilan, dan bahkan bisa lebih yang terjadi pada masa nifas, bahkan mungkin merasa sedikit ditinggalkan atau dipisahkan dari lingkungannya.

Banyak hal yang dapat menambah beban hingga membuat seorang wanita merasa down. Banyak juga wanita yang merasa tertekan setelah melahirkan, sebenarnya hal tersebut adalah wajar. Perubahan peran seorang ibu semakin besar dengan lahirnya bayi yang baru lahir. Dukungan positif dan perhatian dari seluruh anggota keluarga lainnya merupakan suatu hal yang dibutuhkan oleh ibu.

Dalam menjalani adaptasi masa nifas, sebagian ibu dapat mengalami fase-fase sebagai berikut:

a) Fase taking in

Fase taking in yaitu periode ketergantungan berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu baru umumnya pasif dan tergantung,

perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya. Pengalaman selama proses persalinan berulang kali diceritakannya. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Kemampuan mendengarkan (listening skills) dan menyediakan waktu yang cukup merupakan dukungan yang tidak ternilai bagi ibu. Kehadiran suami dan keluarga sangat diperlukan pada fase ini. Petugas kesehatan dapat menganjurkan kepada suami dan keluarga untuk memberikan dukungan moril dan menyediakan waktu untuk mendengarkan semua yang disampaikan oleh ibu agar dia dapat melewati fase ini dengan baik.

Gangguan psikologis yang mungkin dirasakan ibu pada fase ini adalah sebagai berikut:

1. Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya misalkan: jenis kelamin tertentu, warna kulit, dan sebagainya.
2. Ketidaknyamanan sebagai akibat dari perubahan perubahan fisik yang dialami ibu misalnya rasa mules akibat dari kontraksi rahim, payudara bengkak, akibat luka jahitan, dan sebagainya.
3. Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.
4. Suami atau keluarga yang mengkritik ibu tentang cara merawat bayinya dan cenderung melihat saja tanpa membantu. Ibu akan merasa tidak nyaman karena sebenarnya hal tersebut bukan hanya tanggung jawab ibu saja, tetapi tanggung jawab bersama.

Pada saat ini tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan fisik dan psikologis

yang dapat diakibatkan karena kurang istirahat, selain itu peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi aktif.

b) Fase taking hold

Fase taking hold adalah fase/periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu memiliki perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah sehingga kita perlu berhati-hati dalam berkomunikasi dengan ibu.

Pada fase ini ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai masukan dalam merawat diri dan bayinya sehingga timbul percaya diri. Tugas sebagai tenaga kesehatan yakni mengajarkan cara merawat bayi, cara menyusui yang benar, cara merawat luka jahitan, mengajarkan senam nifas, memberikan pendidikan kesehatan yang diperlukan ibu seperti gizi, istirahat, kebersihan diri, dan lain-lain.

c) Fase letting go

Fase letting go merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya, serta kepercayaan dirinya sudah meningkat. Pendidikan kesehatan yang kita berikan pada fase sebelumnya akan sangat berguna bagi ibu agar lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya.

Dukungan dari suami dan keluarga masih sangat diperlukan ibu. Suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi, mengerjakan urusan rumah tangga sehingga ibu tidak terlalu lelah dan terbebani. Ibu memerlukan istirahat yang cukup sehingga mendapatkan kondisi fisik yang bagus untuk dapat merawat bayinya.

Pada periode ini ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi sangat bergantung pada ibu, hal ini menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan serta hubungan sosial. Jika hal ini tidak dapat dilalui dengan baik maka dapat menyebabkan terjadinya post partum blues dan depresi post partum.

e. Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

Periode postpartum adalah waktu penyembuhan dan perubahan yaitu waktu kembali pada sebagaimana keadaan tidak hamil. Dalam masa nifas, alat-alat genitalia interna maupun eksterna akan berangsur-angsur pulih seperti pada keadaan sebelum hamil. Untuk membantu mempercepat proses penyembuhan pada masa nifas, maka ibu nifas membutuhkan diet yang cukup kalori dan protein, membutuhkan istirahat yang cukup dan sebagainya.³² Kebutuhan-kebutuhan yang dibutuhkan ibu nifas antara lain sebagai berikut:

1) Nutrisi dan cairan

Ibu nifas membutuhkan nutrisi yang cukup, gizi seimbang, terutama kebutuhan protein dan karbohidrat. Gizi pada ibu menyusui sangat erat kaitannya dengan produksi ASI, dimana ASI sangat dibutuhkan untuk tumbuh kembang bayi. Nutrisi ibu menyusui tidaklah rumit, yang terpenting adalah makanan yang dapat memenuhi kebutuhan nutrisi ibu nifas, serta menjamin

pembentukan air susu yang berkualitas dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan bayinya.

Kualitas dan jumlah makanan yang dikonsumsi ibu nifas sangat mempengaruhi produksi ASI. Ibu nifas harus mendapatkan zat makanan sebesar 800 kkal yang digunakan untuk produksi ASI dan untuk proses kesembuhan ibu. Pemberian ASI sangat penting karena ASI merupakan makanan utama bagi bayi.

Kesimpulan dari beberapa anjuran yang berhubungan dengan pemenuhan gizi ibu menyusui antara lain:

- a) Mengonsumsi tambahan kalori setiap hari sebanyak 500 kalori
- b) Makan dengan diet seimbang, cukup protein, mineral, dan vitamin.
- c) Minum sedikitnya 3 liter setiap hari, terutama setelah menyusui
- d) Mengonsumsi tablet zat besi selama masa nifas
- e) Minum kapsul vitamin A (200.000 unit).

Kekurangan gizi pada ibu menyusui dapat menimbulkan gangguan kesehatan pada ibu dan bayinya. Gangguan pada bayi meliputi proses tumbuh kembang anak, bayi mudah sakit, dan mudah terkena infeksi. Kekurangan zat-zat esensial menimbulkan gangguan pada mata maupun tulang.

2) Ambulasi dini

Ambulasi dini adalah latihan aktivitas ringan membimbing ibu untuk segera pulih dari trauma persalinan, dengan cara membimbing ibu mulai dari miring kanan miring kiri, latihan duduk, berdiri bangun dari tempat tidur, kemudian dilanjutkan latihan berjalan.

Ambulasi dini sangat bermanfaat bagi ibu nifas dengan kondisi normal namun tidak buat ibu nifas dengan penyakit anemia, jantung, paru-paru, demam, dan keadaan lain yang masih membutuhkan istirahat.

Perawatan mobilisasi dini mempunyai keuntungan, yaitu:

- a) Melancarkan pengeluaran lochea, mengurangi infeksi puerperium
- b) Mempercepat involusi uterus
- c) Melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat kelamin
- d) Meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme

Ambulasi dini merupakan usaha untuk memulihkan kondisi ibu nifas secepat mungkin mungkin untuk berjalan. Pada persalinan normal sebaiknya ambulasi dikerjakan setelah 2 jam (ibu boleh miring ke kiri atau ke kanan untuk mencegah adanya trombosit).

Ambulasi dini dilakukan dengan melakukan gerakan dan jalan-jalan ringan sambil bidan melakukan observasi perkembangan pasien dari hitungan jam hingga hari. Kegiatan ini dilakukan secara meningkat berangsur-angsur frekuensi dan intensitas aktivitasnya sampai pasien dapat melakukannya sendiri tanpa pendampingan, untuk tercapainya tujuan membuat pasien dapat beraktifitas secara mandiri.

3) Eliminasi BAK/BAB

Dalam 6 jam post partum, pasien sudah harus dapat buang air kecil. Semakin lama urine tertahan dalam kandung kemih maka dapat mengakibatkan kesulitan pada organ perkemihan, misalnya infeksi. Biasanya, pasien menahan air kencing karena takut akan merasakan sakit pada luka jalan lahir. Bidan harus

dapat meyakinkan pada pasien bahwa kencing segera setelah persalinan dapat mengurangi komplikasi post partum. Berikan dukungan mental pada pasien bahwa ibu pasti mampu menahan sakit pada luka jalan lahir akibat terkena air kencing, karena ibupun telah berhasil berjuang untuk melahirkan bayinya.

BAK normal dalam tiap 3-4 jam secara spontan. Bila tidak mampu BAK sendiri, maka dilakukan tindakan bladder training, berikut ini:

- a) Dirangsang dengan mengalirkan air keran di dekat klien
- b) Mengompres air hangat di atas simfisis
- c) Saat site bath (berendam air hangat) klien disuruh BAK

Bila tidak berhasil dengan cara diatas, maka dilakukan kateterisasi. Hal ini dapat membuat klien merasa tidak nyaman dan risiko infeksi saluran kemih tinggi. Oleh karena itu kateterisasi tidak dilakukan sebelum lewat enam jam postpartum.

Dalam 24 jam pertama, ibu post partum harus dapat buang air besar, karena semakin lama feses tertahan dalam usus makan akan mengeras karena cairan yang terkandung dalam feses akan terserap oleh usus. Bidan harus dapat meyakinkan pasien agar tidak takut buang air besar, karena tidak akan mempengaruhi luka jalan lahir. Untuk meningkatkan volume feses, anjurkan pasien untuk makan tinggi serat dan banyak minum air putih.

4) Kebersihan diri/perineum

Mandi di tempat tidur dilakukan sampai ibu dapat mandi sendiri di kamar mandi. Bagian yang paling utama dibersihkan adalah puting susu dan mammae.

Bila sudah BAB atau BAK perineum harus dibersihkan secara rutin. Caranya dibersihkan dengan sabun yang lembut

minimal sehari sekali. Biasanya ibu akan takut jahitannya lepas, juga merasa sakit sehingga perineum tidak dibersihkan atau tidak dicuci. Cairan sabun yang hangat atau sejenisnya sebaiknya dipakai setelah ibu BAK atau BAB. Sesudah atau sebelum mengganti pembalut (pad) harus cuci tangan dengan menggunakan desinfektan atau sabun. Ibu perlu diberitahu cara mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai terkontaminasi oleh tangan. Cara memakaikannya adalah dari depan ke belakang.

Langkah-langkah penanganan kebersihan diri adalah sebagai berikut:

- a) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh untuk mencegah infeksi dan alergi kulit pada bayi. Kulit ibu yang kotor karena keringat dan debu dapat menyebabkan kulit bayi mengalami alergi melalui sentuhan kulit ibu dengan bayi
- b) Ajarkan ibu bagaimana memberikan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah sekitar vulva terlebih dahulu dari depan ke belakang, baru kemudian dibersihkan daerah sekitar anus. Nasihatilah kepada ibu untuk membersihkan vulva setiap kali setelah BAB atau BAK
- c) Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain setidaknya 2 kali sehari, kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik dan dikeringkan di bawah matahari atau disetrika
- d) Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air, sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya
- e) Jika ibu memiliki luka episiotomy atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari dan menyentuh luka.

5) Istirahat

Umumnya wanita sangat lelah setelah melahirkan, akan terasa lebih lelah bila proses persalinan berlangsung lama. Seorang ibu baru akan merasa cemas apakah ia mampu merawat anaknya atau tidak setelah melahirkan. Hal ini menyebabkan susah tidur, alasan lainnya adalah terjadi gangguan pola tidur karena beban kerja bertambah, ibu harus bangun malam untuk meneteki, untuk mengganti popok yang sebelumnya tidak pernah dilakukan.

Ibu post partum sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Keluarga disarankan untuk memberikan kesempatan kepada ibu untuk beristirahat yang cukup sebagai persiapan untuk energy menyusui bayinya nanti.

6) Seksual

Dinding vagina akan kembali ke keadaan seperti sebelum hamil dalam waktu 6-8 minggu. Secara fisik, aman untuk memulai hubungan suami istri setelah berhentinya perdarahan, dan ibu dapat mengecek dengan menggunakan jari kelingking yang dimasukkan ke dalam vagina. Begitu darah merah berhenti dan ibu merasa tidak ada gangguan, maka aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri di saat ibu merasa siap.

Banyak budaya yang mempunyai tradisi memulai hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 60 hari setelah persalinan. Hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika luka episiotomy telah sembuh dan lokia telah berhenti. Sebaliknya hubungan seksual dapat ditunda sedapat mungkin sampai 40 hari setelah persalinan karena pada saat itu diharapkan organ-organ tubuh telah pulih kembali.

7) Keluarga berencana

Ibu post partum dan keluarga juga harus memikirkan tentang menggunakan alat kontrasepsi setelah persalinan untuk menghindari kehamilan yang tidak direncanakan. Penggunaan alat kontrasepsi setelah persalinan dapat melindungi ibu dari resiko kehamilan, karena menjalani proses kehamilan seorang wanita membutuhkan fisik dan mental yang sehat serta stamina yang kuat. Untuk mengatur jarak kehamilan ibu dapat menggunakan alat kontrasepsi sehingga dapat mencapai waktu kehamilan yang direncanakan. Bagi wanita yang baru saja melahirkan, saat yang tepat untuk sebenarnya untuk melakukan KB yakni setelah persalinan sebelum meninggalkan ibu rumah sakit/klinik. Namun kondisi ini tergantung dari jenis alat/metode KB yang dipilih ibu, serta apakah Ibu memiliki rencana menyusui bayinya atau tidak

f. Komplikasi dan Penyakit dalam Masa Nifas

Komplikasi dan penyakit yang terjadi pada ibu masa nifas yaitu:

1) Infeksi nifas

Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genitalia dalam masa nifas. Masuknya kuman-kuman dapat terjadi dalam kehamilan, waktu persalinan, dan nifas. Demam nifas adalah demam dalam masa nifas oleh sebab apa pun. Morbiditas puerpuralis adalah kenaikan suhu badan sampai 38° C atau lebih selama 2 hari dari dalam 10 hari postpartum. Kecuali pada hari pertama. Suhu diukur 4 kali secara oral.

2) Infeksi saluran kemih

Pada masa nifas dini, sensitivitas kandung kemih terhadap tegangan air kemih di dalam vesika sering menurun akibat trauma persalinan atau analgesia epidural atau spinal. Sensasi peregangan kandung kemih juga mungkin berkurang akibat rasa

tidak nyaman yang ditimbulkan oleh episiotomi yang lebar, laserasi periuretra, atau hematoma dinding vagina. Setelah melahirkan, terutama saat infus oksitosin dihentikan, terjadi diuresis yang disertai peningkatan produksi urin dan distensi kandung kemih. Over distensi yang disertai katekisasi untuk mengeluarkan air kemih sering menyebabkan infeksi saluran kemih.

3) Metritis

Metritis adalah infeksi inspeksi uterus setelah persalinan yang merupakan salah satu penyebab terbesar kematian ibu. Bila pengobatan terlambat atau kurang adekuat dapat menjadi abses pelvis yang menahun, peritonitis, syok septik, trombosis yang dalam, emboli pulmonal, infeksi pelvis yang menahun, dispareunia, penyumbatan tuba dan infertilitas.

4) Bendungan payudara

Bendungan payudara adalah peningkatan aliran vena dan limfe pada payudara dalam rangka mempersiapkan diri untuk laktasi. Bendungan terjadi akibat bendungan berlebihan pada limfatik dan vena sebelum laktasi. Payudara bengkak disebabkan karena menyusui yang tidak kontinu, sehingga sisa ASI terkumpul pada daerah ductus. Hal ini dapat terjadi pada hari ke tiga setelah melahirkan. Penggunaan bra yang keras serta keadaan puting susu yang tidak bersih dapat menyebabkan sumbatan pada ductus.

5) Infeksi payudara

Mastitis termasuk salah satu infeksi payudara. Mastitis adalah peradangan pada payudara yang dapat disertai infeksi atau tidak, yang disebabkan oleh kuman terutama *Staphylococcus aureus* melalui luka pada puting susu atau melalui peredaran darah.

6) Abses payudara

Abses payudara merupakan komplikasi akibat peradangan payudara/ mastitis yang sering timbul pada minggu ke dua postpartum (setelah melahirkan), karena adanya pembengkakan payudara akibat tidak menyusui dan lecet pada puting susu.

7) Abses pelvis

Penyakit ini merupakan komplikasi yang umum terjadi pada penyakit-penyakit meluar seksual (sexually transmitted disease/ STDs), utamanya yang disebabkan oleh chlamydia dan gonorrhea.

8) Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan pada peritoneum yang merupakan pembungkus visera dalam rongga perut. Peritoneum adalah selaput tipis dan jernih yang membungkus organ perut dan dinding perut sebelah dalam.

9) Infeksi luka perineum dan luka abdominal

Luka perineum adalah luka perineum karena adanya robekan jalan lahir baik karena rupture maupun karena episiotomy pada waktu melahirkan janin. Rupture perineum adalah robekan yang terjadi pada perineum sewaktu persalinan

10) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pervagina atau perdarahan postpartum adalah kehilangan darah sebanyak 500 cc atau lebih dari traktus genitalia setelah melahirkan. Hemoragi postpartum primer mencakup semua kejadian perdarahan dalam 24 jam setelah kelahiran.

g. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Pada kebijakan program nasional masa nifas paling sedikit 4 kali melakukan kunjungan pada masa nifas. Hal ini untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir serta untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi antara lain pada tabel berikut:

Tabel 5. Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	a. Mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberikan rujukan bila perdarahan berlanjut c. Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri d. Pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu e. Mengajarkan ibu untuk mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi
2	6 hari setelah persalinan	a. Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah

		umbilicus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau kelainan pasca melahirkan c. Memastikan ibu mendapat cukup cairan, makanan, dan istirahat d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit e. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan menjaga bayi agar tetap hangat
3	2 minggu setelah persalinan	a. Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau b. Menilai adanya tanda- tanda demam, infeksi atau kelainan pasca melahirkan c. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit e. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan menjaga bayi agar tetap hangat

4	6 minggu setelah persalinan	a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami atau bayinya b. Memberikan konseling untuk KB secara dini
---	-----------------------------------	---

6. Konsep Dasar 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.³³ 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.³⁴

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.³⁴ Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan. Upaya yang dilakukan dalam pelayanan kontrasepsi dapat bersifat sementara maupun bersifat permanen.³⁵

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.³⁶

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.³⁷

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.³⁷

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.³⁷

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.³⁸

b) Konseling

Konseling dilakukan 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*.³⁸

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:³⁸

- (1) Ada atau tidak adanya kehamilan.
- (2) Menentukan keadaan yang membutuhkan perhatian khusus misalnya menyusui atau tidak menyusui pada pengguna 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.³⁸

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 tentang metode kontrasepsi yang akan digunakan oleh klien tersebut.³⁸ Penjelasan persetujuan tindakan tenaga kesehatan sekurangkurangnya mencakup beberapa hal berikut:

- (1) Tata cara tindakan pelayanan
- (2) Tujuan tindakan pelayanan yang dilakukan
- (3) Alternatif tindakan lainnya
- (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).³⁸

3) Pasca Pelayanan Kontrasepsi

Konseling pasca pelayanan dari tiap metode kontrasepsi sangat dibutuhkan. Konseling ini bertujuan agar klien dapat

mengetahui berbagai efek samping dan komplikasi yang mungkin terjadi. Klien diharapkan juga dapat membedakan masalah yang dapat ditangani sendiri di rumah dan efek samping atau komplikasi yang harus mendapat pelayanan medis. Pemberian informasi yang baik akan membuat klien lebih memahami tentang metode kontrasepsi pilihannya dan konsisten dalam penggunaannya.³⁸

d. Metode Kontrasepsi

1) 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	Sadar Masa Subur		√		√		√
11	Sanggama 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".

2) Efektivitas Kontrasepsi

Metode Keluarga Berencana	Angka Kehamilan Tahun Pertama ^a (Trussell & Alken ^b)		Angka Kehamilan 12 bulan ^c (Polis et al. ^d)
	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 ^e	2 ^e	
Kontrasepsi Suntik Kombinasi	0.05 ^e	3 ^e	
Kontrasepsi Suntik Progestin	0.2	4	1.7
Kontrasepsi Pil Kombinasi	0.3	7	5.5
Kontrasepsi Pil Progestin	0.3	7	
Kondom Pria	2	13	5.4
Sadar Masa Subur			
Metode Hari Standar	2	12	
Metode 2 Hari	4	14	
Metode Ovulasi	3	23	
Senggama Terputus	4	20	13.4
Kondom Perempuan	5	21	
Tanpa Metode	85	85	

0 - 0.9	Sangat Efektif
1 - 9	Efektif
10 - 19	Efektif Sedang
20 +	Kurang Efektif

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

3) Macam-macam Metode Kontrasepsi

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

a) Metode Tradisional

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

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 Barrier)

Metode barrier 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.³⁹

4) Jenis Alat Kontrasepsi

Macam alat kontrasepsi yang aman dan tidak mengganggu laktasi meliputi metode amenorea laktasi (MAL), pil progestin, suntik progestin, implan dengan progestin dan alat kontrasepsi dalam rahim. Semua metode baik hormonal maupun non hormonal dapat digunakan sebagai metode dalam pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan, akan tetapi pada masa menyusui bayi ini beberapa yang disarankan agar tidak mengganggu produksi ASI yaitu diantaranya:³⁹

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 sistematis, 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 (minipil) 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.⁴¹

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.⁴¹ Yaitu alat kontrasepsi guna menghalangi secara mekanik. Alat ini dapat mengantisipasi kehamilan dengan menghalangi pertemuan sel telur dengan sperma secara mencegah sperma agar tidak masuk ke vagina. kondom aman untuk ibu menyusui karena tidak mengganggu proses laktasi.

(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 mengganggu hubungan seksual, dapat menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi, harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual, kondom rusak pada saat akan digunakan untuk hubungan seksual.