

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Masalah Kasus

1. Asuhan Kebidanan Kehamilan

Pada tanggal 23 Februari 2026, dilakukan pengkajian awal asuhan kebidanan terhadap Ny. M, seorang perempuan berusia 34 tahun dengan status obstetri G2P1Ab0Ah1 pada usia kehamilan 37 minggu 3 hari, yang bertempat di Puskesmas Patuk II. Berdasarkan hasil anamnesis, ibu datang untuk melakukan pemeriksaan kehamilan rutin tanpa keluhan, serta menyatakan bahwa kehamilan ini merupakan kehamilan yang diinginkan dengan dukungan penuh dari keluarga. Ibu memiliki pengetahuan yang cukup baik mengenai pentingnya menjaga kesehatan selama kehamilan, seperti mengonsumsi makanan bergizi, rutin memeriksakan kehamilan, dan mengonsumsi vitamin. Riwayat menstruasi ibu dalam batas normal dengan siklus teratur 28 hari, lama 5–6 hari, tanpa keluhan dismenore maupun keputihan patologis. Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) adalah 5 Juni 2025 dengan taksiran persalinan 12 Maret 2026. Riwayat kehamilan saat ini menunjukkan bahwa ibu telah melakukan antenatal care sejak usia kehamilan 7 minggu dengan frekuensi kunjungan yang adekuat pada setiap trimester, disertai keluhan yang masih fisiologis seperti mual pada trimester I, keputihan dan sering buang air kecil pada trimester II, serta nyeri punggung dan peningkatan frekuensi BAK pada trimester III. Pergerakan janin pertama dirasakan pada usia kehamilan 20 minggu dan dalam 12 jam terakhir gerakan janin lebih dari 10 kali yang menunjukkan kondisi janin masih aktif. Pola nutrisi, eliminasi, aktivitas, istirahat, dan personal hygiene ibu dalam kondisi baik tanpa keluhan berarti. Riwayat obstetri sebelumnya menunjukkan satu kali persalinan aterm secara spontan pada tahun 2019 tanpa komplikasi dengan bayi lahir hidup. Ibu memiliki riwayat penggunaan kontrasepsi IUD sejak tahun 2019 dan dilepas pada tahun 2024 untuk program kehamilan.

Tidak terdapat riwayat penyakit sistemik pada ibu maupun keluarga, serta tidak ditemukan kebiasaan yang berisiko selama kehamilan.

Berdasarkan pemeriksaan objektif, keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis, serta tanda vital dalam batas normal yaitu tekanan darah 110/72 mmHg, nadi 82 kali per menit, suhu 36,5°C, dan frekuensi pernapasan 20 kali per menit. Status gizi ibu tergolong normal dengan indeks massa tubuh 21,20 kg/m² dan lingkar lengan atas 26 cm. Pemeriksaan fisik head to toe menunjukkan kondisi dalam batas normal, meskipun konjungtiva tampak sedikit pucat. Pemeriksaan abdomen melalui palpasi Leopold menunjukkan tinggi fundus uteri 29 cm dengan posisi janin letak lintang, di mana bagian kepala teraba di sisi kanan dan bagian terbawah belum masuk panggul, serta denyut jantung janin 148 kali per menit dengan irama teratur. Pemeriksaan penunjang menunjukkan kadar hemoglobin 13,1 g/dL dan protein urine trace (+). Hasil ultrasonografi menunjukkan janin tunggal dengan letak lintang serta plasenta letak rendah.

Berdasarkan data subjektif dan objektif tersebut, ditegakkan diagnosis kebidanan yaitu Ny. M usia 34 tahun G2P1Ab0Ah1 usia kehamilan 37 minggu 3 hari dengan plasenta previa. Masalah yang menyertai adalah adanya protein urine trace (+) dan plasenta letak rendah. Kondisi ini berpotensi menimbulkan komplikasi seperti perdarahan antepartum, infeksi saluran kemih, serta persalinan prematur, dengan risiko lanjutan berupa perdarahan hebat, gangguan pertumbuhan janin, dan kecemasan pada ibu. Oleh karena itu, penatalaksanaan difokuskan pada upaya promotif, preventif, dan edukatif. Ibu diberikan informasi mengenai kondisi kesehatannya yang masih dalam batas normal serta edukasi tentang plasenta previa, termasuk risiko perdarahan dan anjuran untuk menghindari aktivitas berat serta hubungan seksual sementara. Selain itu, ibu diberikan edukasi mengenai hasil pemeriksaan laboratorium, pentingnya pemantauan lanjutan, konsumsi makanan bergizi seimbang, tanda

bahaya kehamilan, serta kemungkinan persalinan dengan tindakan sectio caesarea. Ibu juga dianjurkan melakukan kontrol rutin termasuk pemeriksaan USG lanjutan, serta diberikan terapi berupa kalsium, zat besi, dan vitamin C. Evaluasi menunjukkan bahwa ibu memahami kondisi dan bersedia mengikuti anjuran yang diberikan.

Selanjutnya, pada tanggal 27 Februari 2026, dilakukan kunjungan kehamilan kedua di rumah pasien sebagai bagian dari pemantauan berkelanjutan. Berdasarkan data subjektif, ibu menyatakan tidak ada keluhan dan sebelumnya telah melakukan pemeriksaan ke dokter. Pemeriksaan objektif menunjukkan keadaan umum ibu tetap baik dengan tanda vital dalam batas normal, yaitu tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 84 kali per menit, respirasi 22 kali per menit, suhu 36,5°C, dan berat badan 57,8 kg. Hasil pemeriksaan ultrasonografi menunjukkan janin tunggal dengan presentasi kepala, punggung kiri, denyut jantung janin positif, serta plasenta masih dalam posisi letak rendah dengan usia kehamilan sekitar 37 minggu 6 hari. Berdasarkan hasil tersebut, kondisi ibu disimpulkan sebagai Ny. M usia 34 tahun G2P1Ab0Ah1 usia kehamilan 38 minggu dengan plasenta previa, dalam keadaan umum baik namun tetap termasuk ke dalam kehamilan risiko tinggi.

Penatalaksanaan pada kunjungan ini difokuskan pada persiapan persalinan dan penguatan kesiapan ibu secara fisik maupun psikologis. Ibu diberikan edukasi mengenai pentingnya pemeriksaan rutin, khususnya USG untuk memantau kesejahteraan janin menjelang persalinan. Selain itu, ibu diberikan penjelasan komprehensif mengenai persiapan persalinan meliputi kesiapan dokumen administrasi, perlengkapan ibu dan bayi, penentuan pendamping persalinan, kesiapan transportasi, serta persiapan donor darah sebagai langkah antisipasi terhadap kemungkinan komplikasi. Ibu juga diberikan pemahaman bahwa tindakan sectio caesarea merupakan prosedur yang aman apabila dilakukan sesuai indikasi medis, sehingga diharapkan dapat mengurangi kecemasan. Selanjutnya, ibu diingatkan untuk tetap mengonsumsi

vitamin secara rutin serta diberikan dukungan emosional agar lebih siap menghadapi proses persalinan. Evaluasi menunjukkan bahwa ibu memahami seluruh edukasi yang diberikan, bersedia mempersiapkan kebutuhan persalinan, serta menunjukkan kesiapan psikologis yang lebih baik dalam menghadapi persalinan.

2. Asuhan Kebidanan Persalinan

Pada tanggal 28 Februari 2026, dilakukan asuhan kebidanan persalinan terhadap Ny. M, seorang perempuan berusia 34 tahun dengan status obstetri G2P1Ab0Ah1 pada usia kehamilan 38 minggu 1 hari, yang bertempat di RSUD X. Pengkajian dilakukan berdasarkan catatan rujukan balik pasien. Berdasarkan data subjektif, ibu datang ke rumah sakit dengan rencana tindakan persalinan sectio caesarea atas indikasi plasenta previa. Ibu menyatakan tidak terdapat keluhan lain selain mengikuti jadwal operasi yang telah direncanakan. Riwayat perkawinan menunjukkan ibu menikah satu kali sejak usia 26 tahun dan telah menjalani pernikahan selama 8 tahun. Riwayat menstruasi ibu dalam batas normal dengan menarche pada usia 12 tahun, siklus teratur 28 hari, lama menstruasi sekitar 6 hari, serta tidak terdapat keluhan yang bermakna. Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) adalah 5 Juni 2025 dengan taksiran persalinan 12 Maret 2026.

Riwayat obstetri sebelumnya menunjukkan bahwa ibu pernah melahirkan satu kali pada tahun 2019 secara spontan pada usia kehamilan aterm dengan penolong bidan, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun bayi, dengan berat badan lahir 2900 gram dan bayi dalam keadaan sehat. Pada kehamilan saat ini, ibu telah melakukan pemeriksaan antenatal secara teratur di puskesmas, klinik, dan rumah sakit, dengan frekuensi kunjungan yang adekuat di setiap trimester. Gerakan janin dilaporkan aktif, yang menunjukkan kesejahteraan janin dalam kondisi baik. Riwayat kesehatan ibu dan keluarga tidak menunjukkan adanya penyakit sistemik seperti hipertensi, diabetes

melitus, penyakit jantung, maupun penyakit menular seperti TBC, hepatitis B, IMS, dan HIV/AIDS. Ibu juga tidak memiliki riwayat kehamilan kembar.

Berdasarkan keseluruhan data tersebut, dapat dipahami bahwa persalinan pada Ny. M dilakukan secara terencana melalui tindakan sectio caesarea sebagai indikasi medis akibat plasenta previa, yang merupakan kondisi di mana plasenta menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir sehingga persalinan pervaginam berisiko tinggi menyebabkan perdarahan. Dengan mempertimbangkan kondisi tersebut, tindakan operasi menjadi pilihan yang paling aman bagi ibu dan janin.

Selanjutnya, pada tanggal 4 Maret 2026, dilakukan kunjungan lanjutan (catatan perkembangan persalinan) di rumah pasien untuk mengevaluasi kondisi ibu dan bayi pasca tindakan sectio caesarea. Berdasarkan data subjektif, ibu menyampaikan bahwa telah menjalani operasi pada tanggal 28 Februari 2026, masuk ruang operasi pukul 21.00 WIB, dan bayi lahir pada pukul 22.45 WIB. Bayi lahir dengan jenis kelamin laki-laki, menangis kuat saat lahir, dalam kondisi cukup bulan, dengan berat badan lahir 3135 gram dan panjang badan 49 cm. Bayi langsung dilakukan rawat gabung dengan ibu, sehingga ibu dapat segera melakukan inisiasi menyusui dan merawat bayinya secara mandiri.

Ibu menyatakan bahwa selama proses operasi tidak terdapat kendala yang berarti dan seluruh prosedur berjalan dengan lancar. Kondisi ibu pasca operasi juga dilaporkan dalam keadaan baik, dengan keluhan nyeri luka operasi yang masih dalam batas wajar, tidak disertai demam, serta ibu sudah mulai dapat melakukan mobilisasi secara bertahap dengan bantuan. Bayi dilaporkan dalam kondisi baik, aktif, dan sudah dapat menyusu dengan baik. Ibu juga menyampaikan rasa nyaman terhadap pelayanan yang diberikan serta telah mendapatkan edukasi mengenai teknik menyusui, perawatan luka pasca operasi, dan perawatan bayi baru lahir.

Berdasarkan uraian tersebut, dapat disimpulkan bahwa proses persalinan pada Ny. M berlangsung secara sectio caesarea terencana dengan hasil yang baik, tanpa komplikasi intraoperatif maupun pascaoperatif yang bermakna. Kondisi ibu dan bayi dalam keadaan stabil, dengan adaptasi pasca persalinan yang berjalan baik, ditandai dengan keberhasilan menyusui, kondisi bayi aktif, serta kondisi ibu yang mulai pulih secara bertahap. Asuhan kebidanan yang diberikan telah sesuai dengan kebutuhan ibu, baik dari aspek fisik maupun psikologis, sehingga mendukung proses pemulihan dan kesiapan ibu dalam menjalani masa nifas serta perawatan bayi baru lahir.

3. Asuhan Bayi Baru Lahir dan Neonatus

Pada tanggal 4 Maret 2026, dilakukan pengkajian asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dari Ny. M berdasarkan catatan pasien pulang dari RSUD X. Bayi lahir pada tanggal 28 Februari 2026 pukul 22.45 WIB melalui tindakan sectio caesarea atas indikasi plasenta previa pada usia kehamilan 38 minggu 1 hari. Berdasarkan data subjektif, ibu menyampaikan bahwa bayi lahir dalam kondisi baik, segera menangis kuat setelah lahir, tidak memerlukan tindakan resusitasi, serta tidak ditemukan adanya kelainan maupun kecacatan. Jenis kelamin bayi adalah laki-laki dengan hasil pemeriksaan fisik di rumah sakit menunjukkan berat badan lahir 3135 gram, panjang badan 49 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 30 cm, lingkar perut 27 cm, serta lingkar lengan atas 12 cm. Nilai APGAR bayi menunjukkan hasil yang baik yaitu 8 pada menit pertama, 9 pada menit kelima, dan 10 pada menit kesepuluh, yang menandakan adaptasi bayi terhadap lingkungan ekstrauterin berlangsung optimal.

Selama perawatan di rumah sakit, bayi telah mendapatkan penatalaksanaan awal yang lengkap meliputi pemberian salep mata, injeksi vitamin K1 secara intramuskular, serta imunisasi hepatitis B dosis nol (Hb0). Bayi juga dilakukan rawat gabung dengan ibu karena

kondisi stabil dan telah mampu menyusu dengan baik sejak awal, sehingga mendukung keberhasilan pemberian ASI dini. Riwayat antenatal menunjukkan bahwa kehamilan ibu berlangsung cukup bulan dengan pemeriksaan antenatal teratur dan tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin. Riwayat intranatal menunjukkan persalinan dilakukan secara sectio caesarea tanpa komplikasi, baik pada ibu maupun bayi. Kondisi bayi baru lahir juga menunjukkan tidak adanya caput succedaneum, cephal hematoma, maupun cacat bawaan.

Selanjutnya, pada hari yang sama yaitu 4 Maret 2026 pukul 15.00 WIB, dilakukan kunjungan neonatus pertama di rumah pasien (usia bayi 4 hari). Berdasarkan data subjektif, ibu menyampaikan bahwa bayi dalam keadaan sehat, menyusu dengan kuat, serta frekuensi buang air besar dan kecil dalam batas normal. Bayi tampak aktif saat bangun dan menangis kuat saat lapar atau saat diganti popok. Hasil pemeriksaan objektif menunjukkan suhu aksila 36,5°C, keadaan umum baik, warna kulit merata tanpa ikterus, pucat, maupun sianosis, serta tidak ditemukan kelainan pada pemeriksaan kepala, mata, hidung, mulut, telinga, dada, abdomen, maupun ekstremitas. Tali pusat masih belum puput, namun dalam kondisi bersih tanpa tanda infeksi. Refleks bayi seperti refleks menghisap, moro, dan menggenggam dalam keadaan baik. Tidak ditemukan tanda bahaya seperti demam, kejang, sesak napas, muntah berulang, atau bayi tampak lemas. Berdasarkan hasil tersebut, bayi dinyatakan sebagai neonatus usia 4 hari lahir cukup bulan sesuai masa kehamilan dalam kondisi baik.

Penatalaksanaan yang diberikan pada kunjungan ini meliputi pemberian informasi kepada ibu mengenai kondisi bayi yang baik, serta edukasi (KIE) terkait pemberian ASI eksklusif secara on demand, perawatan tali pusat dengan menjaga kebersihan dan kekeringan tanpa pemberian bahan tambahan, serta pentingnya menjaga kehangatan bayi melalui pakaian yang sesuai dan kontak kulit ke kulit. Selain itu, ibu juga diberikan edukasi mengenai tanda bahaya pada bayi baru lahir dan

pentingnya menjaga kebersihan diri serta lingkungan untuk mencegah infeksi. Ibu dianjurkan untuk melakukan kunjungan ulang sesuai jadwal atau segera ke fasilitas kesehatan apabila ditemukan keluhan. Evaluasi menunjukkan bahwa ibu memahami seluruh edukasi yang diberikan dan bersedia melaksanakan anjuran tersebut.

Selanjutnya, pada tanggal 8 Maret 2026 pukul 14.00 WIB, dilakukan kunjungan neonatus kedua di rumah pasien (usia bayi 8 hari). Berdasarkan data subjektif, ibu menyampaikan bahwa bayi tidak mengalami keluhan, tetap menyusu dengan baik, serta frekuensi eliminasi normal. Hasil pemeriksaan objektif menunjukkan kondisi bayi tetap baik dengan suhu 36,5°C, keadaan umum baik, aktif, warna kulit normal, serta tidak ditemukan kelainan pada pemeriksaan fisik. Tali pusat telah puput dan dalam kondisi bersih tanpa tanda infeksi. Refleksi bayi masih dalam kondisi baik dan tidak ditemukan tanda bahaya. Berdasarkan hasil tersebut, bayi dinyatakan sebagai neonatus usia 8 hari lahir cukup bulan dengan kondisi sehat.

Penatalaksanaan pada kunjungan ini difokuskan pada penguatan edukasi kepada ibu, meliputi pemberian ASI eksklusif secara berkelanjutan, menjaga kehangatan bayi, mengenali tanda bahaya, serta menjaga kebersihan diri dan lingkungan. Ibu juga dianjurkan untuk tetap melakukan kunjungan ulang sesuai jadwal serta segera memeriksakan bayi apabila terdapat keluhan. Evaluasi menunjukkan bahwa ibu memahami seluruh informasi yang diberikan dan bersedia melanjutkan perawatan bayi sesuai anjuran.

Secara keseluruhan, dapat disimpulkan bahwa kondisi bayi baru lahir dari Ny. M dalam keadaan sehat, stabil, dan berkembang sesuai usia neonatus, dengan proses adaptasi ektrauterin yang baik, keberhasilan pemberian ASI, serta tidak ditemukan tanda bahaya selama masa pemantauan. Asuhan kebidanan yang diberikan telah sesuai dengan kebutuhan bayi dan ibu, baik dalam aspek promotif, preventif,

maupun edukatif, sehingga mendukung tumbuh kembang bayi secara optimal pada periode neonatal awal.

4. Asuhan Kebidanan Masa Nifas

Pada tanggal 4 Maret 2026, dilakukan pengkajian asuhan kebidanan masa nifas terhadap Ny. M, seorang perempuan berusia 34 tahun dengan status obstetri P2Ab0Ah2 pada kondisi post sectio caesarea hari ke-4, yang dilakukan di rumah pasien. Berdasarkan data subjektif, ibu mengungkapkan perasaan syukur dan bahagia atas kelahiran bayinya, namun masih merasakan nyeri pada luka operasi sectio caesarea. Riwayat kesehatan menunjukkan bahwa ibu tidak memiliki penyakit sistemik baik saat ini maupun sebelumnya, serta tidak terdapat riwayat penyakit dalam keluarga. Riwayat obstetri menunjukkan bahwa persalinan terakhir dilakukan pada usia kehamilan 38 minggu 1 hari melalui tindakan sectio caesarea atas indikasi plasenta previa tanpa komplikasi, dengan kondisi plasenta lengkap dan perdarahan dalam batas normal. Bayi lahir dengan berat badan 3135 gram, panjang badan 49 cm, serta nilai APGAR 8/9/10 dan dilakukan rawat gabung.

Pada masa nifas hari ke-4, ibu sudah mulai melakukan ambulasi secara bertahap, dengan pola makan baik sebanyak 3 kali sehari, serta pola eliminasi dalam batas normal yaitu BAB 1 kali per hari dan BAK 5–6 kali per hari. Secara psikososial, ibu menunjukkan penerimaan yang baik terhadap kelahiran bayinya, meskipun pengetahuan mengenai masa nifas dan perawatan bayi masih terbatas, namun mendapatkan dukungan positif dari keluarga.

Hasil pemeriksaan objektif menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis dan status emosional stabil. Tanda vital dalam batas normal yaitu tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 80 kali per menit, frekuensi napas 22 kali per menit, dan suhu 35,7°C. Pemeriksaan fisik menunjukkan tidak adanya edema pada wajah, konjungtiva tampak merah muda, serta kondisi mulut dan leher dalam

batas normal. Pada pemeriksaan payudara tampak simetris dengan puting menonjol, namun teraba bengkak dan keras yang mengindikasikan adanya bendungan ASI. Pemeriksaan abdomen menunjukkan kontraksi uterus baik dengan tinggi fundus uteri berada di pertengahan pusat dan simfisis, serta luka operasi dalam proses penyembuhan tanpa tanda infeksi. Pemeriksaan genitalia menunjukkan lochea sanguinolenta dalam jumlah normal tanpa adanya laserasi jalan lahir, sedangkan pada anus ditemukan adanya hemoroid.

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut, ditegakkan diagnosis kebidanan yaitu Ny. M usia 34 tahun P2Ab0Ah2 post sectio caesarea hari ke-4 dengan masalah utama berupa nyeri luka operasi. Diagnosis potensial yang dapat terjadi adalah infeksi luka operasi, dengan masalah potensial berupa risiko infeksi masa nifas. Kebutuhan ibu meliputi edukasi mengenai personal hygiene, mobilisasi dini, teknik menyusui yang benar, nutrisi ibu nifas, serta tanda bahaya masa nifas.

Penatalaksanaan yang diberikan meliputi pemberian informasi mengenai kondisi ibu yang dalam batas normal serta proses pemulihan yang berjalan baik. Ibu diberikan edukasi mengenai perawatan luka operasi dengan menjaga kebersihan dan kekeringan luka, serta mengenali tanda-tanda infeksi. Selain itu, ibu dianjurkan untuk melakukan mobilisasi dini secara bertahap guna mempercepat penyembuhan dan mencegah komplikasi. Edukasi juga diberikan terkait pentingnya konsumsi makanan bergizi seimbang yang tinggi protein dan zat besi untuk mendukung pemulihan dan produksi ASI. Ibu dianjurkan untuk menyusui secara on demand dan memberikan ASI eksklusif, serta tetap mengonsumsi obat-obatan yang telah diberikan seperti antibiotik, uterotonika, dan analgesik sesuai anjuran. Ibu juga diberikan edukasi mengenai tanda bahaya masa nifas, pentingnya istirahat yang cukup, serta anjuran untuk melakukan kunjungan ulang. Evaluasi menunjukkan bahwa ibu memahami seluruh informasi yang diberikan dan bersedia melaksanakan anjuran tersebut.

Selanjutnya, pada tanggal 8 Maret 2026, dilakukan kunjungan nifas kedua (post sectio caesarea hari ke-8) di rumah pasien. Berdasarkan data subjektif, ibu menyampaikan bahwa nyeri luka operasi masih dirasakan namun sudah berkurang dibandingkan sebelumnya. Ibu sudah mampu beraktivitas secara mandiri di rumah termasuk merawat bayinya, meskipun tetap berhati-hati. Ibu tidak mengeluhkan adanya demam, perdarahan berlebih, maupun gangguan pada luka operasi.

Hasil pemeriksaan objektif menunjukkan keadaan umum ibu tetap baik dengan tanda vital stabil yaitu tekanan darah 110/72 mmHg, nadi 82 kali per menit, frekuensi napas 22 kali per menit, dan suhu 35,6°C. Payudara menunjukkan produksi ASI yang baik tanpa adanya bendungan atau luka pada puting. Pemeriksaan abdomen menunjukkan bahwa tinggi fundus uteri sudah tidak teraba, yang menandakan proses involusi uterus berjalan dengan baik. Luka operasi tampak mulai kering tanpa tanda infeksi. Pemeriksaan genetalia menunjukkan lochea serosa dalam jumlah normal, serta tidak ditemukan edema atau varises pada ekstremitas. Secara psikologis, ibu tampak lebih percaya diri dalam merawat bayi dan menyusui, serta menunjukkan ikatan emosional yang baik dengan bayinya.

Berdasarkan hasil tersebut, kondisi ibu disimpulkan sebagai Ny. M usia 34 tahun P2Ab0Ah2 post sectio caesarea hari ke-8 dalam keadaan baik dengan proses pemulihan yang berjalan normal. Penatalaksanaan difokuskan pada penguatan edukasi, meliputi perawatan luka operasi, menjaga kebersihan genetalia, pemberian ASI eksklusif, pemenuhan kebutuhan istirahat, serta konsumsi nutrisi yang adekuat termasuk tablet Fe. Selain itu, ibu diberikan konseling mengenai pilihan kontrasepsi pasca persalinan yang aman untuk ibu menyusui, seperti pil progestin, suntik, implant, dan IUD, meskipun ibu masih memerlukan waktu untuk berdiskusi dengan suami sebelum menentukan pilihan. Ibu juga dianjurkan untuk melanjutkan kunjungan nifas sesuai jadwal atau segera ke fasilitas kesehatan apabila terdapat keluhan. Evaluasi menunjukkan

bahwa ibu memahami seluruh edukasi yang diberikan dan bersedia melanjutkan perawatan sesuai anjuran.

Secara keseluruhan, masa nifas pada Ny. M berlangsung dengan baik, ditandai dengan kondisi umum stabil, proses involusi uterus normal, luka operasi yang mengalami penyembuhan tanpa komplikasi, serta keberhasilan dalam menyusui dan merawat bayi. Asuhan kebidanan yang diberikan secara komprehensif telah mendukung pemulihan ibu secara optimal baik dari aspek fisik maupun psikologis, serta meningkatkan kesiapan ibu dalam menjalani peran sebagai ibu pada masa nifas.

5. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

Pada tanggal 8 Maret 2026, dilakukan pengkajian asuhan kebidanan keluarga berencana terhadap Ny. M, seorang perempuan berusia 34 tahun dengan status obstetri P2Ab0Ah2 pada kondisi post sectio caesarea dengan pemasangan IUD, yang dilakukan di rumah pasien di wilayah kerja Puskesmas Patuk II. Berdasarkan data subjektif, ibu menyampaikan bahwa dirinya telah menggunakan alat kontrasepsi berupa IUD (Intra Uterine Device) yang dipasang bersamaan dengan tindakan sectio caesarea. Ibu tidak mengeluhkan adanya keluhan khusus terkait penggunaan kontrasepsi tersebut. Riwayat perkawinan menunjukkan bahwa ibu menikah satu kali sejak usia 26 tahun dan telah menjalani pernikahan selama 8 tahun. Riwayat menstruasi sebelum hamil dalam batas normal dengan siklus teratur 28 hari, lama menstruasi sekitar 6 hari, serta tidak disertai keluhan dismenore maupun keputihan patologis.

Riwayat obstetri menunjukkan bahwa ibu telah memiliki dua orang anak dengan persalinan terakhir pada tanggal 28 Februari 2026 melalui tindakan sectio caesarea atas indikasi plasenta previa, dengan bayi lahir hidup dan sehat. Riwayat penggunaan kontrasepsi sebelumnya adalah IUD yang digunakan sejak tahun 2020 dan dilepas pada tahun 2025

untuk program kehamilan, kemudian pada tahun 2026 ibu kembali menggunakan IUD yang dipasang saat operasi sectio caesarea. Riwayat kesehatan ibu dan keluarga tidak menunjukkan adanya penyakit sistemik maupun gangguan ginekologis. Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari ibu dalam kondisi baik, meliputi pola nutrisi, eliminasi, aktivitas, istirahat, serta personal hygiene yang adekuat. Secara psikososial, ibu masih memiliki pengetahuan yang terbatas mengenai alat kontrasepsi, namun mendapatkan dukungan dari suami dalam penggunaan KB.

Hasil pemeriksaan objektif menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran *compos mentis* dan status emosional stabil. Tanda vital dalam batas normal, yaitu tekanan darah 110/72 mmHg, nadi 80 kali per menit, frekuensi napas 20 kali per menit, dan suhu 36,0°C. Pemeriksaan fisik secara umum menunjukkan kondisi normal tanpa adanya kelainan, dengan payudara simetris dan puting menonjol, serta abdomen dalam kondisi normal dengan bekas luka sectio caesarea yang masih dalam proses penyembuhan. Pemeriksaan genetalia menunjukkan lochea dalam batas normal tanpa tanda infeksi.

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut, ditegakkan analisa bahwa Ny. M merupakan akseptor KB IUD pasca sectio caesarea dalam kondisi umum baik. Penatalaksanaan yang diberikan berfokus pada edukasi dan konseling terkait penggunaan kontrasepsi. Ibu diberikan informasi bahwa pemasangan IUD telah berhasil dilakukan bersamaan dengan tindakan operasi, sehingga tidak diperlukan pemasangan ulang setelah masa nifas. Selain itu, ibu diberikan edukasi mengenai pengertian dan keamanan IUD sebagai metode kontrasepsi jangka panjang yang tidak memengaruhi produksi ASI, sehingga aman digunakan pada ibu menyusui.

Ibu juga diberikan penjelasan mengenai mekanisme kerja IUD, yaitu dengan mencegah pertemuan antara sel telur dan sperma serta menghambat proses pembuahan di dalam rahim. Edukasi dilanjutkan

dengan penjelasan mengenai keuntungan penggunaan IUD, seperti efektivitas yang tinggi dalam mencegah kehamilan, durasi penggunaan yang panjang (5–10 tahun), tidak memerlukan kepatuhan harian, serta kesuburan yang dapat kembali dengan cepat setelah alat dilepas. Selain itu, ibu juga diinformasikan mengenai kemungkinan efek samping yang dapat terjadi, seperti perubahan pola menstruasi, nyeri haid, atau munculnya bercak di luar siklus menstruasi.

Sebagai bagian dari asuhan komprehensif, ibu juga diberikan edukasi mengenai tanda bahaya penggunaan IUD, seperti nyeri perut hebat, perdarahan banyak, keputihan berbau, demam, serta tidak terabanya benang IUD saat kontrol, sehingga ibu dapat segera mencari pertolongan medis apabila mengalami kondisi tersebut. Selain itu, diberikan pula edukasi mengenai perawatan pasca operasi sectio caesarea, meliputi menjaga kebersihan luka, memenuhi kebutuhan istirahat, mengonsumsi makanan bergizi, serta menghindari aktivitas berat dan menunda hubungan seksual hingga masa nifas selesai.

Ibu dianjurkan untuk melakukan kunjungan ulang sesuai jadwal, yaitu satu minggu setelah operasi untuk kontrol luka dan enam minggu setelah persalinan untuk evaluasi kondisi rahim serta posisi IUD. Selama proses konseling, ibu diberikan kesempatan untuk bertanya sehingga meningkatkan pemahaman dan kenyamanan dalam menggunakan metode kontrasepsi tersebut. Evaluasi menunjukkan bahwa ibu memahami seluruh informasi yang diberikan, mampu mengulang kembali poin-poin penting, serta bersedia mengikuti anjuran yang diberikan.

Secara keseluruhan, asuhan kebidanan keluarga berencana pada Ny. M telah berjalan dengan baik, ditandai dengan kondisi ibu yang stabil, keberhasilan penggunaan kontrasepsi jangka panjang pasca persalinan, serta peningkatan pengetahuan ibu mengenai penggunaan dan perawatan IUD. Asuhan yang diberikan secara komprehensif ini

diharapkan mampu mendukung keberhasilan program keluarga berencana serta menjaga kesehatan reproduksi ibu secara berkelanjutan.

B. Kajian Teori

1. Asuhan Berkelanjutan (*Continuity of Care*)

Continuity of care merupakan suatu konsep yang menekankan pentingnya kesinambungan dalam pemberian pelayanan kesehatan sejak hamil hingga pasca melahirkan, dengan tujuan untuk meningkatkan kemandirian keluarga dalam mencegah komplikasi kehamilan.¹³ Kemenkes RI menyatakan bahwa Asuhan Kebidanan Berkelanjutan terdiri dari Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual diselenggarakan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara menyeluruh terpadu dan berkesinambungan. *Continuity of care* yang dilakukan oleh bidan pada umumnya berorientasi untuk meningkatkan kesinambungan pelayanan dalam suatu periode.

Continuity of care memiliki 3 jenis pelayanan yaitu manajemen, informasi dan hubungan. Kesinambungan manajemen melibatkan komunikasi antar perempuan dan bidan. Kesinambungan informasi menyangkut ketersediaan waktu yang relevan. Kedua hal tersebut penting untuk mengatur dan memberikan pelayanan kebidanan.¹⁴ Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan dari bidan hampir delapan kali lipat lebih besar untuk melakukan persalinan di bidan yang sama. Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan oleh bidan melaporkan kepuasan lebih tinggi terkait informasi, saran, penjelasan, tempat persalinan, persiapan persalinan, pilihan untuk menghilangkan rasa sakit dan pengawasan oleh bidan. Penelitian di Denmark memiliki kesamaan hasil penelitian bahwa dengan *Continuity of care* mendapatkan pengalaman yang membaik, mengurangi morbiditas maternal, mengurangi penggunaan intervensi

pada saat persalinan, meningkatkan jumlah persalinan normal dibandingkan dengan perempuan yang merencanakan persalinan dengan tindakan. Hasil yang signifikan secara continuity of care secara women center meliputi dukungan, partisipasi dalam pengambilan keputusan, perhatian terhadap psikologis, kebutuhan dan harapan pada saat akan melahirkan, informasi dan menghargai perempuan.¹⁵

2. Konsep Dasar Kehamilan

a. Definisi

Kehamilan adalah suatu kondisi di mana seorang wanita membawa embrio atau janin yang sedang berkembang dalam tubuhnya. Kehamilan dimulai ketika sperma membuahi sel telur yang telah dilepaskan dari ovarium selama ovulasi, dan proses ini menghasilkan zigot. Zigot ini kemudian berkembang menjadi embrio, dan kemudian menjadi janin, selama masa kehamilan yang biasanya berlangsung sekitar 40 minggu atau 9 bulan dari hari pertama menstruasi terakhir (HPHT).¹⁶ Proses kehamilan dibagi menjadi tiga trimester, masing-masing dengan perkembangan penting bagi pertumbuhan janin. Trimester pertama (0-12 minggu): Periode ini meliputi pembentukan awal organ dan sistem tubuh janin. Trimester kedua (13-26 minggu): Pada trimester ini, pertumbuhan janin berlanjut, dan perkembangan fisik semakin jelas terlihat, seperti gerakan janin yang mulai terasa oleh ibu. Trimester ketiga (27-40 minggu): Janin mengalami pertumbuhan maksimal dan persiapan untuk kelahiran, termasuk perkembangan paru-paru yang penting.¹⁷

b. Perubahan Anatomi dan Fisiologi

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

Selama kehamilan, rahim mengalami perubahan besar untuk mendukung pertumbuhan janin, termasuk pembesaran ukuran dan penyesuaian struktur. Hormon seperti estrogen

dan progesteron berperan penting dalam merangsang pertumbuhan dan menjaga kondisi rahim tetap rileks agar tidak berkontraksi. Ukuran rahim meningkat dari 70 gram menjadi sekitar 1100 gram, dengan kapasitas volume naik dari 10 mL menjadi 5 liter, dan proses pemanjangan rahim berlangsung paling cepat antara minggu ke-20 hingga ke-32, sebelum akhirnya kembali ke ukuran semula beberapa minggu setelah melahirkan.¹⁸

Tabel 1. TFU Sesuai Usia Kehamilan

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

Dalam memantau tumbuh kembang janin dengan mengukur Tinggi Fundus Uteri (TFU) dalam satuan sentimeter (cm) dengan alat pengukur metlin bahwa TFU sama dengan ± 2 cm dari usia kehamilan saat itu.¹⁹

b) Vagina dan Vulva

Akibat peningkatan hormon estrogen, vagina dan vulva mengalami hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva berwarna tampak lebih cerah, agak kebiruan (livide).¹⁹

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.¹⁵

3) Sistem Muskuloskeletal

Pergeseran pusat gravitasi yang terjadi selama kehamilan mengakibatkan peningkatan lordosis pada punggung bawah dan fleksi pada leher. Pergeseran postur ini dapat menyebabkan ketegangan pada punggung bawah yang semakin parah seiring dengan perkembangan kehamilan. Terjadi peningkatan mobilitas dan pelebaran sendi sakroiliaka dan simfisis pubis, serta kelonggaran sendi pada tulang belakang lumbar. Sindrom terowongan karpal merupakan kejadian umum selama kehamilan akibat kompresi saraf medianus. Peningkatan kadar estrogen menyebabkan spider angiomata dan palmar erythema. Peningkatan hormon perangsang melanosit dan hormon steroid menyebabkan hiperpigmentasi pada wajah, puting susu, perineum, garis perut, dan pusar.²⁰

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.²¹

5) Sistem Metabolisme

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

sedangkan kolesterol HDL naik pada awal kehamilan dan menurun di trimester akhir. Selain itu, kebutuhan nutrisi ibu juga meningkat, termasuk protein, zat besi, kalsium, dan vitamin, dengan penyerapan kalsium usus yang meningkat untuk memenuhi kebutuhan janin tanpa mengganggu kadar kalsium dalam darah ibu.²⁰

Selain untuk menyeimbangkan pengeluaran energi, kebutuhan energi total selama kehamilan juga mencakup simpanan energi untuk pertumbuhan janin dan akumulasi lemak tubuh ibu. Kenaikan berat badan yang sehat selama kehamilan bervariasi tergantung pada indeks massa tubuh (IMT) sebelum hamil. Berdasarkan penelitian, rekomendasi kenaikan berat badan selama kehamilan berbanding terbalik dengan IMT sebelum kehamilan, di mana wanita dengan IMT lebih rendah disarankan mengalami kenaikan berat badan lebih besar dibandingkan wanita dengan BMI lebih tinggi.²²

Tabel 2. Rekomendasi Penambahan Berat Badan Selama Kehamilan

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

6) Sistem Integumen

Pigmentasi kulit dipengaruhi oleh meningkatnya melanophore stimulating hormone (MSH) yang dikeluarkan oleh hipofisis anterior. Deposit pigmen ini dapat terjadi pada muka yang disebut kloasma gravidarum, areola mammae, linea alba, linea nigra dan pada perut seperti retak-retak yang disebut striae livide.¹⁹

c. Tinggi Fundus Uteri (TFU)

1) Perubahan Uterus di Masa Kehamilan

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, amnion) sampai persalinan. Pada perempuan tidak hamil uterus mempunyai berat 70 gram dan kapasitas 10 ml atau kurang. Selama kehamilan, uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta, dan cairan amnion rata-rata pada akhir kehamilan volume totalnya mencapai 5 liter bahkan dapat mencapai 20 liter atau lebih dengan berat rata-rata 1100 gram.

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

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

2) Pengukuran Tinggi Fundus Uteri

Pengukuran TFU (tinggi fundus uteri) merupakan salah satu metode pengukuran yang dilakukan pada kehamilan trimester kedua dan ketiga, dengan cara mengukur perut ibu dari simfisis pubis hingga fundus uteri menggunakan pita ukur. Pengukuran TFU dengan menggunakan pita ukur ini pertama kali diperkenalkan di Amerika oleh Mc. Donald pada tahun 1906-1910, sehingga dikenal juga dengan sebutan ‘pengukuran Mc. Donald’. Selain metode ini, ada juga pengukuran lain yaitu teknik pengukuran Caliper. Teknik ini menggunakan jangka lengkung (Caliper), pengukuran dilakukan dengan meletakkan salah satu ujung Caliper di vagina ibu, sedangkan ujung yang lainnya di fundus. Karena pemeriksaan ini menimbulkan ketidaknyamanan pada ibu dan berisiko terjadinya infeksi, maka jarang digunakan.

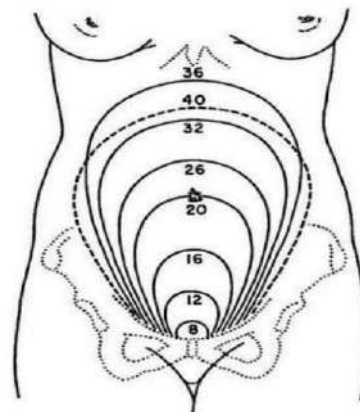
The American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) dan *The Public Health Service Expert Panel* (1989) melakukan advokasi untuk merekomendasikan pengukuran TFU dengan menggunakan pita ukur ini menjadi pemeriksaan rutin pada kunjungan prenatal. Pengukuran TFU ini didasarkan pada perubahan anatomi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

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

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

Sumber: Prawirohardjo (2009)

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



Gambar 1. TFU menurut usia kehamilan dalam minggu

Menurut Spiegelberd dengan jalan mengukur tinggi fundus uteri dari simfisis, maka diperoleh :

Tabel 4. Tabel Tinggi Fundus Uteri Menurut Spiegelberd

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

Sumber : Sari, Anggita dkk (2015)

3) Fungsi Pengukuran Tinggi Fundus Uteri

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

d. Taksiran Berat Janin

1) Defini

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

2) Tujuan

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

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

3) Cara Mengukur Taksiran Berat Janin

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

a) Pemeriksaan Ultrasonografi

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

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

b) Pengukuran Tinggi Fundus Uteri

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

c) Rumus Taksiran Berat Janin dengan Rumus Johnson Tausack

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

Rumus Johnson adalah sebagai berikut:

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

Keterangan:

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

e. Tanda Bahaya dalam Kehamilan

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

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

1) Perdarahan pervaginam

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

2) Sakit kepala yang hebat

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

3) Bengkak di wajah dan jari-jari tangan

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

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

4) Gerakan janin tidak terasa

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

5) Demam tinggi

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

6) Air ketuban keluar sebelum waktunya

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

f. Standar Pelayanan Antenatal

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

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

Standar kualitas yaitu pelayanan antenatal yang memenuhi 10T meliputi:

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

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

g. Konsep *Antenatal Care* (ANC)

Konsep *Antenatal Care* (ANC) terbaru menurut Kementerian Kesehatan (Kemenkes) Indonesia mengalami beberapa perubahan dalam upaya menurunkan angka kematian ibu (AKI) dan bayi.²³ Salah satu perubahan utama adalah bahwa pemeriksaan ANC sekarang diwajibkan dilakukan minimal 6 kali selama masa kehamilan, dengan dua kali di antaranya harus dilakukan oleh dokter dan menggunakan USG. Hal ini bertujuan untuk mendeteksi secara dini kemungkinan komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan.²⁴

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

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

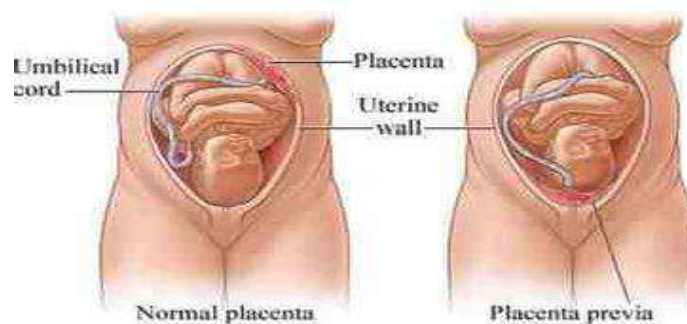
3. Plasenta Previa

a. Pengertian

Plasenta Previa adalah plasenta yang ada di depan jalan lahir (prae = di depan ; vias = jalan). Jadi yang dimaksud ialah plasenta yang implantasinya tidak normal, rendah sekali hingga menutupi seluruh atau sebagian ostium internum. Plasenta previa merupakan suatu keadaan dimana plasenta yang letaknya abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi seluruh atau sebagian pembukaan jalan lahir untuk bayi.²⁵

Secara sederhana, rahim berbentuk segitiga terbalik atau bisa juga dibayangkan seperti daun waru (clover) terbalik dengan tangkai di

bawah. Normalnya plasenta previa terletak di bagian fundus, biasanya agak ke kiri atau ke kanan sedikit, tetapi tidak sampai meluas ke bagian bawah apalagi menutupi jalan lahir. Patokan jalan lahir ini adalah ostium uteri internum (OUI) yaitu mulut rahim bila dilihat dari luar, dari arah vagina, disebut ostium uteri eksternum. Frekuensi plasenta previa meningkat pada grade multipara, primigravida tua, bekas seksio sesare, bekas aborsi, kelainan janin dan leiomioma uteri.



Gambar 2. Gambar Plasenta Previa

1) Klasifikasi Plasenta Previa

Klasifikasi plasenta previa ada 4 tingkatan yaitu²⁶:

a. Plasenta previa totalis atau komplit

Yaitu plasenta yang menutupi seluruh ostium uteri internum. Pada jenis ini, jelas tidak mungkin bayi dilahirkan secara normal, karena resiko perdarahan sangat hebat.

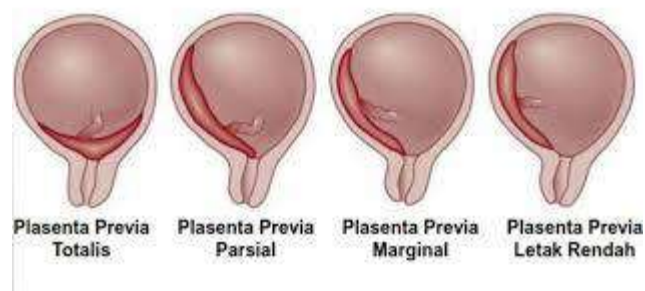
b. Plasenta previa parsialis

Yaitu plasenta yang menutupi sebagian ostium uteri internum. Pada jenis ini resiko perdarahan sangat besar, dan biasanya janin tetap tidak dilahirkan secara normal.

c. Plasenta previa marginalis

Yaitu plasenta yang tepinya berada pada pinggir ostium uteri internum. Hanya bagian tepi plasenta yang menutupi jalan lahir. Janin bisa dilahirkan secara normal, tetapi resiko perdarahan tetap besar.

Plasenta letak rendah, plasenta lateralis atau kadang disebut juga dengan dangerous placenta adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim sehingga tepi bawahnya berada pada jarak lebih kurang 2 cm dari ostium uteri internum. Jarak yang lebih dari 2 cm dianggap plasenta letak normal. Resiko perdarahan tetap ada namun tidak besar, dan janin bisa dilahirkan secara normal asal tetap berhati – hati.



Gambar 3. Gambar Klasifikasi Plasenta Previa

2) Faktor Penyebab Masalah

Penyebab plasenta previa secara pasti sulit ditentukan, tetapi ada beberapa faktor yang meningkatkan risiko terjadinya plasenta previa misalnya bekas operasi rahim (bekas sesar atau operasi mioma), sering mengalami infeksi rahim (radang panggul), kehamilan ganda, pernah mengalami plasenta previa, atau kelainan bawaan rahim. Plasenta previa meningkat kejadiannya pada keadaan – keadaan yang endometriumnya kurang baik, misalnya karena atrofi endometrium atau kurang baiknya vaskularisasi desidua.

Keadaan ini bisa ditemukan pada:

- a) Multipara, terutama jika jarak antara kehamilannya pendek
- b) Mioma uteri
- c) Koretasi yang berulang
- d) Bekas seksio caesarea
- e) Perubahan inflamasi atau atrofi, misalnya pada wanita perokok atau pemakai kokain. Hipoksemi yang terjadi akibat karbon monoksida akan dikompensasi dengan hipetrofi plasenta.

Keadaan endometrium yang kurang baik menyebabkan plasenta harus tumbuh menjadi luas untuk mencukupi kebutuhan janin. Plasenta yang tumbuh meluas akan mendekati atau menutupi ostium uteri internum. Endometrium yang kurang baik juga dapat menyebabkan zigot mencari tempat implantasi yang lebih baik, yaitu di tempat yang rendah dekat ostium uteri internum. Plasenta previa juga dapat terjadi pada plasenta yang besar dan yang luas, seperti pada eritroblastosis, diabetes mellitus atau kehamilan multipel.

3) Tanda dan Gejala

- a) Perdarahan pada vagina tanpa nyeri
- b) Perdarahan berulang
- c) Warna perdarahan merah segar
- d) Adanya anemi dan renjatan yang sesuai dengan keluarnya darah
- e) Timbulnya perlahan – lahan
- f) Waktunya terjadi pada saat hamil
- g) His biasanya tidak ada
- h) Rasa tidak tegang (biasa) pada saat palpasi
- i) Denyut jantung janin ada
- j) Teraba jaringan plasenta pada pemeriksaan dalam vagina
- k) Penurunan kepala tidak masuk pintu atas panggul
- l) Presentasi mungkin abnormal

Menurut FKUI (2020), tanda dan gejala plasenta previa diantaranya:

- a) Perdarahan tanpa sebab tanpa rasa nyeri dari biasanya dan berulang.
- b) Darah biasanya berwarna merah segar.
- c) Terjadi pada saat tidur atau saat melakukan aktivitas.
- d) Bagian terdepan janin tinggi (floating), sering dijumpai kelainan letak janin.

- e) Pendarhan pertama (first bleeding) biasanya tidak banyak dan tidak fatal, kecuali bila dilakukan periksa dalam sebelumnya. Tetapi perdarahan berikutnya (reccurent bleeding) biasanya lebih banyak.

4) Faktor risiko²⁵

- a) Wanita berumur lebih dari 35 tahun lebih beresiko
- b) Multiparitas apalagi bila jaraknya singkat. Secara teori plasenta yang baru berusaha mencari tempat selain bekas plasenta sebelumnya.
- c) Kehamilan kembar
- d) Adanya gangguan anatomis atau tumor pada rahim sehingga mempersempit permukaan bagi penempelan plasenta
- e) Adanya jaringan parut pada rahim oleh operasi sebelumnya. Dilaporkan tanpa jaringan parut beresiko 0,26 %. Setelah bedah sesar, bertambah berturut – turut menjadi 0,65 % setelah 1 kali, 1,8 % setelah 2 kali, 3 % setelah 3 kali, dan 10 % setelah 4 kali atau lebih
- f) Adanya endometriosis (adanya jaringan pada tempat yang bukan seharusnya, misalnya di indung telur) setelah kehamilan sebelumnya
- g) Riwayat plasenta previa sebelumnya, beresiko 12 kali lebih besar
- h) Adanya trauma pada saat kehamilan
- i) Kebiasaan tidak sehat seperti merokok dan minum alcohol
- j) Plasenta besar pada hamil ganda dan eritoblastosis atau hidrops fetalis
- k) Korpus luteum bereaksi lambat, dimana endometrium belum siap menerima hasil konsepsi.

5) Patofisiologi

Perdarahan antepartum akibat plasenta previa terjadi sejak kehamilan 20 minggu atau saat segmen bawah uterus telah terbentuk

dan mulai melebar serat menipis. Umumnya terjadi pada saat trimester ketiga karena segmen bawah uterus lebih banyak mengalami perubahan. Pelebaran segmen bawah uterus dan pembukaan serviks menyebabkan sinus uterus robek karena lepasnya plasenta dari dinding uterus atau karena perobekan sinus marginalis dari plasenta. Perdarahan tidak dapat dihindarkan karena ketidakmampuan serabut otot segmen bawah uterus untuk berkontraksi seperti pada plasenta letak normal.²⁷

6) Manfaat Klinis

- a) Anamnesis: adanya perdarahan pervaginaan berwarna merah segar tanpa rasa nyeri pada kehamilan lebih 20 minggu dan berlangsung tanpa sebab. Terutama pada multigravida
- b) Pemeriksaan luar: sering ditemukan kelainan letak. Bila letak kepala di atas maka kepala belum memasuki pintu atas panggul
- c) Inspekulo: adanya darah dari uteri eksternum
- d) USG untuk menentukan letak plasenta : penentuan letak plasenta secara langsung dengan perabaan langsung melalui kanalis servikalis, tetapi pemeriksaan ini sangat berbahaya karena dapat menyebabkan perdarahan yang banyak. Oleh karena itu cara ini hanya dilakukan di atas meja operasi.

7) Komplikasi

- a) Pada ibu dapat terjadi perdarahan hingga syok akibat perdarahan, anemia karena perdarahan, plasentitis dan endometritis pasca persalinan. Pada janin biasanya terjadi persalinaan premature dan komplikasinya seperti asfiksia berat.
- b) Perdarahan post partum dan syok, karena kurang kuatnya kontraksi segemen bawah rahim, infeksi dan trauma dan uterus serviks.
- c) Terjadinya infeksi
- d) Laserasi serviks
- e) Plasenta akreta

- f) Prematuritas atau lahir mati pada bayi
 - g) Prolaps tali pusat
 - h) Prolaps plasenta.
- 8) Pemeriksaan Penunjang
- a) USG
 - b) CT Scan
 - c) Pemeriksaan Hb, hematokrit, HCT, COT, Golongan darah
 - d) Pemeriksaan dalam pada saat akan dilakukan operasi
 - e) Pemeriksaan inspekulo
 - f) Penentuan letak plasenta secara tidak langsung dapat melalui :
radiografi, radio stop, ultrasonografi
- 9) Penatalaksanaan²⁵
- a) Konservatif kehamilan kurang 37 minggu, perdarahan tidak ada atau tidak banyak 9 Hb masih dalam batas normal . Tempat tinggal pasien dekat dengan RS (dapat menempuh perjalanan dalam waktu 1 menit).
Perawatan konservatif dapat berupa:
 1. Istirahat
 2. Memberikan hematinic dan spasmolitik untuk mengatasi anemia
 3. Memberikan antibiotik bila ada indikasi
 4. Pemeriksaan USG, Hb, dan hematokrit
 5. Bila selama 3 har tidak terjadi perdarahan setelah melakukan perawatan konservatif maka lakukan mobilisasi bertahap. Pasien dipulangkan bila tetap tidak ada perdarahan. Bila timbul perdarahan segera bawa ke RS dan tidak boleh melakukan senggama
 - b) Penanganan aktif bila: perdarahan banyak tanpa memandang usia kehamilan. Umur kehamilan 37 minggu atau lebih, anak mati.
Penanganan aktif berupa:

1. Persalinan pervaginaan
 2. Persalinan per abdominal
 3. Penderita dipersiapkan untuk pemeriksaan dalam di atas meja operasi (double set up) yakni dalam keadaan siap operasi. Bila pada pemeriksaan dalam didapatkan :
 - a. Plasenta previa marginalis
 - b. Plasenta previa letak rendah
 - c. Plasenta lateralis atau marginalis dimana janin mati dan serviks sudah matang, kepala sudah masuk pintu atas panggul dan tidak ada perdarahan atau hanya sedikit maka lakukan amniotomi yang diikuti dengan drips oksitosin pada partus pervaginaan, bila gagal drips (sesuai dengan protap terminasi kehamilan).
- c) Ekspektatif: dilakukan apabila janin masih kecil sehingga kemungkinan hidup di dunia luar baginya kecil sekali. Sikap ekspektatif tertentu hanya dapat dibenarkan jika keadaan ibu baik dan perdarahan sudah berhenti atau sedikit sekali. Dahulu ada anggapan bahwa kehamilan dengan plasenta previa harus segera di akhiri untuk menghindari perdarahan yang fatal. Namun, sekarang ternyata terapi menunggu dapat dibenarkan dengan alasan sebagai berikut :
1. Perdarahan pertama pada plasenta previa jarang fatal
 2. Untuk menurunkan kematian bayi karena prematuritas
- Syarat bagi terapi ekspektatif ialah bahwa keadaan ibu dan anak masih baik (Hb-nya normal) dan perdarahan tidak banyak. Penderita plasenta previa juga harus diberikan antibiotic mengingat kemungkinan terjadinya infeksi yang besar disebabkan oleh perdarahan dan tindakan – tindakan intra uterine. Jenis persalinan apa yang kita pilih untuk pengobatan plasenta previa dan kapan melaksanakannya bergantung pada faktor – faktor sebagai berikut :

1. Perdarahan yang banyak
2. Keadaan ibu dan anak
3. Besarnya pembukaan
4. Tingkat plasenta previa
5. Paritas

Perdarahan yang banyak, pembukaan yang kecil, multipara dan tingkat plasenta previa yang berat mendorong kita melakukan seksio sesare, sebaliknya perdarahan yang sedang atau sedikit, pembukaan yang besar, multiparitas dan tingkat plasenta previa yang ringan dan anak yang mati cenderung untuk dilahirkan pervaginaan. Perlu diperhatikan bahwa sebelum melakukan tindakan apapun pada penderita plasenta previa, harus selalu sedia darah yang cukup.

10) Kewenangan Bidan pada Kasus Plasenta Previa

Kewenangan bidan merupakan hak dan tanggung jawab yang diberikan kepada bidan untuk melaksanakan praktik kebidanan sesuai kompetensi, standar profesi, standar pelayanan profesi, dan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan, bidan berwenang memberikan pelayanan kesehatan ibu yang meliputi masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan, masa nifas, menyusui, serta pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana. Dalam pelaksanaannya, bidan wajib melakukan pelayanan sesuai lingkup kewenangan dan melakukan kolaborasi maupun rujukan apabila ditemukan kondisi patologis atau komplikasi yang memerlukan penanganan lebih lanjut oleh tenaga kesehatan lain.²⁸

Pada kasus plasenta previa, bidan memiliki peran penting dalam upaya promotif, preventif, deteksi dini, serta penanganan awal kegawatdaruratan obstetri. Bidan berwenang melakukan pengkajian secara menyeluruh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik,

pemantauan tanda vital ibu, pemantauan kesejahteraan janin, identifikasi faktor risiko, serta mengenali tanda dan gejala yang mengarah pada plasenta previa seperti perdarahan pervaginam tanpa nyeri pada trimester akhir kehamilan. Selain itu, bidan berwenang memberikan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) kepada ibu dan keluarga mengenai kondisi yang dialami, tanda bahaya kehamilan, pembatasan aktivitas, serta pentingnya persalinan di fasilitas kesehatan yang mampu menangani komplikasi obstetri.²⁹

Dalam kondisi plasenta previa yang telah terdiagnosis atau dicurigai kuat berdasarkan hasil pemeriksaan klinis dan ultrasonografi, bidan memiliki kewenangan untuk melakukan stabilisasi awal sesuai kebutuhan, melakukan pemantauan kondisi ibu dan janin, serta mempersiapkan sistem rujukan yang aman dan tepat waktu. Bidan juga berperan dalam melakukan kolaborasi dengan dokter spesialis obstetri dan ginekologi (Sp.OG), dokter umum, perawat, serta tenaga kesehatan lainnya guna menjamin kesinambungan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal.

Namun demikian, bidan tidak memiliki kewenangan untuk melakukan tindakan definitif pada kasus plasenta previa yang memerlukan penanganan operatif, seperti tindakan sectio caesarea maupun penatalaksanaan obstetri spesialisasi lainnya. Oleh karena itu, apabila ditemukan plasenta previa yang berpotensi menimbulkan komplikasi perdarahan atau memerlukan terminasi kehamilan melalui operasi, bidan wajib melakukan rujukan dan kolaborasi sesuai sistem rujukan maternal neonatal. Pelaksanaan kewenangan bidan yang sesuai standar diharapkan dapat meningkatkan keselamatan ibu dan janin serta mencegah terjadinya keterlambatan penanganan komplikasi obstetri.

4. Konsep Dasar Persalinan

a. Definisi

Definisi persalinan normal menurut WHO adalah persalinan yang dimulai secara spontan, berisiko rendah pada awal persalinan, dan tetap demikian selama proses persalinan. Bayi dilahirkan secara spontan dalam presentasi belakang kepala pada usia kehamilan antara 37 minggu sampai dengan 24 minggu lengkap. Setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam kondisi sehat.³⁰

Definisi persalinan menurut Helen Varney (2001) adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan aterm (bukan Prematur atau postmatur), mempunyai onset yang spontan (tidak diinduksi), tidak lebih dari 24 jam sejak saat awitanya (bukan partus presipitatus atau partus lama), mempunyai janin (tunggal) dengan presentasi vertex (puncak kepala) dan oksiput pada bagian anterior pelvis, terlaksana tanpa bantuan artificial (seperti Forceps), tidak mencakup komplikasi (seperti perdarahan hebat), dan mencakup kelahiran plasenta yang normal.³⁰

Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir kemudian berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau bukan jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) kemudian berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum masuk tahap inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks.³⁰

b. Jenis Persalinan

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

a) Persalinan Normal

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

b) Persalinan Abnormal

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

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

a) Persalinan spontan

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

b) Persalinan Buatan

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

c) Persalinan Anjuran

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

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

a) Abortus

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

b) Immaturus

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

c) Prematurus

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

d) Aterm

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

e) Serotinus/Postmatur

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

f) Presipitatus

Persalinan berlangsung kurang dari 3 jam.

c. Sebab Terjadinya Persalinan

1) Teori Penurunan Kadar Hormon Progesteron

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

Sebaliknya, estrogen mempunyai kecenderungan meningkatkan derajat kontraktilitas uterus. Baik progesteron maupun estrogen disekresikan dalam jumlah yang secara progresif makin bertambah selama kehamilan. Namun saat kehamilan mulai masuk usia 7 bulan dan seterusnya, sekresi estrogen terus meningkat, sedangkan sekresi progesterone tetap konstan atau mungkin sedikit menurun sehingga terjadi kontraksi brakton hicks saat akhir kehamilan yang selanjutnya bertindak sebagai kontraksi persalinan.³⁰

2) Teori Oksitosin

Menjelang persalinan terjadi peningkatan reseptor oksitosin dalam otot rahim sehingga mudah terangsang saat disuntikkan oksitosin dan menimbulkan kontraksi, diduga bahwa oksitosin dapat menimbulkan pembentukan prostaglandin dan persalinan dapat berlangsung.³⁰

3) Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh deciduas menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi, baik dalam air ketuban maupun darah perifer ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan.³⁰

4) Teori Plasenta Menjadi Tua

Plasenta yang menjadi tua seiring bertambahnya usia kehamilan menyebabkan kadar estrogen dan progesteron turun. Hal ini juga mengakibatkan kejang pada pembuluh darah sehingga akan menimbulkan kontraksi.³⁰

5) Distensi Rahim

Seperti halnya kandung kemih yang bila dindingnya meregang karena isinya, demikian pula dengan rahim. Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan maka otot-otot rahim akan semakin meregang. Rahim yang membesar dan meregang menyebabkan iskemi otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenta kemudian timbul kontraksi.³⁰

6) Teori Iritasi Mekanik

Dibelakang serviks terletak ganglion servikale (Fleksus Franker Hauser). Bila ganglion ini digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin maka akan timbul kontraksi.³⁰

7) Pengaruh Janin

Hypofise dan kelenjar suprarenal janin juga memegang peranan dalam terjadinya persalinan pada janin anancepalus kehamilan lebih lama dari biasanya.³⁰

d. Tahapan-tahapan Persalinan

1) Kala I

Kala I disebut juga dengan kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0 sampai dengan pembukaan lengkap (10 cm). Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga pasien masih dapat berjalan-jalan.³⁰ Proses pembukaan serviks sebagai akibat his dibedakan menjadi dua fase, yaitu:

a) Fase laten

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

b) Fase aktif

1. Fase Akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3cm menjadi 4cm.

2. Fase Dilatasi Maksimal

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

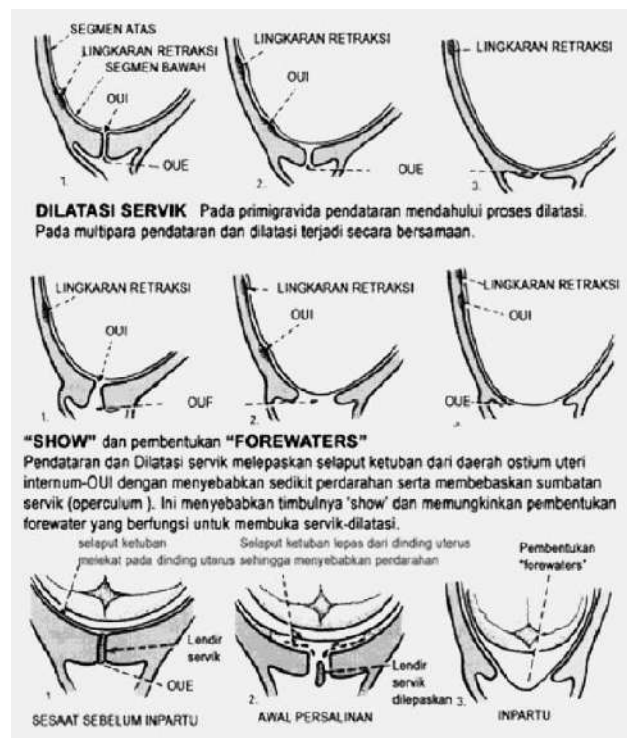
3. Fase Dilatasi

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

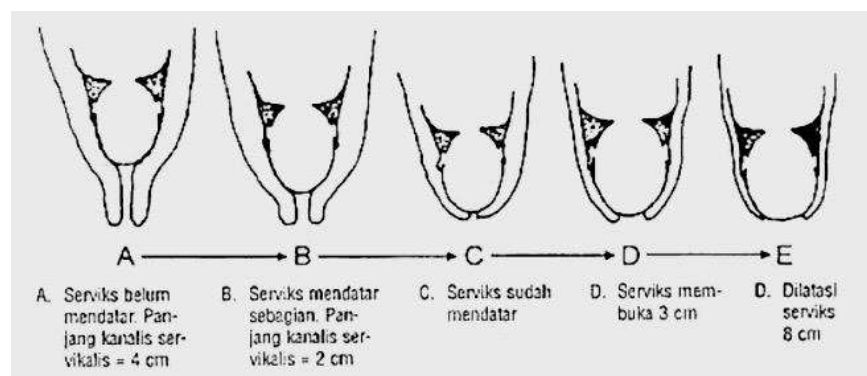
Di dalam fase aktif ini, frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap, biasanya terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih. Biasanya dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi kecepatan rata-rata yaitu 1 cm per jam untuk primigravida dan 2 cm untuk multigravida. Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida begitu pula pada multigravida, tetapi pada fase laten, fase aktif,

dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Mekanisme pembukaan serviks berbeda antara primi atau multigravida.³⁰

Pada primigravida, OUI membuka lebih dulu sehingga serviks akan mendatar dan menipis, baru kemudian OUE membuka, pada multigravida OUI dan OUE akan mengalami penipisan dan pendataran yang bersamaan. Kala I selesai apabila pembukaan serviks sudah lengkap. Pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 12 jam, sedangkan pada multigravida kira-kira 7 jam.³⁰



Gambar 4. Dilatasi Serviks

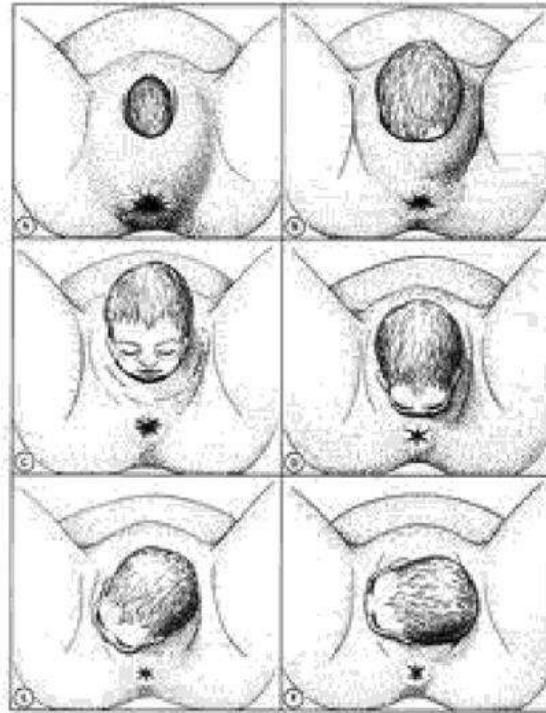


Gambar 5. Mekanisme Pembukaan Serviks

2) Kala II

Kala II disebut juga dengan kala pengeluaran, kala ini dimulai dari pembukaan lengkap (10cm) sampai bayi lahir.³⁰ Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida, gejala utama dari kala II adalah:

- a) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- b) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- c) Ketuban pecah pada pembukaan merupakan pendeteksi lengkap diikuti keinginan mengejan karena fleksus frankenhauser tertekan.
- d) Kedua kekuatan, his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga kepala bayi membuka pintu, subocciput bertindak sebagai hipomoglion berturut-turut lahir dari dahi, muka, dagu yang melewati perineum.
- e) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
- f) Setelah putar paksi luar berlangsung maka persalinan bayi ditolong dengan jalan:
 1. Kepala dipegang pada oksiput dan di bawah dagu, ditarik ke bawah untuk melahirkan bahu belakang.
 2. Setelah kedua bahu lahir, ketiak diikat untuk melahirkan sisa badan bayi.
 3. Bayi kemudian lahir diikuti oleh air ketuban.



Gambar 6. Kala II Persalinan

3) Kala III

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

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

Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara crede pada fundus uteri. Biasanya plasenta lepas dalam 6

sampai 15 menit setelah bayi lahir. Lepasnya plasenta secara Schultze, biasanya tidak ada pendarahan sebelum plasenta lahir dan banyak mengeluarkan darah setelah plasenta lahir, sedangkan cara Duncan yaitu plasenta lepas dari pinggir, biasanya darah mengalir keluar antara selaput ketuban.³⁰

4) Kala IV

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

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

e. Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya. Hal ini dilakukan melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap, serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal.³⁰

Fokus utama asuhan persalinan normal telah mengalami pergeseran paradigma. Dahulu fokus utamanya adalah menunggu dan menangani komplikasi, namun sekarang fokus utamanya adalah mencegah terjadinya komplikasi selama persalinan dan setelah bayi lahir. Fokus tersebut adalah untuk mengurangi kesakitan dan kematian ibu serta bayi baru lahir.³⁰

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

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

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

f. Lima Benang Merah Asuhan Persalinan

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

yang dijadikan dasar asuhan persalinan yang bersih dan aman adalah:³⁰

1) Pengambilan Keputusan Klinik

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

2) Aspek Sayang Ibu yang Berarti Sayang Bayi

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

- a) Suami, saudara atau keluarga lainnya harus diperkenankan untuk mendampingi ibu selama proses persalinan bila ibu menginginkannya.
- b) Standar untuk persalinan yang bersih harus selalu dipertahankan.
- c) Kontak segera antara ibu dan bayi serta pemberian air susu ibu harus dianjurkan untuk dikerjakan.
- d) Penolong persalinan harus bersikap sopan dan penuh pengertian.
- e) Penolong persalinan harus menerangkan pada ibu maupun keluarga mengenai seluruh proses persalinan.
- f) Penolong persalinan harus mau mendengarkan dan memberi jawaban atas keluhan maupun kebutuhan ibu.

- g) Penolong persalinan harus cukup mempunyai fleksibilitas dalam menentukan pilihan mengenai hal-hal yang biasa dilakukan selama proses persalinan maupun pemilihan posisi saat melahirkan.
 - h) Tindakan-tindakan yang secara tradisional sering dilakukan dan sudah terbukti tidak berbahaya harus diperbolehkan bila harus dilakukan.
 - i) Ibu harus diberi privasi bila ibu menginginkan.
 - j) Tindakan-tindakan medis yang rutin dikerjakan dan ternyata tidak perlu dan harus dihindari (episiotomy, pencukuran, dan klisma).
- 3) Aspek pencegahan Infeksi
- Cara efektif untuk mencegah penyebaran penyakit antarorang dan/atau dari peralatan atau sarana kesehatan ke seseorang dapat dilakukan dengan meletakkan penghalang di antara mikroorganisme dan individu (klien atau petugas kesehatan). Penghalang ini dapat berupa proses secara fisik, mekanik, ataupun kimia yang meliputi:
- a) Cuci tangan
 - b) Memakai sarung tangan
 - c) Penggunaan cairan antiseptik
 - d) Premosesan alat bekas
- 4) Aspek Pencatatan (Dokumentasi)
- Dokumentasi dalam manajemen kebidanan merupakan bagian yang sangat penting. Hal ini dikarenakan:
- a) Dokumentasi menyediakan catatan permanen tentang manajemen pasien.
 - b) Memungkinkan terjadinya pertukaran informasi di antara petugas kesehatan.

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

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

5) Aspek Rujukan

Jika ditemukan suatu masalah dalam persalinan, sering kali sulit untuk melakukan upaya rujukan dengan cepat, hal ini karena banyak faktor yang memengaruhi. Penundaan dalam membuat keputusan dan pengiriman ibu ke tempat rujukan akan menyebabkan keputusan dan pengiriman ibu ke tempat tertunda dan ibu tidak mendapatkan penatalaksanaan yang memadai sehingga akhirnya dapat menyebabkan tingginya angka kematian ibu. Rujukan tepat waktu merupakan bagian dari asuhan sayang ibu dan

menunjang terwujudnya program Safe Motherhood. Singkatan BAKSOKUDA (bidan, alat, keluarga, surat, obat, kendaraan, uang, darah) dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi.

g. Tanda-tanda Persalinan

1) Tanda bahwa persalinan sudah dekat

a) Lightening

Menjelang minggu ke-36, tanda pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh kontraksi Barkton Hiks, ketegangan dinding perut, ketegangan ligamentum rotundum, dan gaya berat janin di mana kepala ke arah bawah. Masuknya bayi ke pintu atas panggul menyebabkan ibu merasakan:³⁰

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

b) Terjadinya his permulaan

Makin tua kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesterone juga makin berkurang sehingga produksi oksitosin meningkat, dengan demikian dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering. His permulaan ini lebih sering distilahkan sebagai his palsu. Sifat his palsu, antara lain:³⁰

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

2) Tanda-tanda timbulnya persalinan

a) Terjadinya his persalinan

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

Kondisi ini juga menyebabkan adanya intensitas kontraksi yang maksimal di antara dua kontraksi, irama teratur dan frekuensi yang kian sering, lama his berkisar 45-60 detik. Pengaruh his dapat menimbulkan dinding menjadi tebal pada korpus uteri, isthmus uterus menjadi teregang dan menipis, kanalis servikalis mengalami effacement dan pembukaan. His persalinan memiliki ciri-ciri sebagai berikut:³⁰

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

b) Keluarnya lendir bercampur darah perbagian (show)

Lendir berasal dari pembukaan, yang menyebabkan lepasnya lendir berasal dari kanalis servikalis. Dengan pengeluaran darah disebabkan robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka.³⁰

c) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya

Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun, apabila tidak tercapai maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum atau section caesaria.³⁰

d) Dilatasi dan effacement

Dilatasi adalah terbukanya kanalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. Effacement adalah pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semula panjangnya 1-2 cm menjadi hilang sama sekali sehingga hanya tinggal ostium yang tipis, seperti kertas.³⁰

h. Persalinan *Sectio Caesarea* (SC)

1) Pengertian

SC merupakan tindakan pembedahan untuk melahirkan janin dengan cara membuat sayatan untuk membuka dinding perut dan dinding uterus atau suatu histerotomi untuk mengeluarkan janin yang berada di dalam rahim ibu. SC elektif merupakan SC terjadwal, sedangkan SC emergensi adalah SC yang dilakukan karena adanya komplikasi obstetri sehingga harus segera dilakukan tindakan SC. Berbagai persiapan yang harus dilakukan terhadap pasien sebelum dilakukan tindakan operasi yaitu pemasangan infus, berpuasa selama delapan jam, pencukuran daerah operasi, pemasangan kateter, anestesi, pemberian obat-obatan, dan pengecekan status kesehatan fisik secara umum.

2) Indikasi

Indikasi persalinaan SC yang di sebabkan oleh faktor ibu meliputi umur berisiko, riwayat SC, partus tak maju, *posdate*, induksi gagal, kelainan ketuban (KPD, air ketuban keruh

oligohidramnion, polihidramnion), penyakit ibu (preeklampsia/ preeklampsia berat/ eklampsia, asma ,anemia), gawat janin.

3) Tahapan Mobilisasi

Mobilisasi dini adalah pergerakan yang dilakukan sedini mungkin di tempat tidur dengan melatih bagian-bagian tubuh untuk melakukan peregangan yang berguna untuk membantu penyembuhan luka pada ibu post SC. Adapun tahap mobilisasi pada pasien post SC adalah sebagai berikut:

- a) Pada 6 jam pertama pasien harus bisa menggerakkan anggota tubuhnya di tempat tidur (seperti belajar untuk menggerakkan jari, tangan dan menekuk lutut)
- b) Kemudian setelah 6-10 jam, pasien diharuskan bisa miring ke kiri dan ke kanan
- c) Jika sudah 24 jam, pasien dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk. Lalu dianjurkan untuk belajar berjalan.

4) Perawatan Luka Post SC

Proses persalinan spontan ataupun SC pasti akan meninggalkan luka. Luka bekas SC biasanya mulai mengering dan menyambung sempurna dalam waktu satu minggu, namun rasa nyeri di bekas sayatan mungkin masih ibu rasakan sampai satu bulan pasca operasi.⁵³ Memberikan penjelasan kepada ibu bahwa nyeri pada post SC adalah hal yang wajar karena luka sedang mengalami perubahan struktur ke bentuk semula, tapi apabila terdapat rembesan cairan pada luka jahitan harus segera ditangani.⁵⁴ Penurunan rasa nyeri dapat terjadi ketika seseorang melakukan teknik relaksasi genggam jari untuk mengendalikan nyeri yang dirasakan, tubuh akan meningkatkan komponen saraf parasimpatik secara stimulan, maka ini menyebabkan terjadinya peningkatan kadar hormon adrenalin dalam tubuh yang mempengaruhi tingkat stress hingga dapat meningkatkan konsentrasi tubuh, mempermudah mengatur ritme pernafasan, memberi rasa tenang yang mampu mengatasi nyeri.^{55,56}

Jahitan luka bekas SC ditutupi oleh kasa dan pergantian perban pada hari ke-3 kecuali jika ada indikasi sebelum hari ketiga seperti terdapat darah atau basah, maka perban harus di bersihkan dan diganti. Luka harus di jaga tetap kering dan bersih, tidak boleh terdapat tanda infeksi. Waktu normal untuk penyembuhan luka post SC ini adalah kurang lebih 3 minggu sampai 4 minggu, namun hal ini masih bisa saja lebih.⁵⁷

4. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang berusia 0-28 hari. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan

4000 gram, bayi segera menangis, bergerak aktif kulit kemerahan, mengisap ASI dengan baik, tidak ada cacat bawaan.³¹

Bayi baru lahir merupakan masa transisi dari suatu sistem yang teratur dan sebagian besar tergantung pada organ-organ ibunya, ke suatu sistem yang tergantung kemampuan genetik dan mekanisme homeostatik bayi itu sendiri. Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan oleh paparan atau kontaminasi mikroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Bayi baru lahir harus mendapat ASI dalam waktu satu jam setelah lahir. Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan mencoba segera menyusukan bayi setelah tali pusat diklem dan dipotong.³²

b. Klasifikasi Neonatus³¹

1) Neonatus menurut masa gestasinya

- a) Kurang bulan (*preterm infant*): < 259 hari (37 minggu)
- b) Cukup bulan (*term infant*): 259-294 hari (37-42 minggu)
- c) Lebih bulan (*postterm infant*): > 294 hari (42 minggu atau lebih)

2) Neonatus menurut berat lahir

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

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

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

c. Penanganan Bayi Baru Lahir

1) Pemotongan dan Pengikatan Tali Pusat

Setelah penilaian sepiantas dan tidak ada tanda asfiksia pada bayi, dilakukan manajemen bayi baru lahir normal dengan mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, kemudian bayi diletakkan di atas dada atau perut ibu. Setelah pemberian oksitosin pada ibu, lakukan pemotongan tali pusat dengan satu tangan melindungi perut bayi. Perawatan tali pusat adalah dengan tidak membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apa pun pada tali pusat. Perawatan rutin untuk tali pusat adalah selalu cuci tangan sebelum memegangnya, menjaga tali pusat tetap kering dan terpapar udara, membersihkan dengan air, menghindari dengan alkohol karena menghambat pelepasan tali pusat, dan melipat popok di bawah umbilicus.³³

2) Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu 10 untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusui. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusui pertama biasanya berlangsung pada menit ke-45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusui dari satu payudara.³²

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.³²

4) Pemberian salep mata

Pemberian salep atau tetes mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis (tetrasiklin 1%, oxytetrasiklin 1% atau 11 antibiotika lain). Pemberian salep atau tetes mata harus tepat 1 jam setelah kelahiran. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari 1 jam setelah kelahiran.³²

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.³²

6) Pemberian imunisasi hepatitis B

Pemberian imunisasi Hepatitis B (HB0) dosis tunggal di paha kanan Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam di paha kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati.³²

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.³²

8) Pemberian ASI Eksklusif

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

eksklusif mempunyai dasar hukum yang diatur dalam SK Menkes Nomor 450/Menkes/SK/IV/2004 tentang pemberian ASI Eksklusif pada bayi 0-6 bulan. Setiap bayi mempunyai hak untuk dipenuhi kebutuhan dasarnya seperti Inisiasi Menyusu Dini (IMD), ASI Eksklusif, dan imunisasi serta pengamanan dan perlindungan bayi baru lahir dari upaya penculikan dan perdagangan bayi.³²

d. Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesetan kepada neonatus sedikitnya tiga kali yaitu:³⁴

- 1) Kunjungan neonatal I (KN I) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir:
 - a) Mempertahankan suhu tubuh bayi
 - b) Pemeriksaan fisik bayi
 - c) Dilakukan pemeriksaan fisik: telinga, mata, hidung, leher, dada
 - d) Konseling: jaga kehangatan, pemberian asi sulit, kesulitan bernafas, warna kulit abnormal
- 2) Kunjungan neonatal II (KN II) pada hari ke 3 s/d 7 hari
 - a) Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering
 - b) Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, dan diare
 - c) Memberikan asi bayi disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam
 - d) Menjaga suhu tubuh bayi
 - e) Menjaga kehangatan bayi
 - f) Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan asi eksklusif, pencegahan hipotermi, dan perawatan bayi baru lahir di rumah dengan menggunakan buku KIA
 - g) Diberitahukan teknik menyusui yang benar
- 3) Kunjungan neonatal III (KN 3) pada hari ke 8-28 hari

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

- a) Pemeriksaan fisik
 - b) Menjaga kebersihan bayi
 - c) Memberitahukan ibu tentang tanda-tanda bahaya bayi baru lahir
 - d) Memberikan asi minimal 10-15 kali dalam 24 jam
 - e) Menjaga kehangatan bayi
 - f) Menjaga suhu tubuh bayi
 - g) Memberitahu ibu tentang imunisasi BCG
- e. Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) untuk Bayi Sehat

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

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

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

atau FKRTL), sebagai bagian dari pelayanan neonatal esensial. Apabila hasil dari skrining positif maka bayi harus segera diberikan tatalaksana agar terhindar dari kecacatan, gangguan tumbuh kembang, keterbelakangan mental dan kognitif.³⁵

5. Konsep Dasar Masa Nifas dan Menyusui

a. Definisi

Masa nifas berasal dari bahasa latin dari kata puer yang artinya bayi, dan paros artinya melahirkan yang berarti masa pulihnya kembali, mulai dari persalinan sampai organ-organ reproduksi kembali seperti sebelum kehamilan.³⁶

Masa nifas atau masa puerperium merupakan periode yang akan dilalui oleh ibu setelah masa persalinan, yang dimulai dari setelah kelahiran bayi dan plasenta, yakni setelah berakhirnya kala IV dalam persalinan dan berakhir sampai dengan 6 minggu (42 hari) yang ditandai dengan berhentinya perdarahan.³⁷

b. Tahapan Masa Nifas

Beberapa tahapan masa nifas adalah sebagai berikut :

1) Puerperium dini

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

2) Puerperium intermediate

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

3) Puerperium remote

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

ringannya komplikasi yang dialami selama hamil atau persalinan.

c. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Ibu dalam masa nifas mengalami perubahan fisiologis. Setelah keluarnya plasenta, kadar sirkulasi hormon HCG (human chorionic gonadotropin), human plasental lactogen, estrogen dan progesteron menurun. Human plasental lactogen akan menghilang dari peredaran darah ibu dalam 2 hari dan HCG dalam 2 minggu setelah melahirkan. Kadar estrogen dan progesteron hampir sama dengan kadar yang ditemukan pada fase follikuler dari siklus menstruasi berturut-turut sekitar 3 dan 7 hari. Penarikan polipeptida dan hormon steroid ini mengubah fungsi seluruh sistem sehingga efek kehamilan berbalik dan wanita dianggap sedang tidak hamil.³⁸

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

1) Perubahan sistem reproduksi

a) Pengerutan uterus (involusi uteri)

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

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

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

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

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

b) Involusi tempat implantasi plasenta

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

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

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

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

c) Perubahan ligamen

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

d) Perubahan pada serviks

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

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

e) Lochea

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

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

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

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

1. Lochea rubra/merah

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

2. Lochea sanguinolenta

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

3. Lochea serosa

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

4. Lochea alba

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

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

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

2) Perubahan pada vulva, vagina dan perineum

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

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

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

3) Perubahan sistem pencernaan

a) Nafsu makan

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

b) Motilitas

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

c) Pengosongan usus

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

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

4) Perubahan sistem perkemihan

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

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

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

5) Perubahan sistem muskuluskeletal

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

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

6) Perubahan sistem endokrin

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

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

7) Perubahan tanda-tanda vital

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

8) Perubahan sistem kardiovaskular

a) Volume darah

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

b) Curah jantung

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

9) Perubahan sistem hematologi

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

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

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

d. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Minggu-minggu pertama masa nifas merupakan masa rentan bagi seorang ibu. Pada saat yang sama, ibu baru (primipara) mungkin frustrasi karena merasa tidak kompeten dalam merawat bayi dan tidak mampu mengontrol situasi. Semua wanita akan mengalami perubahan ini, namun penanganan atau mekanisme koping yang dilakukan dari setiap wanita untuk mengatasinya pasti akan berbeda. Hal ini dipengaruhi oleh pola asuh dalam keluarga dimana wanita tersebut dibesarkan, lingkungan, adat istiadat setempat, suku, bangsa, pendidikan serta pengalaman yang didapat.³⁹

1) Adaptasi psikologis ibu masa nifas

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

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

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

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

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

a) Fase taking in

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

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

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

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

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

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

b) Fase taking hold

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

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

c) Fase letting go

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

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

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

e. Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

Periode postpartum adalah waktu penyembuhan dan perubahan yaitu waktu kembali pada sebagaimana keadaan tidak hamil. Dalam masa nifas, alat-alat genitalia interna maupun eksterna akan berangsur-angsur pulih seperti pada keadaan sebelum hamil. Untuk membantu mempercepat proses penyembuhan pada masa nifas, maka ibu nifas membutuhkan diet yang cukup kalori dan protein, membutuhkan istirahat yang cukup dan sebagainya.⁴⁰ Kebutuhan-kebutuhan yang dibutuhkan ibu nifas antara lain sebagai berikut:

1) Nutrisi dan cairan

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

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

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

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

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

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

2) Ambulasi dini

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

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

Perawatan mobilisasi dini mempunyai keuntungan, yaitu:

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

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

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

3) Eliminasi BAK/BAB

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

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

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

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

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

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

4) Kebersihan diri/perineum

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

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

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

Langkah-langkah penanganan kebersihan diri adalah sebagai berikut:

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

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

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

6) Seksual

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

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

7) Keluarga berencana

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

f. Komplikasi dan Penyakit dalam Masa Nifas

Komplikasi dan penyakit yang terjadi pada ibu masa nifas yaitu:

1) Infeksi nifas

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

2) Infeksi saluran kemih

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

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

3) Metritis

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

4) Bendungan payudara

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

5) Infeksi payudara

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

6) Abses payudara

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

7) Abses pelvis

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

8) Peritonitis

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

9) Infeksi luka perineum dan luka abdominal

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

10) Perdarahan pervaginam

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

g. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

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

Tabel 5. Kunjungan Masa Nifas

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

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

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

6. Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Definisi Kontrasepsi

Kontrasepsi merupakan berbagai macam alat atau metode yang digunakan oleh satu pihak atau kedua belah pihak untuk menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel sperma dan sel telur (ovum) yang sudah matang.⁴¹ Kontrasepsi berasal dari kata kontra, berarti “mencegah” atau “melawan” dan konsepsi yang berarti pertemuan sel telur yang matang dan sel sperma yang mengakibatkan kehamilan. Kontrasepsi adalah menghindari terjadinya kehamilan akibat pertemuan sel telur matang (ovum) dengan sel sperma yang telah dibuahi.⁴²

Program keluarga berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. Kontrasepsi merupakan komponen penting dalam pelayanan Kesehatan reproduksi sehingga dapat mengurangi risiko kematian dan kesakitan selama kehamilan.⁴² Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan. Upaya yang dilakukan dalam pelayanan kontrasepsi dapat bersifat sementara maupun bersifat permanen.⁴³

b. Pelayanan Kontrasepsi

Pelayanan kontrasepsi adalah pemberian atau pemasangan kontrasepsi maupun tindakan-tindakan lain yang berkaitan kontrasepsi kepada calon dan peserta Keluarga Berencana yang

dilakukan dalam fasilitas pelayanan KB. Penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi dilakukan dengan cara yang dapat dipertanggungjawabkan dari segi agama, norma 6 budaya, etika, serta segi kesehatan.⁴⁴

Pelayanan kontrasepsi merupakan komponen utama program KB dengan fungsi memberikan layanan konseling dan pemakaian kontrasepsi. Pelayanan Kontrasepsi dilakukan secara berkesinambungan mulai dari Pra pelayanan, Pelayanan Kontraspesi dan Pasca Pelayanan. Pada saat pra pelayanan dilakukan: pemberian komunikasi, informasi dan edukasi, pelayanan konseling, penapisan kelayakan medis dan permintaan persetujuan tindakan tenaga Kesehatan.⁴⁵

Konseling yang diberikan meliputi manfaat, kesesuaian alat kontrasepsi, kemungkinan gejala samping dan cara-cara mengatasi, dan alternatif pilihan alat kontrasepsi. Pelayanan kontrasepsi perlu dibarengi dengan pelayanan konseling. Prinsip konseling membuat ibu mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan kebutuhan kesehatan mereka. Pilihan alat kontrasepsi termasuk metode kontrasepsi jangka panjang: Metode Operatif Pria (MOP) atau Metode Operatif Wanita (MOW) sebagai sterilisasi, Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR), Implan; dan metode kontrasepsi jangka pendek: Pil, Suntikan, dan alat/cara kontrasepsi lain.⁴⁵

Pelayanan Kontrasepsi adalah Pemberian kondom, pil, suntik, pemasangan atau pencabutan implant, pemasangan atau pencabutan AKDR, pelayanan tubektomi, pelayanan vasektomi. Pelayanan kontrasepsi dapat dilakukan pada: Masa Interval, Pasca Persalinan, Pasca Keguguran dan Pelayanan kontrasepsi darurat. Pascapelayanan Kontrasepsi meliputi Pemberian konseling dan Pelayanan medis/rujukan apabila di perlukan setelah dilakukan pelayanan kontrasepsi.⁴⁵

c. Standarisasi Pelayanan Kontrasepsi

Langkah-langkah dalam pelayanan kontrasepsi dilakukan meliputi:

1) Pra Pelayanan

a) Komunikasi, Informasi dan Edukasi

(1) Pelayanan KIE dilakukan di lapangan oleh tenaga penyuluh KB/PLKB dan kader serta tenaga kesehatan. Pelayanan KIE dapat dilakukan secara berkelompok ataupun perorangan.

(2) Tujuan untuk memberikan pengetahuan, mengubah sikap dan perilaku terhadap perencanaan keluarga baik untuk menunda, menjarangkan/membatasi kelahiran melalui penggunaan kontrasepsi.

(3) KIE dapat dilakukan melalui pertemuan, kunjungan rumah dengan menggunakan/memanfaatkan media antara lain media cetak, media sosial, media elektronik, Mobil Unit Penerangan (MUPEN), dan Public Service Announcement (PSA).

(4) Penyampaian materi KIE disesuaikan dengan kearifan dan budaya lokal.⁴⁶

b) Konseling

Konseling dilakukan untuk memberikan berbagai masukan dalam metode kontrasepsi dan hal-hal yang dianggap perlu untuk diperhatikan dalam metode kontrasepsi yang menjadi pilihan klien berdasarkan tujuan reproduksinya. Tindakan konseling ini disebut sebagai *informed choice*.⁴⁶

c) Penapisan

Penapisan klien merupakan upaya untuk melakukan kajian tentang kondisi kesehatan klien dengan menggunakan alat bantu berupa diagram lingkaran Kriteria Kelayakan Medis Kontrasepsi (Roda 19 KLOP). Kondisi kesehatan dan

karakteristik individu akan menentukan pilihan metode kontrasepsi yang diinginkan dan tepat untuk klien. Tujuan utama penapisan klien adalah:⁴⁶

- (1) Ada atau tidak adanya kehamilan.
- (2) Menentukan keadaan yang membutuhkan perhatian khusus misalnya menyusui atau tidak menyusui pada pengguna KB pasca persalinan.
- (3) Menentukan masalah kesehatan yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut misalnya klien dengan HIV.

Klien tidak selalu memberikan informasi yang benar tentang kondisi kesehatannya, sehingga petugas kesehatan harus mengetahui bagaimana keadaan klien sebenarnya, bila diperlukan petugas dapat mengulangi pertanyaan yang berbeda. Perlu juga diperhitungkan masalah sosial, budaya atau agama yang mungkin berpengaruh terhadap respon klien tersebut termasuk pasangannya. Untuk sebagian besar klien bisa diselesaikan dengan cara anamnesis terarah, sehingga masalah utama dikenali atau kemungkinan hamil dapat dicegah. Beberapa metode kontrasepsi tidak membutuhkan pemeriksaan fisik maupun pemeriksaan panggul, kecuali AKDR, tubektomi, dan vasektomi dan pemeriksaan laboratorium untuk klien dilakukan apabila terdapat indikasi medis.⁴⁶

d) Persetujuan

Tindakan Tenaga Kesehatan Persetujuan tindakan tenaga kesehatan merupakan persetujuan tindakan yang menyatakan kesediaan dan kesiapan klien untuk ber-KB. Persetujuan tindakan medis secara tertulis diberikan untuk pelayanan kontrasepsi seperti suntik KB, AKDR, implan, tubektomi dan vasektomi, sedangkan untuk metode

kontrasepsi pil dan kondom dapat diberikan persetujuan tindakan medis secara lisan. Setiap pelayanan kontrasepsi harus memperhatikan hak-hak reproduksi individu dan pasangannya, sehingga harus diawali dengan pemberian informasi yang lengkap, jujur dan benar tentang metode kontrasepsi yang akan digunakan oleh klien tersebut.⁴⁶ Penjelasan persetujuan tindakan tenaga kesehatan sekurangkurangnya mencakup beberapa hal berikut:

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

2) Pelayanan Kontrasepsi

Menurut waktu pelaksanaannya, pelayanan kontrasepsi dilakukan pada:

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

Tindakan pemberian pelayanan kontrasepsi meliputi pemasangan atau pencabutan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR), pemasangan atau pencabutan Implan, pemberian Suntik, Pil, Kondom, pelayanan Tubektomi dan Vasektomi serta pemberian konseling Metode Amenore Laktasi (MAL).⁴⁶

3) Pasca Pelayanan Kontrasepsi

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

mengetahui berbagai efek samping dan komplikasi yang mungkin terjadi. Klien diharapkan juga dapat membedakan masalah yang dapat ditangani sendiri di rumah dan efek samping atau komplikasi yang harus mendapat pelayanan medis. Pemberian informasi yang baik akan membuat klien lebih memahami tentang metode kontrasepsi pilihannya dan konsisten dalam penggunaannya.⁴⁶

d. Metode Kontrasepsi

1) Pengklasifikasian Metode Kontrasepsi

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

Tabel Pengklasifikasian Metode Kontrasepsi

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

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

Pemahaman yang jelas dan transparan diperlukan untuk klasifikasi Metode Kontrasepsi Modern/Tradisional yang umum

digunakan. Departemen Kesehatan Reproduksi dan Riset dari Organisasi Kesehatan Dunia (The World Health Organization Department of Reproductive Health and Research) dan United States Agency for International Development (USAID) mengadakan konsultasi teknis pada bulan Januari 2015 untuk mengatasi masalah yang berkaitan dengan klasifikasi Metode Kontrasepsi Modern/Tradisional. Dalam konsultasi tersebut disepakati bahwa Metode Kontrasepsi Modern harus memiliki karakteristik sebagai berikut: dasar yang kuat dalam biologi reproduksi, protokol yang tepat untuk penggunaan yang benar dan data yang ada menunjukkan bahwa metode tersebut telah diuji dalam studi yang dirancang dengan tepat untuk menilai kemanjuran dalam berbagai kondisi. Dengan karakteristik ini, metode kontrasepsi baru ketika mereka datang di pasar umumnya akan dimasukkan sebagai modern. Semua inovasi kontrasepsi baru harus diuji terhadap kriteria ini untuk didefinisikan sebagai "modern".

2) Efektivitas Kontrasepsi

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

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

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

3) Macam-macam Metode Kontrasepsi

Macam-macam metode kontrasepsi dibagi atas antara lain.^{47,48}

a) Metode Tradisional

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

b) Metode Alamiah tanpa alat

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

c) Metode Alamiah dengan alat (Metode Barrier)

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

d) Metode Modern

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

e) Metode Mantap

(1) Kontrasepsi mantap pada wanita

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

(2) Kontrasepsi mantap pada pria

Medis Operatif Pria (MOP), penyumbatan vas deferens secara mekanis dan penyumbatan vas deferens secara kimiawi.⁴⁷

4) Jenis Alat Kontrasepsi

Macam alat kontrasepsi yang aman dan tidak mengganggu laktasi meliputi metode amenhorea laktasi (MAL), pil progestin, suntik progestin, implan dengan progestin dan alat kontrasepsi dalam rahim. Semua metode baik hormonal maupun non hormonal dapat digunakan sebagai metode dalam pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan, akan tetapi pada masa menyusui bayi ini beberapa yang disarankan agar tidak mengganggu produksi ASI yaitu diantaranya:⁴⁷

a) Metode Amenore Laktasi (MAL)

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

(1) Keuntungan kontrasepsi

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

(2) Keuntungan nonkontrasepsi

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

b) Pil Progestin

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

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

(2) Keterbatasan

Mengalami gangguan haid, harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama, bila lupa satu pil saja kegagalan menjadi lebih besar, risiko kehamilan ektopik cukup tinggi, mual.

c) Suntik Progestin

Suntik progestin merupakan suntik yang digunakan untuk tujuan kontrasepsi parenteral, mempunyai efek progestagen

yang kuat dan sangat efektif. Jenisnya yaitu Depo Medroksi Progesteron Asetat (Depo Provera) dan Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat).

- (1) Keuntungan dari suntik progestin yaitu: Pencegahan kehamilan jangka panjang, tidak berpengaruh pada hubungan suami istri, tidak pengaruh pada ASI, sedikit efek samping, dapat digunakan pada perempuan usia > 35 tahun.
- (2) Keterbatasan suntik progesteron Sering ditemukan gangguan haid, klien tergantung pada pelayanan kesehatan, tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu, terlambatnya kembali kesuburan setelah berhenti penghentian pemakaian.

d) Implant

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

(1) Keuntungan Implant

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

(2) Keterbatasan Implant

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

e) IUD

IUD merupakan kontrasepsi sangat efektif dan berjangka panjang. Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi. Sangat efektif yaitu 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan). Cara kerja IUD antara lain menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, mencegah sperma dan ovum bertemu.⁴⁹

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

f) Kondom

Yakni alat kontrasepsi yang dibuat dari karet yang dipergunakan dipenis laki laki untuk menghindari sperma masuk kedalam vagina. Kondom termasuk kontrasepsi non hormonal.⁴⁹ Yaitu alat kontrasepsi guna menghalangi secara mekanik. Alat ini dapat mengantisipasi kehamilan dengan menghalangi pertemuan sel telur dengan sperma secara mencegah sperma agar tidak masuk ke vagina. kondom aman untuk ibu menyusui karena tidak mengganggu proses laktasi.

(1) Keuntungan penggunaan kondom

Efektif apabila digunakan dengan benar, tidak mengganggu produksi ASI, tidak mengganggu

kesehatan, harganya murah dan dapat dibeli secara umum dan tidak perlu resep bidan maupun dokter

(2) Kekurangan penggunaan kondom

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