

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

1. Asuhan Kebidanan Kehamilan

Pengkajian dilakukan dengan melakukan kunjungan rumah ke pasien dimulai sejak pengambilan data awal di Puskesmas Srandakan pada tanggal 24 Februari 2026. Pengkajian tidak hanya dilakukan secara langsung dengan kunjungan rumah tetapi juga dilakukan secara *online* menggunakan media *WhatsApp*. Jenis data yang digunakan yaitu data primer dari hasil anamnesa, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang, serta data sekunder yang diperoleh melalui rekam medis dan buku KIA.

a. Pengkajian tanggal 24 Februari 2026

Asuhan kebidanan kehamilan pada Ny. S pertama kali dilakukan pada tanggal 24 Februari 2026 di Puskesmas Srandakan, diperoleh data Ny. S berusia 36 tahun, beragama islam, pendidikan terakhir SMK, bekerja sebagai ibu rumah tangga. Suami Ny. S yaitu Tn. B berusia 36 tahun, pendidikan terakhir SMK bekerja sebagai wiraswasta. Ny. S dan suami tinggal di Bandung GSK RT 77, Trimurti, Srandakan, Bantul.

Berdasarkan riwayat menstruasi, *menarche* 13 tahun siklus 28 hari, teratur, lama menstruasi 5-6 hari, tidak mengalami dismenore, ganti pembalut 3-4 kali/hari serta tidak mengalami keputihan. Ny. S dan suami sudah menikah selama 13 tahun. HPHT 09 Juni 2025 dan HPL 16 Maret 2026, saat ini umur kehamilan 37 minggu. Kehamilan ini merupakan kehamilan ketiga bagi Ny. S dan tidak pernah mengalami keguguran.

Ny. S mulai memeriksakan kehamilannya saat umur kehamilan 6 minggu 1 hari. Selama hamil Ny. S mengeluh pernah mual, muntah, dan pusing jika kecapekan. Ny. S hanya mengonsumsi obat yang

diberikan oleh bidan/ dokter yaitu asam folat, tablet tambah darah, dan kalsium. Ny. S pernah menggunakan kontrasepsi yaitu KB suntik 3 bulan pada tahun 2022 dan berhenti karena ingin hamil. Ny. S mengatakan mengalami kenaikan tekanan darah sejak usia kehamilan 6 minggu. Pemenuhan nutrisi sehari makan 3-4 kali/hari jenisnya nasi, lauk dan sayur buah porsi sedang, minum air putih $\pm$ 8-10 gelas ukuran sedang ($\pm$ 350 ml) perhari. Pola eliminasi sering BAK terutama pada malam hari, pola istirahat tidur malam 6-8 jam dan tidur siang 30 menit- 1 jam. Ibu mengatakan berhubungan suami istri dengan pasangan 1 minggu sekali selama hamil dan tidak ada masalah.

Berdasarkan pengkajian pada tanggal 24 Februari 2026 di usia kehamilan 37 minggu didapatkan data subjektif yaitu ibu mengatakan tidak ada keluhan ingin kontrol kehamilan dan didapatkan data objektif, keadaan umum baik, TD: 140/90 mmHg, N: 96 x/m, R: 20 x/m, S: 36,6 °C, BB sebelum hamil 50 kg, BB saat ini 61,2 kg. TB 144 cm, Lila 28 cm, IMT 24,1 kg/m². Pemeriksaan fisik dari kepala sampai dengan leher dalam batas normal tidak ada kelainan. Pemeriksaan abdomen tidak ada luka bekas operasi. Pemeriksaan palpasi leopold 1 dengan TFU 3 jari dibawah PX teraba bulat lunak tidak melenting yaitu bokong janin, leopold 2 teraba bagian punggung janin di perut kanan ibu, dan bagian ekstremitas janin berada di perut kiri ibu, palpasi leopold 3 teraba bagian terendah janin bulat melenting, bisa digerakkan yaitu kepala, dan leopold 4 menunjukkan tangan pemeriksa *konvergen* (kepala belum masuk panggul), TFU Mc Donald 29 cm, DJJ 141 x/m, teratur. TBJ 2635 gram. Ektremitas atas dan bawah tidak ada oedema dan tidak ada keterbatasan gerak. Pemeriksaan penunjang didapatkan hasil HB 12 mg/dL, GDS 90mg/dl, protein urine negative, reduksi urine negative, dan hasil pemeriksaan USG terakhir oleh dokter di Puskesmas Srandakan pada tanggal 3 Februari 2026 didapatkan hasil janin tunggal, intrauterine, presentasi kepala belum masuk panggul, DJJ (+), Gerakan (+), plasenta tidak menutupi jalan lahir, air ketuban cukup, TBJ 1984 gram. Berdasarkan data subjektif dan objektif diperoleh diagnosa Ny. S Usia 36 Tahun G3P2A0AH2 Umur Kehamilan 37 minggu, janin hidup,

tunggal, punggung kanan, presentasi kepala, belum masuk panggul dengan hipertensi.

Penatalaksanaan yang diberikan pada Ny. S pada kunjungan pertama adalah menjelaskan hasil pemeriksaan, memberikan KIE tentang gaya hidup sehat dengan menjaga pola istirahat yang cukup, olahraga ringan, menganjurkan ibu untuk tetap mempertahankan pola makan dan minumnya serta memperhatikan pola istirahat yang cukup. Menjelaskan pada ibu tentang bahaya di Trimester 3. Menjelaskan pada ibu mengenai tanda-tanda persalinan.

Memberikan KIE mengenai persiapan persalinan mulai dari siapa yang akan menolong persalinan, dana persalinan, kendaraan untuk ke fasilitas kesehatan, pendonor bila memang nanti dibutuhkan, siapa yang akan menemani proses persalinan dan mengantar ke fasilitas kesehatan untuk tempat rujukan ibu mengatakan ke RS Panembahan Senopati, menggunakan bpjs, kendaraan menggunakan motor atau mobil pribadi, pendonor ada dari ayah dan kakak ipar, yang akan mengantar ke tempat persalinan ada ibu mertua dan suami. Menganjurkan ibu untuk tetap mengkonsumsi tambah darah, dan vitamin, obat penurun tensi yang diberikan oleh dokter sesuai intruksi dan hindari minum teh, kopi, dan makanan cepat saji lainnya, memberitahukan ibu jadwal kunjungan ulang 1 minggu lagi atau jika ada keluhan.

b. Pengkajian tanggal 5 Maret 2026

Asuhan kebidanan kehamilan yang ke-2 dilakukan kunjungan rumah pada Ny. S untuk menggali informasi riwayat pemeriksaan selama kehamilan ini serta mengevaluasi keadaan ibu serta janin. Saat dilakukan kunjungan usia kehamilan ibu yaitu 38 minggu 3 hari, didapatkan data subjektif bahwa ibu tidak ada keluhan. Obat yang diberikan masih ada. Ibu mengatakan gerakan janin aktif > 10 kali dalam 12 jam.

Didapatkan data objektif, keadaan umum baik, TD: 139/91 mmHg, N: 91 x/m, RR: 20 x/m. Pemeriksaan fisik dari kepala sampai dengan leher dalam batas normal tidak ada kelainan. Penatalaksanaan yang diberikan pada kunjungan kedua adalah menjelaskan mengenai hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu dan janin saat ini baik, KIE aktivitas fisik ringan seperti senam hamil, KIE

ketidaknyamanan ibu hamil trimester III. Mengenalkan kepada ibu tentang macam-macam alat kontrasepsi, kekurangan dan kelebihan, cara kerja, biaya, efek samping, namun ibu belum mau menggunakan KB pascasalin. Melakukan dan mengajarkan pada ibu teknik mengejan saat persalinan yang benar, yaitu dengan mengejan ketika ada kontraksi dan istirahat saat kontraksi hilang, ketika kontraksi posisi mengejan ibu dengan kedua tangan merangkul pada paha kanan kiri, menekuk kepala hingga dagu menempel pada dada, mempertahankan mata tetap terbuka, kemudian mengejan tanpa suara seperti akan BAB. Mengajarkan kepada ibu manajemen rasa sakit dengan mengatur pola nafas yang baik, dan menyarankan ibu untuk melakukan jalan kaki pagi dan sore minimal 30 menit untuk membantu penurunan kepala janin semakin turun, menganjurkan ibu untuk segera periksa ketika sudah terjadi tanda-tanda persalinan.

c. Pengkajian tanggal 10 Maret 2026

Asuhan kebidanan kehamilan yang ke-3 dilakukan kunjungan rumah pada Ny. S. Berdasarkan pengkajian pada tanggal 10 Maret 2026 di usia kehamilan 39 minggu 1 hari didapatkan data subjektif bahwa ibu sudah ada tanda-tanda persalinan yaitu kenceng-kenceng tetapi masih jarang. Obat yang diberikan masih ada. Ibu mengatakan gerakan janin aktif > 10 kali dalam 12 jam. Berdasarkan hasil pemeriksaan keadaan umum baik, TD: 132/91 mmHg, N: 91 x/m, RR: 20 x/m.

Penatalaksanaan yang diberikan pada Ny. S yaitu menjelaskan ibu mengenai hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu dan janin saat ini baik, memantapkan kembali rencana penggunaan KB setelah persalinan, menganjurkan ibu untuk menggunakan KB non hormonal. Menjelaskan pada ibu mengenai persiapan dan tanda-tanda persalinan seperti adanya kenceng-kenceng yang muncul dalam 10 menit, pengeluaran lendir darah, dan pengeluaran air ketuban. Menganjurkan ibu untuk melakukan olahraga kecil di rumah seperti jalan-jalan pagi dan sore, dan senam hamil serta mempersiapkan mengatur pernafasannya. Memberikan dukungan psikologi pada ibu, meyakinkan ibu untuk percaya dengan keputusan dokter karena itu merupakan

pilihan terbaik demi ibu dan bayi. Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi dan segera jika terdapat keluhan serta apabila ada tanda-tanda persalinan langsung datang ke RS Panembahan Senopati.

2. Asuhan Kebidanan Persalinan

Asuhan kebidanan persalinan pada Ny. S usia 36 tahun G3P2A0AH2 dilakukan pada tanggal 12 Maret 2026 di RS Panembahan Senopati. Proses pendampingan asuhan persalinan dilakukan melalui komunikasi jarak jauh menggunakan aplikasi *WhatsApp*, dikarenakan keterbatasan akses mahasiswa untuk mendampingi langsung di ruang bersalin. Meskipun demikian, pemantauan dilakukan secara berkesinambungan dengan tetap memperhatikan kondisi ibu dan janin berdasarkan informasi yang diperoleh dari ibu maupun keluarga, serta hasil pemeriksaan tenaga kesehatan di rumah sakit. Pada 11 Maret 2026 ibu dianjurkan untuk mulai *opname* oleh dokter. Ibu mengatakan di rumah sakit dilakukan pemeriksaan dalam dan hasilnya belum ada pembukaan jalan lahir, sehingga ibu diberi obat perangsang agar terjadi pembukaan. Induksi dilakukan dengan tujuan untuk merangsang kontraksi uterus sehingga persalinan dapat berlangsung secara pervaginam. Selama proses induksi, ibu terus dilakukan observasi terhadap frekuensi dan kekuatan kontraksi, denyut jantung janin, serta tanda-tanda infeksi seperti demam, nyeri tekan uterus, dan perubahan cairan ketuban. Pada tanggal 12 Maret 2026 pukul 15.00 WIB dilakukan pemeriksaan janin dan periksa dalam buka 1 cm. Lalu dilakukan Observasi hingga fase aktif.

Hasil wawancara dengan Ny. S jam 18.50 mengeluh semakin kencang dan sakit. Lalu dilakukan periksa dalam sudah pembukaan lengkap lalu diperbolehkan mengejan dan lahir anak laki-laki menangis kuat pada pukul 19.10 WIB. Dokter dan bidan memberikan ucapan selamat kepada ibu dan suami atas kelahiran anaknya yang ketiga serta mengucapkan selamat atas proses persalinannya yang lancar dengan ibu dan bayi sehat dan selamat.

3. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Pengkajian asuhan kebidanan bayi baru lahir pada tanggal 12 Maret 2026. Pengkajian dilakukan melalui pesan *WhatsApp* dan pengkajian data

sekunder dari buku KIA. Bayi lahir pada tanggal 12/03/2026 jam 19.10 WIB normal ditolong oleh bidan jenis kelamin laki-laki. Penilaian awal bayi baru lahir cukup bulan, ketuban jernih, menangis kuat, tonus otot aktif, warna kulit kemerahan. Setelah dilakukan penilaian awal dengan hasil yang baik dilakukan IMD. Setelah dilakukan IMD, dilakukan antropometri dengan hasil BB: 2700 gram, PB: 47 cm, LK: 31 cm, LD: 32 cm, lila: 11 cm dan pemeriksaan fisik hasilnya dalam batas normal tidak ada kekurangan/kecacatan. Bayi mendapatkan injeksi Vit K1 Img dan salep mata 1% pada 1 jam setelah lahir (setelah IMD) dan imunisasi HB 0 diberikan 1-2 jam setelah pemberian injeksi Vit K1. Dari hasil pemeriksaan pada bayi Ny. S menunjukkan hasil baik dan normal. Bayi dilakukan observasi selama masa awal kehidupan, kemudian dilakukan rawat gabung bersama ibu.

Ibu mengatakan bayi telah BAK dalam 24 jam pertama dengan warna urin kuning jernih, dan bayi juga telah mengeluarkan mekonium. Bayi tetap dipantau secara rutin oleh tenaga kesehatan dan keluarga untuk memastikan kondisi bayi stabil. Mengajarkan teknik menyusui yang benar, memberikan KIE untuk melakukan pemberian ASI Eksklusif hingga 6 bulan tanpa memberikan apapun, pemberian ASI on demand, memberikan KIE perawatan tali pusat, KIE kehangatan bayi dengan menggunakan sarung tangan kaki, bedong.

Berdasarkan hasil pemantauan tersebut dapat disimpulkan bahwa bayi baru lahir Ny. S dalam keadaan normal, bayi cukup bulan, tidak ditemukan kelainan bawaan, tanda-tanda vital stabil, refleks bayi baik, serta bayi mampu beradaptasi dengan lingkungan luar rahim secara fisiologis. Selanjutnya bayi diberikan pemantauan neonatus secara berkesinambungan untuk memastikan pertumbuhan dan perkembangan bayi tetap optimal serta mencegah terjadinya komplikasi neonatal.

4. Asuhan Kebidanan Neonatus

a. Pengkajian tanggal 12 Maret 2026 (KN1 6 jam - 2 hari)

Pengkajian dilakukan melalui pesan *WhatsApp*. Ibu mengatakan bayinya sudah BAB dan BAK, bayi tidak rewel, bayi menyusui dengan

kuat, tali pusat dalam kondisi bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi. Diperoleh diagnosa By. Ny. S usia 1 jam BBLC cukup bulan sesuai masa kehamilan normal. Penatalaksanaan yang dilakukan adalah memberi konseling ibu untuk menjaga kehangatan bayinya, menganjurkan ibu untuk lebih sering menyusui anaknya, menyusui dengan ASI agar kekebalan bayi terus bertambah, memberikan konseling ibu tentang perawatan tali pusat, menjemur bayi ketika pagi hari dan memberitahu ibu tanda bahaya bayi baru lahir.

b. Pengkajian tanggal 16 Maret 2026 (KN2 3 - 7 hari)

Pengkajian melalui pesan *WhatsApp* Asuhan pada neonatus. Keadaan bayi dalam kondisi baik, bayi tampak tenang dan tidak rewel berlebihan. Bayi menyusu kuat setiap 2–3 jam atau sesuai kebutuhan, refleks hisap baik, dan bayi dapat menelan ASI dengan baik. Ibu mengatakan bayi sudah BAK 6-10 kali dalam sehari dengan warna urin kuning jernih serta bau khas, dan BAB 2–3 kali dalam sehari dengan konsistensi lembek dan warna kekuningan, tali pusat belum lepas. Ibu juga mengatakan bayi tidak tampak kuning pada kulit maupun mata, serta tidak terdapat kesulitan bernapas.

Penatalaksanaan yang diberikan pada By Ny. S yaitu menjelaskan kepada ibu tentang tanda-tanda bahaya yang dapat terjadi pada bayi baru lahir, menganjurkan ibu untuk menjaga kehangatan bayi, menganjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif, menganjurkan kepada ibu untuk menyusui bayinya minimal 2 jam sekali serta meminta ibu untuk memposisikan bayi di pundak ibu setelah disusui hingga bayi bersendawa. Memberikan KIE perawatan tali pusat, menjemur bayi setiap pagi, serta perencanaan imunisasi A dasar.

c. Pengkajian tanggal 2 April 2026 (KN3 8 - 28 hari)

Pada tanggal 2 April 2026 dilakukan di Puskesmas Srandakan pada By. R umur 21 hari. Ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan, sehat, menyusunya kuat, tali pusat sudah puput pada hari ke-7, BAK dan BAB lancar. Pemenuhan nutrisi : ASI *on demand*, BAK 6-8x/hari, BAB 3x/hari,

tekstur lunak warna kekuningan. Berdasarkan pengkajian data objektif diperoleh hasil pengukuran suhu: 36,6⁰C, N: 134 x/menit, pernafasan: 48x/menit, BB 3400 gram, warna kulit merah muda, tali pusat sudah puput pada hari ke-7 dan saat ini bekas tali pusat tampak kering serta tidak ada tanda infeksi, pernafasan baik tidak ada tarikan dinding dada.

Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu tetap menjaga kehangatan bayi, personal hygiene bayi, tetap diberikan ASI sampai usia enam bulan, mengingatkan tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir dan menjadwalkan ibu untuk melakukan imunisasi BCG pada tanggal 20 April 2026 saat usia bayi 1 bulan.

5. Asuhan Kebidanan Nifas

a. Pengkajian tanggal 12 Maret 2026 (KF1 6 jam – 2 hari)

Pengkajian asuhan kebidanan pada masa nifas 1 jam setelah postpartum diambil melalui pesan *whatsapp* dan data sekunder dari buku KIA ibu. Dari hasil pengkajian di dapatkan keluhan ibu masih merasakan mules, ibu mengatakan darah yang keluar seperti haid hari pertama, ibu belum BAK/BAB, ibu juga belum belajar jalan ke kamar mandi. Ibu sudah makan dengan makanan yang disediakan oleh RS yaitu dengan nasi, sayur, lauk dan buah, minum dengan air putih.

Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberikan KIE tentang mobilisasi dini postpartum, kebersihan diri dan daerah kewanitaan, menjaga kehangatan bayi, memberikan ASI Eksklusif, tanda-tanda bahaya nifas dan pemenuhan nutrisi, serta memberikan dukungan psikologis untuk membangun kepercayaan diri pada ibu dalam menghadapi masa nifas dan mengurus bayi.

b. Pengkajian tanggal 16 Maret 2026 (KF2 3 – 7 hari)

Pengkajian pada Ny. S Usia 36 Tahun P3A0 postpartum spontan nifas hari ke-4 normal. Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan, keadaannya baik dan sehat. Perdarahan nifas dalam batas normal, darah berwarna merah bercampur kekuningan (*lochea sanguinolenta*), tidak terdapat laserasi. ASI lancar dan memberikan ASI setiap 2 jam sekali atau

on demand. Pemenuhan nutrisi ibu makan 3-4 kali/hari dengan nasi, sayur, lauk dan buah. Minum 2-3 liter/hari dengan air putih, jus buah. Ibu sudah melakukan aktivitas sehari-hari dan tidak ada keluhan. BAB dan BAK tidak ada keluhan. Ibu mengatakan istirahat malam terganggu karena menyusui bayi, namun ibu berusaha tidur ketika bayi tidur. Berdasarkan hasil pemeriksaan keadaan umum ibu baik.

Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberikan KIE perawatan dan kebersihan bayi baru lahir, kebersihan daerah kewanitaannya dengan mengganti pembalut ketika sudah tidak nyaman, pemenuhan nutrisi dan istirahat untuk pemulihan, penjelasan tentang ASI *on demand*, menjelaskan pada ibu tanda bahaya pada ibu nifas, serta melakukan kolaborasi dengan keluarga untuk pemenuhan kebutuhan selama masa nifas, support mental ibu dan juga membantu ibu jika diperlukan. Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ke Puskesmas Srandakan pada hari ke 8-28 setelah melahirkan.

c. Pengkajian tanggal 2 April 2026 (KF3 8 – 28 hari)

Pengkajian secara langsung dengan kunjungan rumah tanggal 2 April 2026 tepat nifas hari ke 21. Ibu mengatakan tadi pagi datang ke Puskesmas Srandakan untuk kontrol ibu dan kontrol bayi. Ibu mengatakan tidak ada keluhan saat ini. Hasil pemeriksaan yang bersumber dari pemeriksaan oleh mahasiswa dan data sekunder buku KIA didapatkan yaitu Keadaan umum: baik, Kesadaran: composmentis, Vital sign: TD: 142/92 mmHg. N: 90 kali/menit, R: 20 kali/menit, suhu: 36,4 °C, BB: 55kg. Hasil pemeriksaan fisik (Head to Toe) menunjukkan hasil tidak ditemukan adanya tanda kelainan, oedem, massa/benjolan, tidak pucat, tidak ada perubahan warna kulit, payudara simetris, tidak ada benjolan, puting menonjol, ASI (+) lancar, TFU tidak teraba, kandung kemih kosong, lochea alba, warna keputihan, perdarahan dalam batas normal ganti pembalut setiap 2- 3 kali sehari atau saat BAK dan BAB.

Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberikan KIE pada ibu tentang pemenuhan istirahat dan pemenuhan nutrisi yang bergizi seimbang

selama masa nifas, menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup, memberikan dukungan kepada ibu dalam menghadapi kondisinya saat ini, menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kesehatannya. Memberikan KIE kepada ibu tentang macam macam alat kontrasepsi, menjelaskan kekurangan kelebihan, cara kerja, cara penggunaan dan rentan biaya. Memberikan KIE tentang pemberian imunisasi pada bayi, Melakukan kolaborasi dengan pihak keluarga untuk membantu pekerjaan rumah dan juga membantu kebutuhan ibu nifas.

d. Pengkajian tanggal 10 April 2026 (KF4 29 – 42 hari)

Pengkajian secara langsung dengan kunjungan rumah pada tanggal 10 April 2026. Ibu postpartum spontan nifas hari ke-29 normal. Ibu mengatakan tidak ada keluhan, pengeluaran ASI lancar, TFU tidak teraba, dan sudah tidak ada lagi pengeluaran dari jalan lahir.

Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada pola nutrisi selama masa nifas. Pola nutrisi makan tiga kali sehari dengan porsi normal, terdiri dari nasi, sayur, lauk, buah kadang-kadang. Minum air putih sehari $\pm$ 8-9 gelas, tidak ada keluhan. Pola eliminasi: BAB satu kali sehari, konsistensi dan bau normal, tidak ada keluhan. BAK 5-6 kali sehari. warna dan bau normal. Ibu mengatakan pola istirahat, tidur siang $\pm$ 1-2 jam/hari atau ibu menyempatkan istirahat saat bayinya tidur, dan tidur malam $\pm$ 6-7 jam/hari meskipun bangun saat bayi ingin menyusui. Pola personal hygiene: mandi dua kali sehari, ganti baju dua kali sehari, dan ganti pakaian dalam dua kali sehari. Ibu mengatakan belum melakukan hubungan seksual dengan suami setelah melahirkan karena masih dalam masa nifas. Hasil pemeriksaan tanda vital diperoleh, TD: 130/80 mmHg, S: 36,7 0C, N:85 x/m, R: 20 x/m.

Penatalaksanaan yang diberikan adalah memberi apresiasi pada ibu karena telah memenuhi nutrisi dan istirahatnya dengan baik, memberi dukungan pada ibu karena memberikan ASI eksklusif pada bayinya. Selain itu, bidan kembali mengingatkan ibu mengenai tanda bahaya nifas lanjutan seperti perdarahan tiba-tiba banyak, demam, nyeri perut hebat, lokhea berbau busuk, atau tanda infeksi. Pada tahap ini bidan juga mulai

memberikan konseling mengenai perencanaan keluarga berencana pasca nifas dan pentingnya menentukan metode kontrasepsi yang sesuai. Ibu dianjurkan untuk tetap melakukan kunjungan ulang sesuai jadwal serta segera datang ke fasilitas kesehatan apabila terdapat keluhan atau tanda bahaya.

6. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

Pengkajian pada tanggal 2 April 2026 di Puskesmas Srandakan. Ibu mengatakan berencana menggunakan KB IUD setelah masa nifas. Ibu akan berdiskusi dengan suaminya untuk menggunakan KB jangka panjang yaitu IUD. Hasil pemeriksaan ibu dalam keadaan baik, semua dalam batas normal. Diagnose yang ditegakkan yaitu Ny. S Usia 36 Tahun P3A0AH3 dengan nifas hari ke-21 berencana menggunakan KB IUD. Diberikan KIE untuk pemasangan KB IUD, efektivitas dan efek samping KB IUD. Ibu berencana melakukan pemasangan KB IUD di Puskesmas Srandakan, setelah masa nifas selesai.

B. Kajian Teori

1. Asuhan Kebidanan *Continuity of Care*

Konsep Dasar Teori Kehamilan *Continuity Of Care* dalam kebidanan merupakan serangkaian kegiatan pelayanan berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, serta keluarga berencana.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.¹¹

Continuity Of Care memiliki 3 jenis pelayanan yaitu manajemen, informasi dan hubungan. Kesinambungan manajemen melibatkan

komunikasi antar perempuan dan bidan. Kesiambungan informasi menyangkut ketersediaan waktu yang relevan. Kedua hal tersebut penting untuk mengatur dan memberikan pelayanan kebidanan.¹² 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. 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.¹³

2. Konsep Dasar Kehamilan

a. Definisi

Proses kehamilan merupakan mata rantai yang bersinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm.¹⁴ Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi menjadi 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan.¹⁵

b. Tanda dan Gejala Kehamilan

Tanda dan gejala kehamilan dibagi menjadi 3 bagian yaitu:¹⁶

1) Tanda duga kehamilan

a) Amenore

Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi. Dengan diketahuinya tanggal hari pertama haid

terakhir supaya dapat ditaksir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan akan terjadi.

b) Mual muntah

Biasa terjadi pada bulan pertama hingga bulan terakhir trimester pertama. Sering terjadi pada pagi hari atau sering disebut morning sickness.

c) Mengidam

Sering terjadi pada bulan pertama kehamilan akan tetapi akan menghilang dengan semakin tuanya usia kehamilan.

d) Anoreksia (tidak selera makan)

Hanya berlangsung ada triwulan pertama tetapi akan menghilang dengan semakin tuanya kehamilan. Je

e) Mamae menjadi tegang dan membesar

Keadaan ini disebabkan pengaruh hormon esterogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli payudara.

f) Sering BAK

Sering buang kecil disebabkan karena kandung kemih tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Gejala ini akan hilang pada triwulan kedua kehamilan. Pada akhir kehamilan gejala ini bisa kembali terjadi dikarenakan kandung kemih tertekan oleh kepala janin.

g) Konstipasi/ Obstipasi

Hal ini bisa terjadi karena tonus otot usus menurun yang disebabkan oleh hormon steroid yang dapat menyebabkan kesulitan buang air besar.

h) Pigmentasi (perubahan warna kulit)

Pada areola mamae, genital, chloasma, serta linea alba akan berwarna lebih tegas, melebar, dan bertambah gelap pada bagian perut bagian bawah.

i) Epulis

Suatu hipertrofi papilla gingivae(gusi berdarah) hal ini sering terjadi pada trimester pertama.

j) Varises

Pengaruh hormon esterogen dan progesteron yang menyebabkan pembesaran pembuluh vena. Pembesaran pembuluh vena pada darah ini terjadi di sekitar genetalian eksterna, kaki, dan betis serta payudara.

2) Tanda kemungkinan kehamilan

a) Perut Membesar

Perut membesar dapat dijadikan kemungkinan kehamilan bila usia kehamilan sudah memasuki lebih dari 14 minggu karena sudah adanya massa.

b) Uterus Membesar

Uterus membesar karena terjadi perubahan dalam bentuk, besar, dan konsistensi dari rahim. Pada pemeriksaan dalam dapat diraba bahwa uterus membesar dan bentuknya semakin lama akan semakin membesar.

c) Tanda Hegar

Konsistensi rahim dalam kehamilan berubah menjadi lunak terutama daerah isthmus. Pada minggu-minggu pertama, isthmus uteri mengalami hipertrofi seperti korpus uteri. Hipertrofi isthmus pada triwulan pertama mengakibatkan isthmus menjadi panjang dan lebih lunak.

d) Tanda *Chadwick*

Perubahan warna menjadi kebiruan atau keunguan pada vulva, vagina, dan serviks. Perubahan warna ini disebabkan oleh pengaruh hormon esterogen.

e) Tanda *Piscaseck*

Uterus mengalami pembesaran, kadang-kadang pembesaran itu tidak rata tetapi di daerah telur bernidasi lebih cepat tumbuhnya. Hal ini menyebabkan uterus membesar ke salah satu bagian.

f) Tanda *Braxton Hicks*

Bila uterus dirangsang mudah berkontraksi. Saat palpasi atau pemeriksaan dalam, uterus yang awalnya lunak akan menjadi keras karena berkontraksi.

g) Tanda Ballotement

Ballotement merupakan fenomena bandul atau pantulan balik. Hal ini adalah tanda adanya janin di dalam uterus.

- 3) Tanda pasti hamil
 - a) Gerakan janin dalam rahim
 - b) Terlihat/teraba gerakan janin dan teraba bagian- bagian janin.
 - c) Denyut jantung janin. Didengar dengan stetoskop Laenec, alat kardiotokografi, alat dopler. Dilihat dengan ultrasonografi. Pemeriksaan dengan alat canggih, yaitu rontgen untuk melihat kerangka janin, ultrasonografi.
- c. Perubahan Anatomi dan Fisiologis
 - 1) Sistem Reproduksi
 - a) Uterus

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

Tabel 1. TFU Sesuai Usia Kehamilan

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

Sumber: Manuaba dkk, 2010

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

b) Vagina dan Vulva

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

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.

3) Sistem Muskuloskeletal

Ligamen pelvis mengalami relaksasi dalam pengaruh relaksin dan esterogen, yang memungkinkan pelvis meningkat kemampuan mengakomodasi bagian perseni selama kala akhir kehamilan dan persalinan. Simfisis pubis akan melebar dan sendi sakro-koksigeal menjadi longgar, memungkinkan koksigis tergeser. Perubahan ini menyebabkan rasa tidak nyaman di punggung bawah seperti nyeri punggung bawah dan nyeri ligamen.

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.

5) Sistem Metabolisme

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

perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan perminggu masingmasing 0,5 kg dan 0,3 kg.

Tabel 2. Klasifikasi IMT

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

Menurut Gestational Weight Recommendations from the 2009 Institute of Medicine and National Research Council Report¹⁷

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.

d. Faktor Risiko

Faktor risiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan risiko/bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan atau bayinya.¹⁸

1) Pengertian faktor risiko

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

2) Kelompok faktor risiko

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

a) Kelompok I

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

Tabel 3. Faktor Risiko yang Terdapat Dalam Kelompok I

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

b) Kelompok II

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

Tabel 4. Faktor Risiko yang Terdapat dalam Kelompok II

No.	Faktor Risiko (FR II)	Batasan Kondisi Ibu
1	Penyakit ibu hamil	
	Anemia	Pucat, lemas badan, lekas, berkunang-kunang, lelah, lesu, mata
	Malaria	Panas tinggi, mengigil keluar keringat, sakit kepala
	Tuberkulosa paru	Batuk lama tidak sembuh-sembuh, batuk darah, badan lemah, lesu dan kurus
	Payah jantung	Sesak nafas, jantung berdebar-debar, kaki bengkak
	Kencing manis A	Diketahui diagnosa dokter dengan pemeriksaan laboratorium
	PMS, dll	Diketahui diagnosa dokter dengan pemeriksaan laboratorium
2	Preeklamsia ringan	Bengkak tungkai dan tekanan darah tinggi
3	Hamil kembar/gemeli	Perut ibu sangat besar, gerak anak terasa dibanyak tempat
4	Hamil kembar air/Hidramnion	Perut ibu sangat membesar, gerak anak kurang terasa karena air ketuban terlalu banyak, biasanya anak kecil
5	Hamil lebih bulan/hamil serotinus	Ibu hamil 9 bulan dan lebih 2 minggu belum melahirkan
6	Janin mati di dalam rahim	Ibu hamil tidak merasakan gerakan anak lagi, perut mengecil
7	Letak sungsang	Rasa berat menunjukkan letak dari kepala janin di atas perut, kepala bayi ada di atas dalam rahim
8	Latak lintang	Rasa berat menunjukkan letak kepala janin di samping perut, kepala bayi dalam rahim terletak di sebelahh kanan atau kiri.

c) Kelompok III

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

Tabel 5. Faktor Risiko yang Terdapat dalam Kelompok III

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

e. Antenatal Care

Menurut Profil Kesehatan Indonesia, pelayanan kesehatan ibu hamil diwujudkan melalui pemberian pelayanan antenatal sekurang-kurangnya enam

kali selama masa kehamilan, dengan distribusi waktu minimal dua kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan tiga kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24 minggu sampai persalinan). Pelayanan antenatal yang dilakukan diupayakan memenuhi standar kualitas:⁵

- 1) Penimbangan berat badan;
 - 2) Pengukuran LILA;
 - 3) Pengukuran tekanan darah
 - 4) Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri);
 - 5) Penentuan denyut jantung janin (DJJ);
 - 6) Penentuan presentasi janin;
 - 7) Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toksoid sesuai status imunisasi;
 - 8) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan;
 - 9) Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya);
 - 10) Tatalaksana kasus;
 - 11) KIE efektif
3. Hipertensi Dalam Kehamilan
- a. Pengertian

Hipertensi pada kehamilan merupakan penyakit tidak menular penyebab kematian maternal. Penyakit tidak menular (PTM) merupakan penyakit kronis yang tidak ditularkan dari orang ke orang. PTM diantaranya adalah hipertensi, diabetes, penyakit jantung, stroke, kanker, dan penyakit paru obstruktif kronis (PPOK). PTM merupakan penyebab kematian hampir 70% di dunia. Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 dan 2013, tampak kecenderungan peningkatan prevalensi PTM seperti hipertensi, diabetes, stroke, dan penyakit sendi/rematik/encok. Fenomena ini diprediksi akan terus berlanjut.¹⁹

Menurut WHO, Hipertensi adalah suatu kondisi dimana pembuluh darah memiliki tekanan darah tinggi (tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg). Hipertensi pada kehamilan sering terjadi dan merupakan penyebab utama kematian ibu melahirkan serta memiliki efek serius. Hipertensi pada kehamilan dapat digolongkan menjadi pre-eklampsia, eklampsia, hipertensi kronis pada kehamilan, hipertensi kronis disertai pre-eklampsia, dan hipertensi gestasional.²⁰

b. Klasifikasi Hipertensi Dalam Kehamilan

Hipertensi pada kehamilan apabila tekanan darahnya $\geq 140/90$ mmHg. Dibagi menjadi ringan- sedang ($140 - 159 / 90 - 109$ mmHg) dan berat ($\geq 160/110$ mmHg). Hipertensi pada kehamilan sering terjadi dan merupakan penyebab utama kematian ibu melahirkan serta memiliki efek serius. Hipertensi pada kehamilan dapat digolongkan menjadi 1) pre-eklampsia, eklampsia, 2) hipertensi kronis pada kehamilan, 3) hipertensi kronis disertai pre-eklampsia, dan 4) hipertensi gestasional.³

Tabel 6. Perbedaan Hipertensi kronis, hipertensi gastasional dan pre-eklampsia/eklampsia pada kehamilan¹⁹

Temuan	Hipertensi kronis	Hipertensi gestasional	Pre-eklampsia atau eklampsia
Waktu onset	<20 minggu	Pertengahan kehamilan	≥ 20 minggu
Proteinuria	Tidak ada	Tidak ada	Ada
Hemokonsentrasi	Tidak ada	Tidak ada	Ada
Trombositopenia	Tidak ada	Tidak ada	Ada
Disfungsi hati	Tidak ada	Tidak ada	Ada
Kreatinin serum >1.2 mg/dL	Tidak ada	Tidak ada	Ada
Peningkatan asam urat serum	Tidak ada	Tidak ada	Ada
Gejala klinik	Tidak ada	Tidak ada	Ada

1) Preeklamsia dan Eklamsia

Pre-eklampsia adalah sindrom pada kehamilan (>20 minggu), hipertensi ($\geq 140/90$ mmHg) dan proteinuria ($>0,3$ g/hari). Terjadi pada 2-5% kehamilan dan angka kematian ibu 12-15%. Pre-eklampsia juga dapat

disertai gejala sakit kepala, perubahan visual, nyeri epigastrium, dan dyspnoea. Beberapa faktor telah diidentifikasi terkait dengan peningkatan risiko pre-eklampsia seperti usia, paritas, pre-eklampsia sebelumnya, riwayat keluarga, kehamilan ganda, kondisi medis yang sudah ada sebelumnya (diabetes mellitus tipe I), obesitas dan resistensi insulin, hipertensi kronis, penyakit ginjal, penyakit autoimun, sindrom antifosfolipid, penyakit rematik), merokok, peningkatan indeks massa tubuh (BMI), peningkatan tekanan darah, dan proteinuria. Selain itu, beberapa faktor yang terkait termasuk keterpaparan sperma yang terbatas, primiparitas, kehamilan setelah inseminasi donor / sumbangan oosit / embrio telah ditemukan memainkan peran penting pada kejadian pre-eklampsia/eklampsia.

Faktor risiko pre-eklampsia/eklampsia adalah hipertensi kronis, obesitas, dan anemia parah. Faktor risiko utama pre-eklampsia adalah sindrom antifosfolipid, relative risk, pre-eklampsia sebelumnya, diabetes tipe I, kehamilan ganda, belum pernah melahirkan (nulliparity), sejarah keluarga, obesitas, usia >40 tahun, hipertensi. Sindrom antibodi antifosfolipid, pre-eklampsia sebelumnya, hipertensi kronik, diabetes tipe I, teknologi pembantu reproduksi dan BMI (body mass index) sangat berkaitan erat dengan terjadinya pre-eklampsia.¹⁹

2) Hipertensi kronis dalam kehamilan

Hipertensi kronis pada kehamilan apabila tekanan darahnya $\geq 140/90$ mmHg, terjadi sebelum kehamilan atau ditemukan sebelum 20 minggu kehamilan. Seringkali merupakan hipertensi esensial/primer, dan didapatkan pada 3,6-9% kehamilan. Hipertensi kronis pada kehamilan adalah hipertensi ($\geq 140/90$ mmHg) yang telah ada sebelum kehamilan. Dapat juga didiagnosis sebelum minggu ke-20 kehamilan. Ataupun yang terdiagnosis untuk pertama kalinya selama kehamilan dan berlanjut ke periode post-partum.³

Peningkatan tekanan darah pada hipertensi kronis terjadi sebelum minggu ke-20 kehamilan, dapat bertahan lama sampai lebih dari 12

minggu pasca persalinan. Hipertensi, obesitas dan usia merupakan faktor risiko hipertensi kronis. Hipertensi kronis pada kehamilan meningkatkan risiko pre- eklampsia, pertumbuhan janin, persalinan dini, dan kelahiran dengan caesar.

Wanita hipertensi yang hamil memiliki kecenderungan mengalami pre-eklampsia, eklampsia, sindroma HELLP, detachment plasenta, gagal hati, gagal ginjal dan sesak nafas karena cairan pada paru. Hipertensi kronis pada kehamilan umumnya berasal dari hipertensi essensial terlihat dari riwayat keluarganya. Tetapi bisa juga berasal dari kelainan ginjal parenkim, hiperplasia fibromuskular atau hiperaldosteronisme hanya saja kasusnya jarang.¹⁹

Hipertensi kronis berat ($SBP \geq 180$ mmHg dan atau $DBP \geq 110$ mmHg akan disertai dengan penyakit ginjal, kardiomiopati, koarktasion aorta, retinopati, diabetes (B sampai F), kolagen vaskular, sindrom antibodi antifosfolipid, pre- eklampsia. Wanita hamil dengan hipertensi kronis berat memiliki risiko tinggi terkena stroke, serbral hemorage, hipertensi encefalopati, pre-eklampsia, serangan jantung, gagal ginjal akut, abruptio plasenta, koagulopati intravaskular diseminata dan kematian. Mayoritas wanita hipertensi kronis mengalami penurunan tekanan darah menjelang akhir trimester pertama sekitar 5-10 mmHg mirip seperti siklus pada wanita normal. Bahkan ada beberapa yang menjadi normal tekanan darahnya. Kemudian tekanan darah naik kembali pada trimester ketiga sehingga mirip dengan hipertensi gestasional. Tetapi hipertensi kronis dapat bertahan sampai lebih dari 12 minggu setelah persalinan.

Wanita hipertensi kronis setelah persalinan memiliki kemungkinan terkena komplikasi edema pulmonari, hipertensi encefalopati dan gagal ginjal. Sehingga perlu dilakukan terapi anti hipertensi yang baik untuk mengontrol tekanan darah.¹⁹

3) Hipertensi Kronik yang disertai Pre-eklampsia

Orang dengan hipertensi sebelum kehamilan (hipertensi kronis) memiliki risiko 4-5 kali terjadi pre- eklampsia pada kehamilannya. Angka

kejadian hipertensi kronis pada kehamilan yang disertai pre- eklampsia sebesar 25%. Sedangkan bila tanpa hipertensi kronis angka kejadian pre-eklampsia hanya 5%. Hipertensi yang disertai pre-eklampsia biasanya muncul antara minggu 24-26 kehamilan berakibat kelahiran preterm dan bayi lebih kecil dari normal (IUGR).

4) Hipertensi Gestasional

Hipertensi gestasional adalah hipertensi yang terjadi setelah 20 minggu kehamilan tanpa proteinuria. Angka kejadiannya sebesar 6%. Sebagian wanita (> 25%) berkembang menjadi pre-eklampsia diagnosis hipertensi gestasional biasanya diketahui setelah melahirkan (Leslie and Collins, 2016; Malha et al., 2018). Hipertensi gestasional berat adalah kondisi peningkatan tekanan darah >160/110 mmHg. Tekanan darah baru menjadi normal pada post partum, biasanya dalam sepuluh hari. Pasien mungkin mengalami sakit kepala, penglihatan kabur, dan sakit perut dan tes laboratorium abnormal, termasuk jumlah trombosit rendah dan tes fungsi hati abnormal.¹⁹

Hipertensi gestasional terjadi setelah 20 minggu kehamilan tanpa adanya proteinuria. Kelahiran dapat berjalan normal walaupun tekanan darahnya tinggi. Penyebabnya belum jelas, tetapi merupakan indikasi terbentuknya hipertensi kronis di masa depan sehingga perlu diawasi dan dilakukan tindakan pencegahan.¹⁹

c. Komplikasi hipertensi dalam kehamilan

Hipertensi merupakan salah satu faktor risiko penting pada penyakit kardiovaskular, penyakit jantung koroner, penyakit pembuluh darah perifer, stroke dan penyakit ginjal. Untuk menghindari komplikasi tersebut diupayakan pengendalian tekanan darah dalam batas normal baik secara farmakologis maupun non farmakologis. Lima penyebab kematian ibu terbesar di Indonesia diantaranya adalah karena hipertensi dalam kehamilan. Hipertensi dalam kehamilan juga dapat mengakibatkan komplikasi jangka pendek dan jangka panjang. Adapun komplikasi jangka pendek yaitu Ibu hamil akan mengalami eklampsia, hemoragik, isemik stroke, kerusakan hati (HELLP sindrom, gagal

hati, disfungsi ginjal, persalinan caesar, persalinan dini, dan abrupcio plasenta dan pada janin akan mengalami kelahiran preterm, induksi kelahiran, gangguan pertumbuhan janin, sindrom pernapasan, dan kematian janin. Sedangkan komplikasi jangka panjang yaitu pada wanita yang mengalami hipertensi saat hamil memiliki risiko kembali mengalami hipertensi pada kehamilan berikutnya, juga dapat menimbulkan komplikasi kardiovaskular, penyakit ginjal dan timbulnya kanker. Hipertensi pada kehamilan dapat berkembang menjadi pre-eklampsia, eklampsia dan sindrom HELLP. Kemudian dapat bermanifestasi dengan kejadian serebral iskemik atau hemoragik pada pra, peri, dan postpartum menjadi penyakit stroke. Gejala pre-eklampsia/eklampsia adalah sakit kepala, gangguan penglihatan (kabur atau kebutaan) dan kejang. Hal ini dapat menyebabkan kecacatan bahkan kematian bagi ibu dan janin bila tidak segera dilakukan penanganan

d. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan hipertensi dalam kehamilan yaitu dengan mengkonsumsi obat antihipertensi sesuai instruksi dokter (Rahayu *et al.*, 2024). Hipertensi pada kehamilan harus dikelola dengan baik agar dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu / janin, yaitu dengan menghindarkan ibu dari risiko peningkatan tekanan darah, mencegah perkembangan penyakit, dan mencegah timbulnya kejang dan pertimbangan terminasi kehamilan jika ibu atau janin dalam keadaan bahaya. Penderita hipertensi pada kehamilan dan pre-eklampsia ringan disarankan melakukan partus pada minggu ke-37. Pada pre-eklampsia berat disarankan profilaksis magnesium sulfat dan waspada terjadinya hipertensi pasca persalinan. Obat yang umum digunakan dalam pengobatan hipertensi pada kehamilan adalah labetalol, methyldopa, nifedipine, clonidine, diuretik, dan hydralazine.²¹

4. Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa

bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta.²²

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan di mulai sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap.²³

b. Etiologi Persalinan

Etiologi persalinan meliputi:²⁴

1) Keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Apabila batas tersebut telah terlewati maka akan terjadi kontraksi, sehingga persalinan dapat dimulai.

2) Penurunan Progesteron

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

3) Teori Iritasi Mekanis

Di belakang serviks terletak ganglion servikalis (fleksus frankenhauser), bila ganglion ini digeser dan ditekan (misalnya oleh kepala janin), maka akan timbul kontraksi uterus.

4) Teori Oksitosin

- a) Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior.
- b) Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga terjadi kontraksi Braxton Hicks.
- c) Menurunnya konsentrasi progesteron karena magangnya usia kehamilan menyebabkan ok di fisik meningkatkan aktivitasnya dalam merangsang otot rahim untuk berkontraksi, dan akhirnya persalinan dimulai.

5) Prostaglandin

Akan terjadi peningkatan prostaglandin pada umur kehamilan 15 minggu, sehingga akan memicu terjadinya kontraksi dan persalinan. Prostaglandin yang dikeluarkan oleh deciduas konsentrasinya meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu. Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan, pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim

6) Hipotalamus-hipofisis dan glandula suprarenalis

Grandula suprarenalis merupakan memicu terjadinya persalinan. Teori ini menunjukkan, pada kehamilan dengan bayi anensefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuk nya hipotalamus.

7) Induksi Persalinan

Persalinan dapat juga di timbulkan dengan jalan sebagai berikut.

- a) Gagang laminaria : dengan cara laminaria dimasukkan ke dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang fleksus frankenhauser.
- b) Amniotomi : pemecahan ketuban
- c) Oksitosin drip : pemberian oksitosin menurut tetesan per infuse

c. Faktor yang Memengaruhi Persalinan

Menurut (Devitasari et al, 2025) ada beberapa faktor yang memengaruhi proses persalinan normal yang dikenal dengan istilah 5P yaitu: *Power*, *Passage*, *Passenger*, Psikis ibu bersalin, dan Penolong persalinan yang dijelaskan dalam uraian berikut:²⁵

1) *Power*

a) His (kontraksi uterus)

His adalah kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Hal-hal yang perlu diperhatikan dari his:

- (1) Frekuensi his adalah jumlah his dalam waktu tertentu biasanya permenit atau per 10 menit.
- (2) Intensitas his adalah kekuatan his (adekuat atau lemah)
- (3) Durasi (lama his) adalah lamanya setiap his berlangsung dan ditentukan dengan detik, misalnya 50 detik.
- (4) Interval his adalah jarak antara his satu dengan his berikutnya. Misalnya his datang setiap 2-3 menit.
- (5) Datangnya his, apakah sering, teratur atau tidak

Pembagian dan sifat his:

- (1) His pendahuluan: his tidak kuat dan tidak teratur namun menyebabkan keluarnya bloody show.
- (2) His pembukaan (kala I): menyebabkan pembukaan serviks, semakin kuat, teratur, dan sakit.
- (3) His pengeluaran (kala II): untuk mengeluarkan janin, sangat kuat, tertur, simetris, terkoordinasi dan lama. Berkoordinasi bersama antara kontraksi otot perut, difragma dan ligament.

b) Tenaga mengejan

Setelah pembukaan lengkap dan setelah selaput ketuban pecah atau dipecahkan, serta sebagian presentasi sudah berada di dasar panggul, sifat kontraksi berubah, yakni bersifat mendorong keluar dibantu dengan keinginan ibu untuk mengedan atau usaha volunteer.

2) *Passage* (jalan lahir)

Passage adalah faktor jalan lahir atau bisa disebut punggung ibu. *Passage* memiliki 2 bagian, yaitu bagian keras dan bagian lunak.

a) Bagian Keras

(1) Tulang panggul

- (a) Os coxae: os ilium, os ischium, os pubis
- (b) Os sacrum: promontorium
- (c) Os coccygis

(2) Bidang Hodge

- (a) Hodge I : Dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promontorium
- (b) Hodge II : Sejajar dengan Hodge I setinggi bagian bawah simfisis
- (c) Hodge III : Sejajar dengan Hodge I dan II setinggi spina ischiadika kanan dan kiri
- (d) Hodge IV : Sejajar Hodge I, II, dan III setinggi os coccygis.

(3) Ukuran-ukuran panggul

- (a) *Distansia spinarum* (DS), yaitu jarak antara kedua *spina iliaca anterior superior* (23-26 cm).
- (b) *Distansia cristarum* (DC), yaitu jarak antara kedua *crista iliaca* kanan dan kiri (26-29 cm).
- (c) *Conjugata eksterna* (CE), yaitu jarak dari tepi atas simfisis dan ujung *processus spinosus* tulang lumbal V (18-20 cm)
- (d) Lingkar panggul (LP), yaitu jarak dari tepi atas simfis ke pertengahan antara *spina iliaca anterior superior* dengan *trochantor mayor* sebelah kanan, ke pertengahan antara *spina iliaca anterior superior* dan *trochantor mayor* sebelah kiri kembali ke tepi atas *simfisis* (80-90 cm).

b) Bagian Lunak

Bagian lunak terdiri atas otot, jaringan dan ligament. Jalan lahir lunak yang berperan dalam persalinan adalah SBR, serviks uteri dan vagina.

3) *Passenger* (janin dan plasenta)

(a) Janin

Passanger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka dia dianggap sebagai bagian dari passanger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan normal.

(b) Plasenta

Plasenta merupakan bagian terpenting pada janin karena plasenta merupakan saluran atau jalan masuknya nutrisi dari ibu ke janin yang ada didalam kandungan. Dikarenakan plasenta merupakan organ terpenting pada janin, plasenta yang abnormalpun dapat mempengaruhi tumbuh kembang janin di dalam kandungan.

4) Psikis Ibu Bersalin

Meliputi persiapan fisik, emosi, dan intelektual ibu, pengalaman kelahiran sebelumnya, sikap budaya ibu, dukungan dari orang penting bagi ibu.

5) Penolong

Orang yang berperan sebagai penolong persalinan adalah petugas kesehatan yang mempunyai legalitas dalam menolong persalinan, antara lain: dokter, bidan, perawat maternitas dan petugas kesehatan yang mempunyai kompetensi dalam pertolongan persalinan, menangani kegawatururatan serta melakukan rujukan jika diperlukan. Petugas kesehatan yang memberi pertolongan persalinan dapat menggunakan alat pelindung diri, serta melakukan cuci tangan untuk mencegah terjadinya penularan infeksi dari pasien. Pemanfaatan pertolongan persalinan oleh tenaga professional di masyarakat masih sangat rendah dibandingkan dengan target yang diharapkan. Pemilihan penolong persalinan merupakan faktor yang menentukan terlaksananya proses persalinan yang aman.

d. Tanda Persalinan

Tanda-tanda persalinan diantaranya adalah:

1) Tanda-tanda Persalinan Sudah Dekat

a) Lightening

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

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

b) Terjadinya His Permulaan

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

Sifat his palsu:

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

2) Tanda Masuk Dalam Persalinan

a) Terjadinya His Persalinan

- (1) Pinggang terasa sakit, yang menjalar ke depan
- (2) Sifatnya teratur, intervalnya makin pendek dan kekuatannya makin besar.
- (3) Terjadi perubahan pada serviks

b) *Bloody Show*

Pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina. Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lendir yang terdapat di kanalis servikalis lepas, kapiler pembuluh darah pecah yang menjadikan perdarahan sedikit.

c) Pengeluaran Cairan

Terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tetapi kadang pecah pada pembukaan kecil.

e. Tahapan Persalinan

Tahapan persalinan dibagi menjadi 4 kala yaitu:²⁴

1) Kala I

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga dapat berjalan jalan. Lama kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan kurva fiedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Dengan penghitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan. Multigravida dilatasi akan lebih cepat karena mulai usia kehamilan 38 minggu serviks mungkin sudah mengalami pembukaan sehingga saat memasuki inpartu perlunakan dan dilatasi terjadi bersama-sama. Sedangkan pada primigravida saat hamil tidak ada pembukaan sehingga saat inpartu serviks akan melunak diikuti dengan pembukaan. Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu:

- a) Fase Laten, dimana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung selama 7-8 jam. Yang perlu dicatat di lembar observasi pada kala I fase laten, yaitu denyut jantung janin (DJJ) diperiksa setiap 1 jam, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus diperiksa setiap 1 jam, nadi diperiksa setiap 30-60 menit, suhu tubuh diperiksa setiap 4 jam, tekanan darah diperiksa setiap 4 jam, pembukaan serviks dan penurunan kepala diperiksa setiap 4 jam sekali.
- b) Fase Aktif, pembukaan 4-10 cm, berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase, yaitu :
 - (1) Periode Akselerasi berlangsung selama 2 jam (pembukaan menjadi 4 cm)

- (2) Periode Dilatasi Maksimal berlangsung selama 2 jam (pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm)
- (3) Periode Deselerasi berlangsung lambat, dalam 2 jam (pembukaan jadi 10 cm atau lengkap).

Pada fase persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian terbawah janin. Berdasarkan kurve Friedman, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam.

2) Kala II

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi. Tanda dan gejala kala II yaitu: his semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50-100 detik, menjelang akhir kala I ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak. Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan/atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva- vagina dan sfingter ani terlihat membuka.

Penatalaksanaan Kala II, yaitu memberikan dukungan terus menerus kepada ibu dengan: menjaga kebersihan ibu, mengipasi dan massase untuk menambah kenyamanan ibu, memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan ibu, mengatur posisi sesuai kenyamanan ibu, menjaga kandung kemih tetap kosong, memberikan minum yang cukup, memimpin persalinan, memantau DJJ, melahirkan bayi, merangsang bayi.

3) Kala III

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh prosesnya biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Penatalaksanaan kala III yaitu dengan manajemen aktif kala III. Manajemen aktif kala III berupa jepit potong tali pusat, sedini mungkin, pemberian oksitosin 10 IU sesegera mungkin dengan

mengecek janin tunggal, melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT) dan masase fundus setelah plasenta lahir.

4) Kala IV

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah proses tersebut. Setelah plasenta lahir tinggi fundus uteri kurang lebih 2 jari dibawah pusat. Otot-otot uterus berkontraksi, pembuluh darah yang ada diantara anyaman-anyaman otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan. Pada fase ini perlu pemantauan intensif yaitu pemantauan 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta, 30 menit pada jam kedua setelah persalinan, jika kondisi ibu tidak stabil, perlu dipantau lebih sering. Pemantauan atau observasi yang harus dilakukan pada kala IV yaitu: tingkat kesadaran, pemeriksaan tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi dan pernapasan), kontraksi uterus, tinggi fundus uterus, kandung kemih, terjadinya perdarahan (perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc).

5. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus yaitu bayi yang baru saja mengalami proses kelahiran, berusia 0 – 28 hari. BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik.²⁶

Bayi baru lahir normal yaitu bayi lahir dalam keadaan spontan dengan presentasi belakang kepala melewati vagina dengan tidak menggunakan alat, pada umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu, BB 2500-4000 gram, nilai APGAR lebih dari tujuh dan tidak terdapat gangguan bawaan. Bayi baru lahir umur 4 minggu atau (0-28) hari yang telah melewati proses kelahiran harus menyesuaikan diri dari kehidupan di dalam Rahim ke kehidupan diluar rahim.²⁷

b. Klasifikasi Neonatus

- 1) Neonatur menurut masa gestasinya
 - a) Kurang bulan (preterm infant): <259 hari (37 minggu)
 - b) Cukup bulan (term infant): 259-294 hari (37-42 minggu)
 - c) Lebih bulan (postterm infant): > 294 hari (42 minggu atau lebih)
- 2) Neonatus menurut berat badan lahir
 - a) Berat lahir rendah: < 2500 gram
 - b) Berat lahir cukup: 2500-4000 gram A
 - c) Berat lahir lebih: > 4000 gram
- 3) Neonetus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan)
 - a) Neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
 - b) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)

c. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal

- 1) Berat badan 2.500-4.000 gram
- 2) Panjang badan 48-52cm
- 3) Lingkar dada 30-35cm
- 4) Lingkar kepala 33-35cm
- 5) Frekuensi jantung 120-160x/menit
- 6) Pernapasan $\pm$ 40-60x/menit
- 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup.
- 8) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 9) Kuku agak panjang dan lemas
- 10) Genitalia: pada perempuan, labia mayora sudah menutupi labia minora, pada laki-laki: testis sudah turun, skrotum sudah ada.
- 11) Reflek isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- 12) Reflek moro atau gerak memeluk jika di kagetkan sudah baik
- 13) Reflek gresp atau menggenggam sudah baik
- 14) Eliminasi baik, mekonium keluar dalam 24jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan²⁷

d. Penanganan Bayi Baru Lahir

1) Perawatan Tali Pusat

Perawatan tali pusat yang benar dapat mengurangi insiden infeksi pada neonatus. Yang terpenting dalam perawatan tali pusat adalah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih.²⁷

2) Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

Segera setelah dilahirkan bayi diletakkan di dada atau perut atas ibu selama paling sedikit satu jam untuk memberi kesempatan pada bayi untuk mencari dan menemukan puting ibunya. Manfaat IMD adalah membantu stabilisasi pernafasan, mengendalikan suhu tubuh, menjaga kolonisasi kuman yang aman, dan mencegah infeksi nosokomial.

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.²⁷

4) Pemberian Salep Mata

Pemberian antibiotik profilaksis pada mata dapat mencegah terjadinya konjungtivitis. Konjungtivitis pada bayi baru lahir sering terjadi terutama pada bayi dengan ibu yang menderita penyakit menular seksual. Konjungtivitis ini muncul pada 2 minggu pertama setelah kelahiran. Profilaksis mata yang sering digunakan yaitu tetes mata silver nitrat 1%, salep mata eritromisin, dan salep mata tetrasiklin.

5) Penyuntikan Vitamin K1

Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (Phytomenadione) 1 mg intramuskuler di paha kiri, untuk mencegah

perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir.

6) Pemberian imunisasi Hepatitis B

Imunisasi Hepatitis B pertama diberikan 1-2 jam setelah pemberian Vitamin K1 secara intramuskular. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi.

7) Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (BBL)

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

8) Pemberian ASI Eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berusia 0-6 bulan dan jika memungkinkan dilanjutkan dengan pemberian ASI dan makanan pendamping sampai usia 2 tahun.²⁷

e. Keadaan Bayi Baru Lahir Normal

Bayi baru lahir dikatakan normal apabila:²⁸

- 1) Frekuensi napas 40-60 kali per menit
- 2) Frekuensi denyut jantung 120-160 kali per menit
- 3) Suhu badan bayi 36,5-37,5°C
- 4) Berat badan bayi 2500-4000 gram
- 5) Umur kehamilan 37-40 minggu
- 6) Gerakan aktif dan warna kulit kemerahan
- 7) Panjang lahir 48-52 cm
- 8) Kepala normal 33-37 cm

f. Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK)

Hipotiroid Kongenital (HK) adalah kondisi gangguan fungsi tiroid yang sudah ada sejak lahir, ditandai dengan defisiensi hormon tiroid. Hormon tiroid sangat penting untuk perkembangan otak dan pertumbuhan fisik bayi. Hipotiroid kongenital sering tidak menunjukkan gejala saat lahir. Ideal dilakukan pada usia 48-72 jam setelah lahir. Jika bayi lahir prematur, sakit berat, atau transfusi darah, skrining diulang setelah 2 minggu. Metode pengambilan darah dari tumit bayi (heel prick) dan sampel dikeringkan di kertas saring (filter paper). Jika tidak terdeteksi dini, dapat menyebabkan:

- 1) Keterlambatan perkembangan mental
- 2) Retardasi pertumbuhan (stunting)
- 3) Cacat intelektual permanen

Tujuan Skrining:

- 1) Menemukan kasus hipotiroid kongenital sebelum muncul gejala klinis
- 2) Memberikan terapi hormon tiroid (levothyroxine) sedini mungkin (<14 hari usia bayi)
- 3) Mencegah kerusakan neurologis permanen.²⁹

g. Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya tiga kali yaitu:³⁰

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

- b) Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, dan diare
 - c) Memberikan Asi bayi disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam.
 - d) Menjaga suhu tubuh bayi
 - e) Menjaga kehangatan bayi
 - f) Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan Asi eksklusif, pencegahan hipotermi, dan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan buku KIA.
 - g) Diberitahukan teknik menyusui yang benar
- 3) Kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8-28 hari
- Pelayanan kesehatan diberikan oleh dokter/bidan/perawat, dapat dilaksanakan di Puskesmas atau melalui kunjungan rumah:
- a) Pemeriksaan fisik
 - b) Menjaga kebersihan bayi
 - c) Memberitahukan ibu tentang tanda-tanda bahaya bayi baru lahir
 - d) Memberikan Asi minimal 10-15 kali dalam 24 jam
 - e) Menjaga kehangatan bayi
 - f) Menjaga suhu tubuh bayi
 - g) Memberitahu ibu tentang imunisasi BCG.
6. Konsep Dasar Nifas
- a. Definisi

Masa nifas berasal dari bahasa latin, yaitu *puer* artinya bayi dan *parous* artinya melahirkan atau masa sesudah melahirkan. Asuhan kebidanan masa nifas adalah penatalaksanaan asuhan yang diberikan pada pasien mulai dari saat setelah lahirnya bayi sampai dengan kembalinya tubuh dalam keadaan seperti sebelum hamil atau mendekati keadaan sebelum hamil.³¹

Masa Nifas dimulai setelah 2 jam postpartum dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, biasanya berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan baik secara fisiologi maupun psikologis akan pulih dalam waktu 3 bulan.³¹

Masa nifas dibagi dalam beberapa tahap, yaitu:³²

1) Puerperium dini (*immediate postpartum*)

Puerperium dini merupakan masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam atau masa pemulihan di mana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan (waktu 0-24 jam postpartum). Pada masa ini merupakan fase kritis, sering terjadi insiden perdarahan postpartum karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan perlu melakukan pemantauan secara kontinu, yang meliputi; kontraksi uterus, pengeluaran lochea, kandung kemih, tekanan darah dan suhu.

2) Puerperium intermedial (*early postpartum*)

Puerperium intermedial merupakan suatu masa dimana pemulihan dari organ-organ reproduksi secara menyeluruh selama kurang lebih 6-8 minggu. Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lokia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3) Periode *late postpartum* (>1 minggu-6 minggu)

Pada periode ini bidan tetap melakukan asuhan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling perencanaan KB.

4) *Remote puerperium*

Remote puerperium adalah waktu yang diperlukan ibu untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan yang sempurna secara bertahap terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki penyulit atau komplikasi.

b. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Pada masa nifas, terjadi perubahan-perubahan anatomi dan fisiologis pada ibu. Perubahan fisiologis yang terjadi sangat jelas, walaupun dianggap normal, di mana proses-proses pada kehamilan berjalan terbalik. Perubahan-perubahan anatomi dan fisiologis dalam masa nifas yaitu meliputi:³³

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

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

Tabel 7. Perubahan Bentuk Uterus Masa Nifas

Involusi	TFU	Berat Uterus (gr)
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000
Plasenta lahir	2 jari bawah pusat	750
1 minggu	Pertengahan pusat simpisis	500
2 minggu	Tidak teraba diatas simpisis	350
6 minggu	Bertambah kecil	50-60
8 minggu	Normal	30

b) Lochea

Lochea berasal dari bahasa Latin, yang digunakan untuk menggambarkan perdarahan pervaginam setelah persalinan. Macam-macam lochea:³³

1) Lochea Rubra (crueta)

Berwarna merah karena berisi darah segar dan sisasisa selaput ketuban, set-set desidua, verniks caseosa, lanugo, dan mekoneum selama 2 hari pasca persalinan.

2) Lochea Sanguinolenta

Berwarna merah kuning berisi darah dan lendir yang keluar pada hari ke-3 sampai ke-7 pasca persalinan.

3) Lochea Serosa

Lochea ini bentuk serum dan berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning. Cairan tidak berdarah lagi pada hari ke-7 sampai hake-14 pasca persalinan.

4) Lochea Alba

Dimulai dari hari ke-14, berbentuk seperti cairan putih serta terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua.

Selain lochea diatas, ada jenis lochea yang tidak normal yaitu:

1) Lochea purulenta, terjadi karena adanya infeksi. Biasanya ditandai dengan keluar cairan seperti nanah berbau busuk.

2) Locheastasis, lochea yang pengeluarannya tidak lancar

c) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium uteri eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks akan menutup.³⁴

d) Vulva, Vagina, dan Perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali. Himen tampak sebagai carunculae mirtyformis, yang khas pada ibu multipara.

Ukuran vagina agak sedikit lebih besar dari sebelum persalinan. Perubahan pada perineum postpartum terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada masa nifas dengan latihan atau senam nifas.³⁵

e) Payudara

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

puting. Ketika ASI dialirkan karena isapan bayi atau dengan dipompa sel-sel acini terangsang untuk menghasilkan ASI lebih banyak.³⁶

2) Tanda-tanda Vital

Perubahan tanda-tanda vital diantaranya, yaitu:³⁷

a) Suhu Badan

Satu hari (24 jam) postpartum suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan (dehidrasi) dan kelelahan karena adanya bendungan vaskuler dan limfatik. Apabila keadaan normal suhu badan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik lagi karena adanya pembentukan ASI, payudara menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI. Bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi endometrium, mastitis, tractus genetalis atau sistem lain.

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa antara 60-80 kali per menit atau 50-70 kali per menit. Sesudah melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan postpartum. Frekuensi dan intensitas nadi merupakan tanda vital yang sensitif terhadap adanya perubahan keadaan umum ibu.

c) Tekanan Darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklamsi pada masa postpartum.

d) Pernafasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal, pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran napas contohnya penyakit asma. Bila pernapasan pada masa postpartum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

3) Sistem Kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam, ibu kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Perubahan pada sistem kardiovaskuler terdiri atas volume darah (*blood volume*) dan hematokrit (*haemoconcentration*). Pada persalinan pervaginam, hematokrit akan naik sedangkan pada persalinan dengan SC, hematokrit cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu postpartum.

4) Sistem Hematologi

Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas, dan juga terjadi peningkatan faktor pembekuan darah serta terjadi Leukositosis dimana 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 bisa naik lagi sampai 25.000-30.000, terutama pada ibu dengan riwayat persalinan lama. Kadar hemoglobin, hemotokrit, dan eritrosit akan sangat bervariasi pada awal-awal masa postpartum sebagai akibat dari volume placenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Semua tingkatan ini akan dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi ibu. Kira-kira selama persalinan normal dan masa postpartum terjadi kehilangan darah sekitar 250-500 ml. penurunan volume dan peningkatan sel darah merah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke-3 sampai 7 postpartum dan akan kembali normal dalam 4 sampai 5 minggu postpartum.³⁸

Selama kehamilan, secara fisiologi terjadi peningkatan kapasitas pembuluh darah digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh placenta dan pembuluh darah uteri. Penarikan kembali estrogen menyebabkan diuresis yang terjadi secara cepat sehingga mengurangi volume plasma kembali pada proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini, ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah urine. Menurunnya hingga menghilangnya hormon progesteron membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama

kehamilan bersama-sama dengan trauma masa persalinan. Setelah persalinan, shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menyebabkan beban pada jantung meningkat. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan adanya haemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sedia kala. Umumnya, ini akan terjadi pada 3-7 hari postpartum. Pada sebagian besar ibu, volume darah hampir kembali pada keadaan semula sebelum hamil 1 minggu postpartum.

5) Sistem Pencernaan

Sistem pencernaan selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolestrol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal.³⁹ Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain:⁴⁰

a) Nafsu Makan

Pasca melahirkan biasanya ibu merasa lapar, karena metabolisme ibu meningkat saat proses persalinan, sehingga ibu dianjurkan untuk meningkatkan konsumsi makanan, termasuk mengganti kalori, energi, darah dan cairan yang telah dikeluarkan selama proses persalinan. Ibu dapat mengalami perubahan nafsu makan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

b) Motilitas

Secara fisiologi terjadi penurunan tonus dan motilitas otot traktus pencernaan menetap selama waktu yang singkat beberapa jam setelah bayi lahir, setelah itu akan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Pada postpartum *Sectio Caesarea* dimungkinkan karena pengaruh analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

c) Pengosongan Usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum. Pada keadaan terjadi diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang asupan nutrisi, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi jalan lahir, meningkatkan terjadinya konstipasi postpartum. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu beberapa hari untuk kembali normal. Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain pengaturan diet yang mengandung serat buah dan sayur, cairan yang cukup, serta pemberian informasi tentang perubahan eliminasi dan penatalaksanaanya pada ibu.

6) Sistem Perkemihan

Diuresis dapat terjadi setelah 2-3 hari postpartum. Dieresis terjadi karena saluran urinaria mengalami dilatasi. Kondisi ini akan kembali normal setelah 4 minggu postpartum. Pada awal postpartum, kandung kemih mengalami edema, kongesti, dan hipotonik. Hal ini disebabkan oleh adanya overdistensi pada saat kala dua persalinan dan pengeluaran urine yang tertahan selama proses persalinan. Sumbatan pada uretra disebabkan oleh adanya trauma saat persalinan berlangsung dan trauma ini dapat berkurang setelah 24 jam postpartum..⁴⁰

7) Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit, sehingga akan menghentikan perdarahan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan..⁴¹

8) Sistem Endokrin

a) Oksitosin

Oksitosin disekresikan dari kelenjar hipofisis posterior. Pada tahap kala III persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan

mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan meningkatkan sekresi oksitosin, sehingga dapat membantu uterus kembali ke bentuk normal.

b) Prolaktin

Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar hipofisis posterior untuk mengeluarkan prolaktin. Hormon ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi ASI. Pada ibu yang menyusui bayinya, kadar prolaktin tetap tinggi sehingga memberikan umpan balik negatif, yaitu pematangan folikel dalam ovarium yang ditekan. Pada wanita yang tidak menyusui tingkat sirkulasi prolaktin menurun dalam 14 sampai 21 hari setelah persalinan, sehingga merangsang kelenjar gonad pada otak yang mengontrol ovarium untuk memproduksi estrogen dan progesteron yang normal, pertumbuhan folikel, maka terjadilah ovulasi dan menstruasi.

c) Estrogen dan progesterone

Selama hamil volume darah normal meningkat, diperkirakan bahwa tingkat kenaikan hormon estrogen yang tinggi memperbesar hormon antidiuretik yang meningkatkan volume darah. Disamping itu, progesteron mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah yang sangat mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva, serta vagina.⁴⁰

d) Hormon plasenta

Human Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat setelah persalinan dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke 7 postpartum. Enzim insulinas berlawanan efek diabetogenik pada saat enurunan hormon *Human Placenta Lactogen* (HPL), estrogen dan kortisol, serta placenta kehamilan, sehingga pada masa postpartum kadar gula darah menurun secara yang bermakna. Kadar estrogen dan progesteron juga menurun secara bermakna setelah plasenta lahir, kadar terendahnya dicapai kira-kira satu minggu postpartum. Penurunan kadar estrogen berkaitan dengan dieresis ekstraseluler berlebih yang terakumulasi selama masa

hamil. Pada wanita yang tidak menyusui, kadar estrogen mulai meningkat pada minggu ke 2 setelah melahirkan dan lebih tinggi dari ibu yang menyusui pada postpartum hari ke 17.

e) Hormon hipofisis dan fungsi ovarium

Waktu mulainya ovulasi dan menstruasi pada ibu menyusui dan tidak menyusui berbeda. Kadar prolaktin serum yang tinggi pada wanita menyusui berperan dalam menekan ovulasi karena kadar hormon FSH terbukti sama pada ibu menyusui dan tidak menyusui, di simpulkan bahwa ovarium tidak berespon terhadap stimulasi FSH ketika kadar prolaktin meningkat. Kadar prolaktin meningkat secara progresif sepanjang masa hamil. Pada ibu menyusui kadar prolaktin tetap meningkat sampai minggu ke 6 setelah melahirkan. Kadar prolaktin serum dipengaruhi oleh intensitas menyusui, durasi menyusui dan seberapa banyak makanan tambahan yang diberikan pada bayi, karena menunjukkan efektifitas menyusui. Untuk ibu yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi. Sering kali menstruasi pertama itu bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar estrogen dan progesteron.⁴⁰

c. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Periode kehamilan, persalinan, dan pascanatal merupakan masa terjadinya stress yang hebat, kecemasan, gangguan emosi, dan penyesuaian diri. Periode Postpartum menyebabkan stress emosional terhadap ibu baru, bahkan lebih menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang hebat. Dalam menjalani adaptasi psikososial menurut Rubin setelah melahirkan, ibu akan melalui fase-fase sebagai berikut:⁴²

1) Masa *Taking In*

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

2) Masa *Taking On*

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

3) Masa *Letting Go*

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

d. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

1) Ambulasi Dini

Ambulasi dini adalah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu post partum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. Keuntungan *early ambulation* adalah:³⁴

- a) Ibu merasa lebih sehat dan kuat dengan *early ambulation*.
- b) Faal dan kandung kemih lebih baik.
- c) *Early ambulation* memungkinkan kita mengajarkan ibu cara merawat anaknya selama ibu masih di rumah sakit. Misalnya memandikan, mengganti pakaian dan memberi makan.
- d) Lebih sesuai dengan keadaan Indonesia (sosial *early ambulation* ekonomis), menurut penelitian-penelitian yang seksama, tidak mempunyai pengaruh yang buruk, tidak menyebabkan pendarahan yang abnormal, tidak mempengaruhi penyembuhan luka episiotomy atau luka di perut, serta tidak memperbesar kemungkinan prolapsus. *Early ambulation* tentunya tidak dibenarkan pada ibu post partum dengan penyulit, misalnya anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam, dan sebagainya.

2) Nutrisi

Pada masa nifas masalah nutrisi perlu mendapat perhatian yang serius, karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi pada proses menyusuan. Nutrisi yang diberikan harus begizi seimbang, cukup kalori, tinggi protein dan banyak mengandung cairan. Ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan gizi sebagai berikut:⁴³

- a) Mengkomsumsi tambahan 500 kalori tiap hari menjadi $\pm 2700 - 3000$ kalori.
- b) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup.
- c) Minum sedikitnya 3 liter air tiap hari.
- d) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pasca persalinan.
- e) Minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A kepada bayi melalui ASI.

3) Personal Hygiene

Pada masa nifas, seorang ibu sangat rentan terhadap penyakit infeksi. Oleh karena itu kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur dan lingkungan sangat penting untuk menjaga kebersihan dari ibu nifas adalah:⁴⁴

- a) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh, terutama Perineum.
- b) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah disekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Anjurkan ibu untuk membersihkan vulva setiap kali setelah BAB atau BAK.
- c) Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya 2 kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik dan dikeringkan di bawah matahari dan disetrika.

- d) Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.
- e) Jika ibu mempunyai luka episiotomy atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah tersebut.

4) Istirahat dan Tidur

Hal yang bisa dilakukan pada ibu untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur adalah dengan menganjurkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan dan menyarankan ibu untuk kembali pada kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur.

Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa antarlain mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak pendarahan, dan menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.³⁴

5) Eliminasi

Rasa nyeri kadang kala menyebabkan keengganan untuk berkemih, tetapi usahakanlah untuk berkemih secara teratur, karena kantung kemih yang penuh dapat menyebabkan gangguan kontraksi rahim, yang dapat menyebabkan timbulnya perdarahan dari rahim. Seperti halnya dengan berkeih, perempuan pasca persalinan sering tidak merasakan sensasi ingin buang air besar, yang dapat disebabkan pengosongan usus besar (klisma) sebelum melahirkan atau ketakutan menimbulkan robekan pada jahitan dikemaluan. Oleh karena itu, ibu perlu belajar berkemih secara spontan dan tidak menahan buang air kecil ketika ada rasa sakit pada jahitan. Menahan buang air kecil akan menyebabkan terjadinya bendungan air seni dan gangguan kontraksi rahim sehingga pengeluaran cairan vagina tidak lancar. Sedangkan buang air besar akan sulit karena ketakutan akan rasa sakit, takut jahitan terbuka atau karena adanya haemoroid (wasir). Kesulitan ini dapat dibantu dengan mobilisasi dini, mengonsumsi makanan tinggi serat dan cukup minum.

6) Perawatan Payudara

Menjaga payudara tetap bersih dan kering serta menggunakan BH yang menyokong payudara, jika puting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali selesai menyusui dan tetap menyusukan pada puting susu yang lecet, apabila lecet sangat berat istirahatkan selama 24 jam dan untuk menghindari nyeri dapat minum parasetamol 1 kaplet setiap 4-6 jam.⁴⁵

7) Aktivitas Seksual

Aktivitas seksual yang dapat dilakukan oleh ibu dimasa nifas, dan harus memenuhi syarat anatara lain secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu dua jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri, maka ibu aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapanpun ibu siap. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan ini bergantung pada pasangan yang bersangkutan.³⁴

e. Tanda Bahaya Masa Nifas

Tanda-tanda bahaya masa nifas adalah sebagai berikut:

- 1) Perdarahan pervaginam yang luar biasa atau tiba-tiba bertambah banyak (lebih dari perdarahan haid biasa atau bila memerlukan pergantian pembalut-pembalut 2 kali dalam setengah jam).
- 2) Pengeluaran cairan vagina yang berbau busuk.
- 3) Rasa sakit dibagian bawah abdomen atau punggung.
- 4) Sakit kepala yang terus menerus, nyeri ulu hati, atau masalah penglihatan.
- 5) Pembengkakan diwajah atau ditangan.
- 6) Demam, muntah, rasa sakit sewaktu BAK atau jika merasa tidak enak badan.
- 7) Payudara yang bertambah atau berubah menjadi merah panas dan atau terasa sakit.
- 8) Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama.
- 9) Rasa sakit merah, lunak dan atau pembengkakan dikaki.

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

11) Merasa sangat letih dan nafas terengah-engah.⁴⁶

f. Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan masa nifas setidaknya dilakukan 4 kali untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi. Adapun kunjungan masa nifas adalah sebagai berikut.³⁹

1) Kunjungan I (6 -8 jam *postpartum*)

- a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
- b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.
- c) Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri.
- d) Pemberian ASI awal.
- e) Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
- f) Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi.

2) Kunjungan II (6 hari *postpartum*)

- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal.
- b) Menilai adanya tanda -tanda demam, infeksi dan perdarahan.
- c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, ciaran, dan istirahat
- d) Memastikan ibu menyusui dengan baik, dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
- e) Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.

3) Kunjungan III (2 minggu *postpartum*)

Asuhan pada 2 minggu *postpartum* sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari *postpartum*.

4) Kunjungan IV (6 minggu *postpartum*)

- a) Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.
- b) Memberikan konseling KB secara dini

- c) Mengajukan/mengajak ibu membawa bayinya ke posyandu atau puskesmas untuk penimbangan dan imunisasi.

7. Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga Berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan umur ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. Program KB memungkinkan pasangan dan individu untuk memutuskan secara bebas dan bertanggungjawab jumlah anak dan jarak umur antar anak (*spacing*) yang mereka inginkan, cara untuk mencapainya, serta menjamin tersedianya informasi dan berbagai metode yang aman dan efektif.⁴⁷

Tujuan KB adalah untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia. Disamping itu KB diharapkan dapat menghasilkan penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga. Sasaran dari program KB, meliputi sasaran langsung, yaitu pasangan usia subur yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan, dan sasaran tidak langsung yang terdiri dari pelaksana dan pengelola KB, dengan cara menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera.⁴⁸

Pelayanan KB merupakan salah satu strategi untuk mendukung percepatan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) melalui mengatur waktu, jarak dan jumlah kehamilan, kemudian untuk mencegah atau memperkecil kemungkinan seorang perempuan hamil mengalami komplikasi yang membahayakan jiwa atau janin selama kehamilan, persalinan dan nifas, dan mencegah atau memperkecil terjadinya kematian

pada seorang perempuan yang mengalami komplikasi selama kehamilan, persalinan dan nifas.⁴⁹

b. Tujuan Program Keluarga Berencana

1) Tujuan Umum

Untuk mewujudkan visi dan misi program KB yaitu membangun kembali dan melestarikan fondasi yang kokoh bagi pelaksanaan program KB untuk mencapai keluarga berkualitas.⁴⁹

2) Tujuan Khusus

Untuk memperbaiki kesehatan dan kesejahteraan ibu, anak, keluarga dan bangsa; mengurangi angka kelahiran untuk menaikkan taraf hidup rakyat dan bangsa; Memenuhi permintaan masyarakat akan pelayanan KB yang berkualitas, termasuk upaya-upaya menurunkan angka kematian ibu, bayi, dan anak serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi.⁴⁹

c. Sasaran Keluarga Berencana

Sasaran Keluarga Berencana dibagi menjadi dua yaitu sasaran secara langsung dan sasaran tidak langsung. Adapun sasaran secara langsung adalah Pasangan Umur Subur (PUS) yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan. Sedangkan untuk sasaran tidak langsungnya adalah pelaksana dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran hidup melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera.⁵⁰

d. Manfaat Program Keluarga Berencana

Ada beberapa manfaat untuk berbagai pihak dari adanya program KB yaitu:⁵¹

1) Bagi ibu

Untuk mengatur jumlah anak dan jarak kelahiran sehingga dapat memperbaiki kesehatan tubuh karena mencegah kehamilan yang berulang kali dengan jarak yang dekat. Peningkatan kesehatan mental dan sosial karena adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak,

beristirahat dan menikmati waktu luang serta melakukan kegiatan lainnya.

2) Bagi anak yang dilahirkan

Anak dapat tumbuh secara wajar karena ibu yang hamil dalam keadaan sehat. Setelah lahir, anak akan mendapatkan perhatian, pemeliharaan dan makanan yang cukup karena kehadiran anak tersebut memang diinginkan dan direncanakan.

3) Bagi suami

Program KB bermanfaat untuk memperbaiki kesehatan fisik, mental, dan sosial karena kecemasan berkurang serta memiliki lebih banyak waktu luang untuk keluarganya.

4) Bagi seluruh keluarga

Dapat meningkatkan kesehatan fisik, mental dan sosial setiap anggota keluarga. Dimana kesehatan anggota keluarga tergantung kesehatan seluruh keluarga. Setiap anggota keluarga akan mempunyai kesempatan yang lebih besar untuk memperoleh pendidikan.

e. Definisi Kontrasepsi

Kontrasepsi berasal dari kata kontra dan konsepsi. Kontra yang berarti “melawan” atau mencegah”, sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur yang matang dengan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Jadi kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan akibat adanya pertemuan antara sel telur.⁵²

f. Prinsip Kerja Kontrasepsi

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

g. Macam-macam Metode Kontrasepsi

1) Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana terdiri dari dua yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat dan metode kontrasepsi dengan alat. Metode kontrasepsi tanpa alat antara lain: Metode Amenorrhoe Laktasi (MAL), Coitus Interruptus, Metode Kalender, Metode Lendir Serviks, Metode Suhu Basal Badan, dan Simptothermal yaitu perpaduan antara suhu basal dan lendir servik. Sedangkan metode kontrasepsi sederhana dengan alat yaitu kondom, diafragma, cup serviks dan spermisida.⁵³

2) Metode Kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi dua yaitu kombinasi (mengandung hormone progesteron dan estrogen sintetis) dan yang hanya berisi progesteron saja. Kontrasepsi hormonal kombinasi terdapat pada pil dan suntikan/injeksi. Sedangkan kontrasepsi hormon yang berisi progesteron terdapat pada pil, suntik dan implant.⁵³

3) Metode Kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Metode kontrasepsi ini secara garis besar dibagi menjadi dua yaitu AKDR yang mengandung hormon sintetis (sintetis progesteron) dan yang tidak mengandung hormone. AKDR yang mengandung hormon Progesterone atau Levonorgestrel yaitu Progestasert (Alza-T dengan daya kerja 1 tahun, LNG-20 mengandung Levonorgestrel.⁵³

4) Metode Kontrasepsi Mantap

Metode kontrasepsi mantap terdiri dari dua macam yaitu Metode Operatif Wanita (MOW) dan Metode Operatif Pria (MOP). MOW sering dikenal dengan tubektomi karena prinsip metode ini adalah memotong atau mengikat saluran tuba/tuba falopii sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma. Sedangkan MOP sering dikenal dengan nama vasektomi, vasektomi yaitu memotong atau mengikat saluran vas deferens sehingga cairan sperma tidak dapat keluar atau ejakulasi.⁵³

h. Jenis-jenis Kontrasepsi

1) Jenis Metode Kontrasepsi

Adapun jenis metode kontrasepsi adalah sebagai berikut:⁵⁴

a) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

(1) AKDR Copper

(a) Pengertian

AKDR Copper adalah suatu rangka plastik yang lentur dan kecil dengan lengan atau kawat Copper (tembaga) di sekitarnya. AKDR Cu T 380 A merupakan AKDR yang disediakan oleh Pemerintah (Program) AKDR Nova T 380 tidak disediakan oleh Pemerintah (Non-Program) tetapi banyak digunakan sebagai KB Mandiri.

(b) Cara kerja

Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke saluran telur karena tembaga pada AKDR menyebabkan reaksi inflamasi steril yang toksik buat sperma.

(c) Jangka Waktu pemakaian

Jangka waktu pemakaian berjangka panjang dapat hingga 10 tahun, serta sangat efektif dan bersifat reversibel.

(d) Efektivitas

Memiliki efektivitas tinggi berkisar 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan).

(e) Kembalinya kesuburan

Kembalinya kesuburan tinggi setelah AKDR copper T dilepas.

(f) Keuntungan: Mencegah kehamilan dengan sangat efektif

Kurang dari 1 kehamilan per 100 perempuan yang menggunakan AKDR selama tahun pertama, efektif segera setelah pemasangan, berjangka Panjang, studi menunjukkan bahwa AKDR CuT-380A efektif hingga 12 tahun, namun ijin

edar berlaku untuk 10 tahun penggunaan, tidak mempengaruhi hubungan seksual, tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI. Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi), dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir), kesuburan segera kembali setelah AKDR dilepas.

(g) Keterbatasan

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

b) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim Levonorgestrel (AKDR-LNG)⁵⁵

(1) Pengertian

AKDR LNG adalah suatu alat berbahan plastik berbentuk T yang secara terus-menerus melepaskan sejumlah kecil hormon progestin (levonorgestrel) setiap hari. AKDR Levonorgestrel tidak disediakan oleh Pemerintah (Non-Program) tetapi banyak digunakan sebagai KB Mandiri.

(2) Cara Kerja

Menghambat sperma membuahi sel telur.

(3) Jangka waktu pemakaian

Jangka waktu pemakaian berjangka panjang, efektif untuk pemakaian 5 tahun dan bersifat reversibel.

(4) Keuntungan

- (a) Mencegah Kehamilan dengan sangat efektif Kurang dari 1 kehamilan per 100 perempuan yang menggunakan AKDR-LNG selama tahun pertama (2 per 1.000 perempuan)
- (b) Berjangka panjang, studi menunjukkan bahwa AKDR Mirena efektif hingga 7 tahun, namun izin edar berlaku untuk 5 tahun penggunaan.
- (c) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- (d) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
- (e) Kesuburan segera kembali setelah AKDR dilepas
- (f) Mengurangi nyeri haid
- (g) Mengurangi jumlah darah haid sehingga dapat mencegah anemia defisiensi besi
- (h) Sebagai pengobatan alternatif pengganti operasi pada perdarahan uterus disfungsi dan adenomiosis

(5) Keterbatasan

- (a) Pemasangan dan pencabutan dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih secara khusus memasangnya pada uterus.
- (b) Mahal

c) Implan

(1) Pengertian

Implan merupakan batang plastik berukuran kecil yang lentur, seukuran batang korek api, yang melepaskan progestin yang menyerupai hormon progesteron alami di tubuh perempuan.

(2) Jenis Implan

- (a) Implan Dua Batang: terdiri dari 2 batang implan mengandung hormone Levonorgestrel 75 mg/batang. Efektif hingga 4 tahun penggunaan (studi terkini menunjukkan bahwa jenis ini memiliki efektivitas tinggi hingga 5 tahun).
- (b) Implan Satu Batang (Implanon) : terdiri dari 1 batang implan mengandung hormon Etonogestrel 68 mg, efektif hingga 3 tahun

penggunaan (studi terkini menunjukkan bahwa jenis ini memiliki efektivitas tinggi hingga 5 tahun).

(3) Cara kerja

- (a) Mencegah pelepasan telur dari ovarium (menekan ovulasi)
- (b) Mengentalkan lendir serviks (menghambat bertemunya sperma dan telur)

(4) Efektivitas

Kurang dari 1 kehamilan per 100 perempuan dalam 1 tahun pertama penggunaan Implan. Risiko kecil kehamilan masih berlanjut setelah tahun pertama pemakaian.⁵⁶

d) Kontrasepsi Suntik

a) Suntik Kombinasi

(1) Jenis

Suntikan 1 bulan sekali mengandung medroxyprogesterone acetate 50 mg/ml, dan estradiol cypionate 10 mg/ml.

(2) Cara Kerja

- (a) Mencegah pelepasan telur dari ovarium (menekan ovulasi).
- (b) Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu
- (c) Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu
- (d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba

(3) Keuntungan

- (a) Tidak perlu pemakaian setiap hari
- (b) Dapat dihentikan kapan saja
- (c) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- (d) Baik untuk menjarangkan kehamilan

(4) Keterbatasan

- (a) Harus kembali ke tenaga kesehatan untuk disuntik tepat waktu

- (b) Efektivitas KSK tergantung pada kembalinya yang tepat waktu:
Risiko kehamilan meningkat saat klien terlambat suntik ulang atau melewati suatu suntikan.
- (c) Kemungkinan keterlambatan pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian
- (d) Mengganggu produksi ASI⁵⁷
- b) Suntik 2 bulan
 - (1) Jenis
Andalan Gestin F2, salah satu produk suntik KB 2 bulan yang mengandung kombinasi hormon Medroxyprogesterone Acetate (65 mg/ml) dan estradiol cypionate (7,5 mg/ml).
 - (2) Cara kerja
 - (a) Mencegah pelepasan sel telur (ovulasi)
 - (b) Menebalkan lendir serviks agar sperma sulit masuk ke rahim
 - (c) Lapisan endometrium menjadi tipis, mencegah penempelan sel telur yang dibuahi.
 - (3) Keuntungan
 - (a) Efektif mencegah kehamilan bila penyuntikan dilakukan tepat waktu.
 - (b) Tidak mengganggu aktivitas dan hubungan seksual
 - (4) Keterbatasan
 - (a) Harus datang ke fasilitas kesehatan setiap 2 bulan, sehingga perlu kedisiplinan
 - (b) Efek samping seperti peningkatan berat badan, sakit kepala, atau mual pada sebagian akseptor
 - (c) Umumnya menyebabkan flek (spotting), haid tidak teratur atau tidak haid sama sekali.
- c) Suntik Progestin
 - (1) Jenis
Depo Medroxyprogesterone Acetate (DMPA), 150 mg/vial (1 ml) merupakan suntikan intra muskuler.

(2) Cara kerja

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

(3) Keuntungan

- (a) Suntikan setiap 3 bulan.
- (b) Tidak perlu penggunaan setiap hari
- (c) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (d) Dapat digunakan oleh perempuan menyusui dimulai 6 bulan setelah melahirkan
- (e) Dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun sampai premenopause
- (f) Membantu mencegah: Kanker Endometrium, Mioma Uteri .
- (g) Mungkin membantu mencegah: Penyakit radang panggul simptomatis, Anemia defisiensi besi

(4) Keterbatasan

- (a) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan untuk suntikan ulang.
- (b) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu.
- (c) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian, rata-rata 4 bulan.
- (d) Pada pemakaian jangka panjang dapat sedikit menurunkan densitas (kepadatan) tulang.⁵⁵

d) Kontrasepsi pil

Kontrasepsi pil adalah sebagai berikut:⁵⁸

a) PIL Kombinasi

(1) Pengertian

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

(2) Cara Kerja

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

(c) Keuntungan

- (a) Dapat mengontrol pemakaian
- (b) Mudah digunakan
- (c) Mudah didapat, misalnya di apotek atau toko obat
- (d) Penghentian dapat dilakukan kapan pun tanpa perlu bantuan tenaga kesehatan
- (e) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (f) Banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia)
- (g) Tidak terjadi nyeri haid,
- (h) Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan
- (i) Membantu mencegah Kanker Endometrium, Kanker Ovarium, Kista ovarium Penyakit Radang Panggul, Anemia Defisiensi Besi
- (j) Mengurangi nyeri haid, nyeri ovulasi, masalah perdarahan menstruasi dan jerawat

(d) Keterbatasan

- (a) Mahal
- (b) Harus diminum setiap hari secara teratur
- (c) Mengurangi ASI pada perempuan menyusui

b) PIL Progestin

(1) Pengertian

Pil yang mengandung progestin saja dengan dosis yang sangat rendah seperti hormon progesteron alami pada tubuh perempuan.

(2) Cara Kerja

- (a) Mencegah ovulasi,
- (b) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma

- (c) Menjadikan endometrium tipis dan atrofi
- (3) Keuntungan
 - (a) Dapat diminum selama menyusui
 - (b) Dapat mengontrol pemakaian
 - (c) Penghentian dapat dilakukan kapan pun tanpa perlu bantuan tenaga kesehatan
 - (d) Tidak mengganggu hubungan seksual
 - (e) Kesuburan cepat Kembali
 - (f) Mengurangi nyeri haid
 - (g) Mengurangi jumlah perdarahan haid
- (4) Kekurangan
 - (a) Harus diminum setiap hari dan pada waktu yang sama, bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi lebih besar
 - (b) Peningkatan/penurunan berat badan
- e) Kondom
 - 1) Pengertian

Merupakan selubung/sarung karet yang berbentuk silinder dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. Terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), polyurethane, polyisoprene, kulit domba, dan nitrile.
 - 2) Jenis
 - (a) Kondom berkontur (bergerigi)
 - (b) Kondom beraroma
 - (c) Kondom tidak beraroma
 - 3) Cara Kerja
 - (a) Menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan

- (b) Khusus untuk kondom yang terbuat dari lateks dan vinil dapat mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain
- 4) Keuntungan
 - (a) Murah dan dapat dibeli bebas
 - (b) Tidak perlu pemeriksaan kesehatan khusus
 - (c) Proteksi ganda (selain mencegah kehamilan tetapi juga mencegah IMS termasuk HIV-AIDS)
 - (d) Membantu mencegah terjadinya kanker serviks (mengurangi iritasi bahan karsinogenik eksogen pada serviks)
- 5) Keterbatasan
 - (a) Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi
 - (b) Agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung),
 - (c) Bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi
 - (d) Malu membelinya di tempat umum⁵⁵
- f) Tubektomi
 - 1) Pengertian

Prosedur bedah sukarela untuk menghentikan kesuburan secara permanen pada perempuan yang tidak ingin anak lagi.
 - 2) Jenis
 - a) Minilaparotomi dengan membuat insisi kecil pada perut. Tuba fallopi ditarik ke irisan untuk dipotong dan diikat.
Jenis:
 - (1) Minilaparotomi Suprapubik : pada masa interval
 - (2) Minilaparotomi Subumbilikus : pada pasca persalinan
 - b) Laparoscopi dengan memasukkan pipa kecil panjang dengan lensa di dalamnya ke dalam perut melalui insisi kecil. Laparoskop memungkinkan dokter untuk mencapai dan memblok atau memotong tuba falopi di dalam perut.

3) Cara Kerja

Mengoklusi tuba falopii (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.

4) Keuntungan

- (a) Sangat efektif
- (b) Tidak mempengaruhi proses menyusui
- (c) Tidak bergantung pada faktor senggama
- (d) Tidak memiliki efek samping dalam jangka panjang
- (e) Tidak perlu khawatir menjadi hamil atau khawatir mengenai

5) Kerugian

- (a) Kesuburan tidak dapat dipulihkan kembali, kecuali dengan operasi rekanalisasi
- (b) Rasa sakit dalam jangka pendek setelah tindakan
- (c) Harus dilakukan oleh dokter yang terlatih (untuk laparoskopi dilakukan oleh Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi).⁵⁵

g) Vasektomi

1) Pengertian

Vasektomi adalah tindakan memotong dan mengikat vas (ductus) deferens tanpa menggunakan pisau bedah, dengan tujuan memutuskan aliran sperma dari testis sehingga terjadi azoospermia.

2) Cara Kerja

Mengikat dan memotong setiap saluran vas deferens sehingga sperma tidak bercampur dengan semen. Semen dikeluarkan, tetapi tidak dapat menyebabkan kehamilan

3) Keuntungan

- (a) Aman dan nyaman
- (b) Sangat efektif
- (c) Permanen
- (d) Laki-laki mengambil tanggung jawab untuk kontrasepsi mengambil alih beban perempuan
- (e) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual

4) Keterbatasan

- (a) Tidak segera efektif (WHO menyarankan kontrasepsi tambahan selama 3 bulan setelah prosedur, kurang lebih 20 kali ejakulasi)
- (b) Komplikasi minor seperti infeksi, perdarahan, nyeri pasca operasi. Teknik tanpa pisau merupakan pilihan mengurangi perdarahan dan nyeri dibandingkan teknik insisi
- (c) Harus dilakukan oleh dokter umum yang terlatih untuk vasektomi atau Dokter Spesialis Bedah dan Dokter Spesialis Urologi.⁵⁹