

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Masalah Kasus

1. Kehamilan

a. ANC Trimester III

Asuhan kebidanan berkesinambungan di berikan kepada Ny. A usia 29 tahun, kehamilan 35⁺¹ minggu dengan kehamilan normal. Kasus ini ditemukan di Puskesmas Kalasan pada tanggal 25 Februari 2026. Alamat pasien di Bromonilan Purwomartani, Kalasan, Sleman. Ny. A merupakan ibu rumah tangga datang bersama suami ingin memeriksakan kehamilannya.

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. A usia 29 tahun dengan suami usia 28 tahun, kehamilan ini merupakan kehamilan pertama. Ibu mengatakan hari pertama haid terakhirnya adalah 29/06/2025 dan hari perkiraan lahirnya (HPL) adalah tanggal 06/04/2026. Ny. A menikah pada tahun 2024. Ny. A belum pernah keguguran, haid teratur siklus 30 hari lama 6 hari dan tidak ada keluhan selama haid.

Selama hamil ini Ny. A melakukan pemeriksaan ANC secara rutin di Puskesmas Kalasan. Hasil pemeriksaan laboratorium pada pemeriksaan K1(ANC terpadu) tanggal 11/08/2025 Hb 11,6 gr%, GDS 127, Protein urin negatif, sifilis Non reaktif, HIV non reaktif dan HBSag Non reaktif. Selama hamil Ny. A rutin mengkonsumsi asam folat, MMS, tablet tambah darah, kalsium dan vitamin yang diberikan dari puskesmas. Ny. A tidak sedang menderita penyakit seperti asma, jantung, hipertensi, Diabetes Melitus maupun TBC. Riwayat kesehatan dalam keluarga, Ayah dari pasien mempunyai riwayat hipertensi dan dari ibu mempunyai riwayat Diabetes Melitus, tidak ada riwayat penyakit menular. Riwayat kehamilan pada hamil ini ditemukan LILA 26 cm, BB sebelum hamil 57 Kg, TB 158 cm dengan IMT 22,83 kg/m².

Hasil pengkajian Ny. A mengatakan pada hari ini ingin kontrol dan USG serta tidak ada keluhan. Berdasarkan pada data obyektif, ditemukan tanda-tanda vital dalam batas normal, TD 122/70 mmHg, nadi 92 x/mnt, respirasi 16 x/mnt, suhu 36.6°C, BB 66,2 kg. Pada pemeriksaan fisik didapatkan hasil konjungtiva mata berwarna merah muda dan sklera putih, tidak ada pembengkakan pada muka, payudara simetris, puting susu menonjol.

Pada pemeriksaan palpasi abdomen, teraba lunak pada fundus uteri tidak melenting, teraba seperti papan memanjang disebelah kanan ibu, teraba bagian berbenjol-benjol pada perut sebelah kiri ibu, di dibagian bawah teraba keras dan melenting, kepala dapat digoyangkan belum masuk PAP (konvergen). TFU 28 cm dengan taksiran berat janin 2480 gram. Pada pemeriksaan auskultasi didapatkan denyut jantung janin (DJJ) 142 x/mnt. Pada pemeriksaan usg didapatkan hasil janin tunggal, hidup, preskep, puka, plasenta normal di fundus, air ketuban cukup, TBJ: 2542 gram, DJJ 138 x/mnt.

Riwayat pemeriksaan laboratorium pada tanggal 23/02/2026 Hb 11,5 gr/dl dan protein urin negatif. Riwayat USG pada hari ini, usia kehamilan 35⁺¹ minggu semua normal. Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakan diagnosa Ny. A usia 29 tahun G1P0A0 hamil 35⁺¹ minggu dengan kehamilan normal.

Penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan hasil pemeriksaan pada Ny. A bahwa pemeriksaan ibu dan janin adalah normal. Memberikan edukasi tentang ketidaknyamanan pada trimester III, tanda bahaya kehamilan trimester III, memberikan KIE menghitung gerakan janin, memberikan KIE tanda-tanda persalinan dan tentang his palsu/*braxton his*, memberikan konseling kepada ibu apabila mendapatkan tanda-tanda tersebut diatas segera memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan, dapat ke praktek mandiri bidan, puskesmas ataupun ke rumah sakit.

Selain itu, bidan menganjurkan suami untuk selalu siaga menemani Ny. A untuk mempersiapkan kebutuhan ibu dan bayi untuk persiapan persalinan. Menganjurkan ibu untuk melanjutkan vitamin yang masih ada yaitu tablet tambah darah diminum 1x1 malam dan kalsium 1x1 pagi, ibu dianjurkan untuk minum vitamin dengan air putih atau air jeruk. Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi tanggal 4 Maret 2026 atau jika ada keluhan.

b. ANC Trimester III Kunjungan Ulang

Ny. A melakukan kunjungan antenatal ke Puskesmas Kalasan ditemani oleh suami pada tanggal 4 Maret 2026 pukul 07.33 WIB. Berdasarkan hasil anamnesis, ibu mengeluhkan frekuensi buang air kecil yang semakin sering gerakan janin dirasakan aktif. Usia kehamilan ibu saat ini 36 minggu 1 hari.

Berdasarkan pemeriksaan objektif, didapatkan keadaan umum ibu baik dengan tanda-tanda vital dalam batas normal, yaitu tekanan darah 109/77 mmHg, nadi 92 x/menit, respirasi 20 x/menit, dan suhu tubuh 36,5°C. Berat badan ibu saat pemeriksaan adalah 66,8 kg. Pada pemeriksaan fisik ditemukan konjungtiva berwarna merah muda dan sklera tampak putih, serta tidak terdapat edema pada wajah.

Hasil pemeriksaan palpasi abdomen menunjukkan tinggi fundus uteri berada pada pertengahan pusat–prosesus xifoideus. Pada fundus uteri teraba bagian lunak dan tidak melenting yang menunjukkan bokong janin. Pada bagian kiri abdomen ibu teraba bagian memanjang yang menunjukkan punggung janin, sedangkan pada bagian bawah teraba keras dan tidak dapat digoyangkan yang menandakan kepala janin telah masuk pintu atas panggul (PAP). Penurunan kepala janin teraba divergen dengan bagian kepala masuk PAP sebanyak 1/5 bagian. Tinggi fundus uteri menurut McDonald sebesar 28 cm, taksiran berat janin (TBJ) 2635 gram, dan denyut jantung janin (DJJ) terdengar jelas serta teratur dengan frekuensi 148 x/menit.

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut ditegakkan diagnosis Ny. A usia 29 tahun G1P0A0 usia kehamilan 36 minggu 1 hari dengan kehamilan normal. Keluhan yang dirasakan ibu berupa sering buang air kecil merupakan salah satu ketidaknyamanan fisiologis pada kehamilan trimester III. Asuhan yang diberikan meliputi konseling mengenai penyebab dan cara mengurangi keluhan sering BAK, seperti menghindari konsumsi minuman berkafein dan mengurangi asupan cairan menjelang tidur tanpa mengurangi kebutuhan cairan harian. Selain itu, diberikan edukasi mengenai persiapan persalinan, tanda-tanda persalinan, serta komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) tentang pentingnya pemantauan gerakan janin. Ibu dianjurkan untuk melakukan kunjungan ulang satu minggu kemudian atau segera datang ke fasilitas kesehatan apabila terdapat keluhan atau tanda bahaya kehamilan.

c. Kunjungan ANC ke rumah

Pada tanggal 9 Maret 2026 pukul 14.00 WIB dilakukan kunjungan rumah pada Ny. A untuk pemantauan kehamilan trimester III. Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik, kesadaran compos mentis, tekanan darah 110/76 mmHg, nadi 80 x/menit, suhu 36,5°C, dan respirasi 20 x/menit. Berdasarkan hasil pemeriksaan tersebut ditegakkan diagnosis Ny. A usia 29 tahun G1P0A0 usia kehamilan 36 minggu 6 hari dengan kehamilan normal.

Pada kunjungan ini dilakukan asuhan kebidanan berupa pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) mengenai persiapan persalinan. Edukasi yang diberikan meliputi tanda-tanda persalinan seperti keluarnya lendir bercampur darah, kontraksi yang teratur dan semakin kuat, serta pecahnya ketuban. Selain itu dijelaskan pula mengenai fase-fase persalinan agar ibu lebih siap secara fisik dan psikologis dalam menghadapi proses persalinan.

Sebagai upaya meningkatkan kenyamanan ibu selama kehamilan trimester III, diberikan asuhan komplementer berupa

latihan pernapasan dan relaksasi untuk membantu mengurangi ketegangan dan kecemasan menjelang persalinan. Bidan juga mengajarkan penggunaan *gymball* sebagai salah satu metode nonfarmakologis untuk membantu mengurangi keluhan pegal pada punggung serta membantu proses penurunan kepala janin ke panggul. Ibu dianjurkan duduk di atas *gymball* dengan posisi tubuh tegak kemudian melakukan gerakan *pelvic rocking* secara perlahan ke depan, belakang, dan memutar selama 10–15 menit sesuai toleransi ibu. Dijelaskan bahwa latihan menggunakan *gymball* dapat membantu memperbaiki postur tubuh, meningkatkan relaksasi otot panggul, serta memberikan rasa nyaman pada ibu hamil trimester akhir. Ibu tampak kooperatif, mampu mengikuti instruksi yang diberikan, dan memahami edukasi yang telah disampaikan.

d. Kunjungan ANC di Rumah

Pada tanggal 12 Maret 2026 pukul 12.30 WIB dilakukan kunjungan rumah pada Ny. A. Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik, ibu tampak sadar compos mentis, kooperatif, dan tidak terdapat keluhan yang mengganggu aktivitas sehari-hari. Gerakan janin dirasakan aktif oleh ibu. Usia kehamilan Ny. A saat ini adalah 37 minggu 2 hari.

Pada kunjungan ini diberikan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) mengenai keluarga berencana (KB) pasca persalinan. Konseling dilakukan bersama ibu dan suami sebagai upaya meningkatkan kesiapan pasangan dalam menentukan metode kontrasepsi setelah persalinan. Materi yang disampaikan meliputi pengertian KB pasca salin, manfaat penggunaan kontrasepsi untuk mengatur jarak kehamilan, serta penjelasan mengenai beberapa metode kontrasepsi yang dapat digunakan pada masa nifas dan menyusui, seperti kontrasepsi suntik, pil progestin, implan, IUD, dan metode amenore laktasi (MAL). Selain itu, dijelaskan pula kelebihan dan kekurangan masing-masing metode kontrasepsi, efektivitas

penggunaan, waktu pemasangan, efek samping yang mungkin timbul, serta kesesuaian kontrasepsi dengan kondisi ibu pasca persalinan. Bidan juga memberikan kesempatan kepada ibu dan suami untuk bertanya terkait metode kontrasepsi yang dianggap paling nyaman dan sesuai dengan kebutuhan keluarga.

Hasil evaluasi menunjukkan bahwa ibu dan suami mampu memahami penjelasan yang diberikan mengenai berbagai jenis alat kontrasepsi pasca salin beserta kelebihan dan kekurangannya. Setelah dilakukan konseling, ibu dan suami menyampaikan bahwa mereka telah memiliki rencana penggunaan kontrasepsi pasca persalinan, yaitu memilih kontrasepsi suntik atau IUD sebagai metode KB yang akan digunakan setelah melahirkan.

e. Kunjungan ANC di Rumah

Pada tanggal 17 Maret 2026 pukul 14.00 WIB dilakukan kunjungan rumah dalam rangka pemantauan kehamilan trimester III dan persiapan persalinan. Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik, ibu tampak sadar compos mentis, kooperatif, dan tidak terdapat keluhan yang mengganggu aktivitas sehari-hari. Gerakan janin dirasakan aktif oleh ibu. Usia kehamilan ibu saat ini adalah 38 minggu.

Pada kunjungan ini diberikan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) mengenai perawatan bayi baru lahir sebagai persiapan ibu dalam menghadapi masa nifas dan perawatan neonatal. Edukasi diberikan kepada ibu dan suami. Edukasi yang diberikan meliputi pentingnya menjaga kehangatan bayi segera setelah lahir dengan metode kontak kulit ke kulit, penggunaan pakaian yang bersih dan hangat, serta menjaga lingkungan bayi tetap nyaman untuk mencegah hipotermia. Selain itu dijelaskan mengenai pentingnya inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan tanpa tambahan makanan maupun minuman lain. Bidan juga memberikan edukasi mengenai perawatan tali pusat yang benar, yaitu

menjaga tali pusat tetap bersih dan kering tanpa memberikan ramuan atau bahan tertentu pada area tali pusat. Ibu dianjurkan untuk segera membawa bayi ke fasilitas kesehatan apabila ditemukan tanda bahaya pada bayi baru lahir seperti demam, bayi tampak kuning, malas menyusu, sesak napas, atau kejang.

Selain itu, dijelaskan pula mengenai perawatan sehari-hari pada bayi baru lahir seperti cara memandikan bayi, mengganti popok, menjaga kebersihan kulit bayi, serta pentingnya menjaga kebersihan tangan sebelum memegang bayi. Ibu tampak antusias selama sesi edukasi berlangsung dan aktif mengajukan beberapa pertanyaan terkait perawatan bayi setelah lahir. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa ibu mampu memahami penjelasan yang diberikan dan bersedia menerapkan perawatan bayi baru lahir sesuai anjuran tenaga kesehatan.

2. Persalinan

Pada tanggal 29 Maret 2026 Pukul 01.24 WIB, Ny. A datang ke di IGD Puskesmas Kalasan dengan keluhan kenceng-kenceng 3x dalam 10 menit dengan durasi 30 detik. Dari hasil pemeriksaan didapatkan TD 123/75 mmHg, N 99x/m, S 36,5°C, RR 20 x/m. Pemeriksaan palpasi didapatkan hasil TFU 3 jari bawah PX, teraba lunak tidak melenting di fundus uteri, teraba bagian kecil memanjang disebelah kiri ibu dan terbagi bagian bawah keras, tidak dapat digoyangkan. Kepala sudah masuk PAP (divergen) 2/5 bagian. TFU menurut Mc. Donald TFU 29 cm, TBJ 2780 gram, DJJ 145 x /mnt. Pemeriksaan dalam didapatkan hasil vulva vagina tenang, dinding vagina licin, portio lunak didepan, pembukaan 2 cm, selaput ketuban (+), air ketuban (-), kepala di hodge II, STLD (+).

Penatalaksanaan pada Ny. A yaitu menginformasikan hasil pemeriksaan bahwa saat ini ibu sudah masuk dalam fase persalinan kala 1 fase laten dan ibu masih diperbolehkan untuk jalan-jalan atau senam dengan *gymball* untuk membantu mempercepat kemajuan persalinan, memfasilitasi *informed consent* untuk persalinan normal, memberikan KIE

kepada ibu untuk tetap makan dan minum untuk mencukupi kebutuhan nutrisi, memberikan afirmasi positif kepada Ny. A dalam menghadapi persalinan.

Evaluasi kemajuan persalinan pada tanggal 29 Maret 2026 Pukul 05.00 WIB didapatkan hasil pemeriksaan KU baik, Kes CM TD: 124/73 N: 98 x/m S: 36,7 °C RR: 21x/m DJJ: 148 x/m His: 3x/10 menit 20-30 detik. Pemeriksaan VT: vulva uretra tenang, dinding vagina licin, portio lunak tipis di depan, pembukaan 3 cm, selaput ketuban (+), air ketuban (-), STLD (+), kepala di hodge II-III. DJJ 148 x/m. Penatalaksanaan pada Ny. A yaitu menginformasikan hasil pemeriksaan bahwa pembukaan masih 3 cm, ibu masih akan diobservasi pada pukul 09.00 WIB, Menganjurkan ibu untuk jalan-jalan di sekitar ruang rawat untuk mempercepat kemajuan persalinan serta mengurangi nyeri. Ibu dan suami jalan-jalan di depan puskesmas untuk mengurangi nyeri dan melakukan aktifitas seperti squat untuk membantu penurunan kepala bayi. Nutrisi yang masuk ke ibu cukup.

Pada pukul 09.00 WIB dilakukan evaluasi kemajuan persalinan, TD: 119/73 N: 99 x/m S: 36,7 °C RR: 20x/m DJJ 147x/m, his 3-4 x/menit, 30-40 detik. Hasil VT: vulva uretra tenang, dinding vagina licin, portio lunak tipis di depan, pembukaan 4 cm, selaput ketuban (+), air ketuban (-), STLD (+), kepala di hodge II-III. Penatalaksanaan pada Ny. A yaitu memberitahukan hasil pemeriksaan bahwa saat ini ibu memasuki persalinan fase aktif, ibu diminta untuk tetap makan dan minum untuk memperkuat asupan nutrisi, melakukan kegiatan dengan *gymball*, serta tetap memberikan afirmasi positif kepada Ny. A dan suami. Observasi his dan djj dilakukan setiap 30 menit dan didokumentasikan pada partograf.

Pada pukul 13.00 WIB dilakukan evaluasi kemajuan persalinan, TD: 125/71 N: 98 x/m S: 36,7 °C RR: 21x/m DJJ 145x/m, his 3-4 x/menit, 30-40 detik. Hasil VT: vulva uretra tenang, dinding vagina licin, portio lunak tipis di depan, pembukaan 4 cm, selaput ketuban (+), air ketuban (-), STLD (+), kepala di hodge II-III. Penatalaksanaan pada Ny. A yaitu

memberitahukan hasil pemeriksaan bahwa saat ini tidak ada kemajuan persalinan, dilakukan edukasi kepada ibu dan suami untuk dilakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi. Ny. A dan suami setuju untuk dilakukan rujukan ke RSKIA Sadewa. Pukul 14.00 WIB setelah persyaratan dan administrasi selesai, melakukan rujukan ke RSKIA Sadewa.

Suami Ny. A memberi kabar bahwa Ny. A akan segera dilakukan tindakan sesar karena denyut jantung bayi mulai menurun saat dilakukan pemeriksaan di IGD RSKIA Sadewa. Pada pukul 18.19 WIB bayi Ny. A telah lahir dengan sehat dan selamat melalui proses persalinan SC. Proses persalinannya berjalan lancar dan tidak ada komplikasi. Setelah persalinan SC selesai dan kondisi ibu dalam keadaan stabil, Ny. A dipindahkan dari ruang operasi ke ruang perawatan biasa. Ny. A pada malam harinya mulai merasakan nyeri pada luka operasi, dan telah diberikan obat-obatan anti nyeri oleh bidan yang sedang bertugas. Ny. A disarankan untuk mobilisasi bertahap mulai dari miring, duduk, berdiri kemudian berjalan. Ny. A juga dilatih untuk menyusui bayinya dengan posisi yang benar dan diberikan KIE asi eksklusif oleh petugas. Pada hari berikutnya Ny. A dapat berjalan dan berkemih secara spontan sehingga diperbolehkan pulang bersama bayinya.

Bayi Ny. A lahir secara sesar pada tanggal 29 Maret 2029 pada pukul 18.19 WIB. Bayi lahir menangis keras, jenis kelamin bayi laki-laki. Pada pemeriksaan fisik bayi dalam keadaan normal, dengan BB 2900 gram, PB 49 cm, LK 33 cm, LD 33 cm. LILA 10 cm. Bayi Ny. A juga dilakukan rawat gabung.

3. Masa Nifas dan Menyusui

a. *Post natal care* (PNC) Kunjungan 1

Pada tanggal 4 April 2026 pukul 08.35 WIB, Ny. A datang ke Puskesmas Kalasan untuk melakukan pemeriksaan nifas. Kunjungan dilakukan untuk memantau kondisi kesehatan ibu pada masa nifas

serta mengevaluasi proses pemulihan pasca persalinan dan keberhasilan pemberian ASI.

Berdasarkan hasil anamnesis, ibu mengatakan kondisi tubuh cukup baik, tidak terdapat keluhan demam, nyeri hebat, maupun perdarahan berlebihan. Ibu merasa bahagia dengan kelahiran anak pertamanya dan menikmati peran sebagai ibu baru. Ibu mengatakan ASI keluar lancar dan bayi menyusu dengan kuat. Pola istirahat ibu cukup walaupun terkadang terbangun pada malam hari untuk menyusui bayi. Nafsu makan ibu baik dan ibu sudah dapat melakukan aktivitas ringan secara mandiri.

Berdasarkan pemeriksaan objektif didapatkan keadaan umum ibu baik, kesadaran compos mentis, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 82 x/menit, respirasi 20 x/menit, dan suhu tubuh 36,6°C. Pada pemeriksaan payudara tidak ditemukan bendungan ASI maupun tanda mastitis, puting susu tampak menonjol dan tidak lecet. Abdomen terdapat balutan luka operasi bersih dan tidak rembes, teraba kontraksi uterus baik dan tinggi fundus uteri pada pertengahan simfisis-pusat. Pengeluaran lochea sanguinolenta dalam batas normal sesuai fase nifas dan tidak berbau. Tidak ditemukan tanda infeksi maupun edema pada ekstremitas.

Berdasarkan hasil pemeriksaan ditegakkan diagnosis Ny. A usia 29 tahun P1A0 nifas normal hari ke 6 dengan keadaan umum baik. Asuhan yang diberikan meliputi pemantauan tanda bahaya masa nifas seperti perdarahan berlebihan, demam, nyeri abdomen hebat, lochea berbau, dan pembengkakan pada tungkai. Ibu dianjurkan segera datang ke fasilitas kesehatan apabila mengalami tanda-tanda tersebut.

Selain itu diberikan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) mengenai pentingnya menjaga kebersihan diri terutama kebersihan daerah genitalia, mengganti pembalut secara teratur, menjaga pola nutrisi seimbang, meningkatkan konsumsi cairan, serta istirahat yang

cukup untuk mendukung proses pemulihan dan produksi ASI. Penulis juga memberikan edukasi mengenai teknik menyusui yang benar dan menganjurkan ibu untuk tetap memberikan ASI eksklusif kepada bayi selama 6 bulan.

Pada kunjungan ini dilakukan pula konseling mengenai keluarga berencana pasca persalinan sebagai persiapan ibu dalam menentukan metode kontrasepsi yang sesuai setelah masa nifas. Hasil evaluasi menunjukkan ibu memahami penjelasan yang diberikan, kondisi masa nifas dalam batas normal, dan ibu bersedia mengikuti anjuran yang telah disampaikan oleh tenaga kesehatan.

b. *Post natal care* (PNC) KF II

Pada tanggal 9 April 2026 jam 13.00 WIB dilakukan kunjungan rumah untuk kunjungan nifas lanjutan pada Ny. A. Kunjungan dilakukan untuk memantau kondisi kesehatan ibu selama masa nifas, mengevaluasi proses involusi uterus, produksi ASI, serta adaptasi ibu dalam merawat bayi baru lahir. Berdasarkan hasil anamnesis, ibu mengatakan kondisi tubuh secara umum baik, tidak terdapat keluhan demam, nyeri hebat, maupun perdarahan berlebihan. Ibu mengatakan ASI keluar lancar dan bayi menyusu dengan baik. Ibu juga menyampaikan bahwa pola istirahat masih menyesuaikan dengan jadwal menyusui bayi, namun ibu tetap dapat beristirahat ketika bayi tidur. Saat ini kondisi emosional ibu semakin stabil, sudah sangat menikmati perannya sebagai ibu karena suami selalu mendukung dan menyemangati ibu.

Berdasarkan pemeriksaan objektif didapatkan keadaan umum ibu baik, kesadaran *compos mentis*, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 89 x/menit, respirasi 20 x/menit, dan suhu tubuh 36,7°C. Pada pemeriksaan payudara tidak ditemukan bendungan ASI maupun tanda mastitis, puting susu tampak baik dan tidak lecet. Hasil pemeriksaan abdomen menunjukkan involusi uterus berjalan normal, fundus uteri tidak teraba di atas simfisis pubis sesuai usia nifas. Pengeluaran lochea

tampak normal berupa lochea serosa dengan jumlah sedikit dan tidak berbau. Tidak ditemukan tanda infeksi maupun edema pada ekstremitas.

Berdasarkan hasil pemeriksaan ditegakkan diagnosis Ny. A usia 29 tahun P1A0 masa nifas normal hari ke 11 dengan keadaan umum baik. Asuhan yang diberikan meliputi pemantauan tanda bahaya masa nifas seperti perdarahan berlebihan, demam, nyeri perut hebat, lochea berbau tidak sedap, serta tanda infeksi pada payudara. Ibu dianjurkan segera datang ke fasilitas kesehatan apabila mengalami tanda-tanda tersebut.

Selain itu diberikan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) mengenai pentingnya menjaga personal hygiene, terutama kebersihan daerah genitalia dan payudara, mengganti pembalut secara teratur, serta menjaga pola nutrisi seimbang dengan meningkatkan konsumsi makanan tinggi protein dan cairan untuk mendukung proses pemulihan dan produksi ASI. Penulis juga memberikan dukungan kepada ibu untuk tetap memberikan ASI eksklusif kepada bayi selama 6 bulan dan menyusui sesering mungkin sesuai kebutuhan bayi.

Pada kunjungan ini juga dilakukan pemeriksaan menggunakan EPDS dengan hasil skor EPDS adalah 1 dengan kesimpulan tidak ada depresi atau depresi minimal. Kunjungan ini dilakukan evaluasi kembali terkait rencana penggunaan kontrasepsi pasca persalinan. Ibu mengatakan masih mempertimbangkan pilihan KB suntik atau IUD bersama suami. Hasil evaluasi menunjukkan ibu memahami penjelasan yang diberikan dan bersedia melanjutkan perawatan masa nifas sesuai anjuran tenaga kesehatan.

4. Asuhan Neonatus

a. Kunjungan Neonatus 1

Pada tanggal 4 April 2026 pukul 08.35 WIB Ny. A melakukan kunjungan nifas ke Puskesmas Kalasan dan membawa bayinya untuk melakukan kunjungan neonatus. Berdasarkan hasil anamnesis, ibu

mengatakan bayi menyusu dengan kuat dan sering, tidak rewel berlebihan, serta buang air kecil dan buang air besar dalam batas normal. Ibu juga mengatakan tidak terdapat keluhan pada bayi selama di rumah.

Berdasarkan pemeriksaan objektif, keadaan umum bayi baik, kesadaran compos mentis, bayi tampak aktif dengan tangisan kuat dan warna kulit kemerahan. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan suhu tubuh 36,7°C, frekuensi denyut jantung 136 x/menit, dan frekuensi pernapasan 42 x/menit. BB 2900 gram, LK 34 cm, LD 34 cm, PB 49 cm. Pada pemeriksaan fisik tidak ditemukan kelainan, refleks hisap bayi baik, serta tali pusat tampak bersih dan kering tanpa tanda infeksi seperti kemerahan, pembengkakan, maupun cairan berbau.

Berdasarkan hasil pemeriksaan ditegakkan diagnosis neonatus normal dengan keadaan umum baik hari ke 6. Asuhan yang diberikan pada kunjungan ini meliputi pemantauan tumbuh kembang bayi, evaluasi kecukupan ASI, serta edukasi kepada ibu mengenai pentingnya pemberian ASI eksklusif sesuai kebutuhan bayi. Ibu dianjurkan menyusui bayi sesering mungkin dan memperhatikan tanda kecukupan ASI seperti bayi tampak puas setelah menyusu dan frekuensi BAK yang cukup.

Selain itu diberikan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) mengenai perawatan bayi sehari-hari, menjaga kebersihan tubuh bayi, menjaga kehangatan bayi, serta pemantauan tanda bahaya pada neonatus seperti demam, bayi kuning, malas menyusu, muntah berulang, sesak napas, dan kejang. Ibu dianjurkan segera membawa bayi ke fasilitas kesehatan apabila ditemukan tanda bahaya tersebut. Hasil evaluasi menunjukkan ibu memahami penjelasan yang diberikan dan bersedia melanjutkan perawatan bayi sesuai anjuran tenaga kesehatan.

b. Kunjungan Neonatus 2

Pada tanggal 9 April 2026 dilakukan kunjungan rumah untuk kunjungan neonatus lanjutan pada bayi usia 11 hari. Kunjungan dilakukan untuk memantau keadaan umum bayi, pertumbuhan dan adaptasi neonatus di lingkungan rumah, serta mengevaluasi pemberian ASI dan perawatan bayi sehari-hari. Berdasarkan hasil anamnesis, ibu mengatakan bayi menyusu dengan baik dan kuat, bayi tampak lebih sering tidur setelah menyusu, serta buang air kecil dan buang air besar dalam batas normal. Ibu juga mengatakan tidak terdapat keluhan seperti demam, muntah, atau sesak napas pada bayi.

Berdasarkan pemeriksaan objektif, keadaan umum bayi baik, bayi tampak aktif dengan tangisan kuat dan warna kulit kemerahan. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital menunjukkan suhu tubuh 36,6°C, denyut jantung 136 x/menit, dan frekuensi pernapasan 42 x/menit. Pada pemeriksaan fisik tidak ditemukan kelainan, refleks hisap bayi baik, tali pusat telah puput dan area bekas tali pusat tampak kering tanpa tanda infeksi. Bayi tampak menyusu efektif dan tidak ditemukan tanda-tanda dehidrasi maupun ikterus.

Berdasarkan hasil pemeriksaan ditegakkan diagnosis neonatus normal usia 11 hari dengan keadaan umum baik. Asuhan yang diberikan pada kunjungan ini meliputi pemantauan pertumbuhan dan perkembangan awal neonatus serta evaluasi keberhasilan pemberian ASI eksklusif. Bidan memberikan penguatan kepada ibu untuk tetap memberikan ASI eksklusif secara *on demand* sesuai kebutuhan bayi tanpa tambahan makanan atau minuman lain. Selain itu diberikan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) mengenai perawatan bayi sehari-hari, seperti menjaga kebersihan kulit bayi, menjaga kebersihan area tali pusat setelah puput, cara memandikan bayi dengan aman, serta pentingnya menjaga kehangatan bayi. Ibu juga diedukasi mengenai pola tidur normal pada neonatus dan tanda bahaya pada bayi baru lahir, seperti demam, malas menyusu, kejang, muntah berulang,

diare, atau sesak napas. Bidan menganjurkan ibu untuk segera membawa bayi ke fasilitas kesehatan apabila ditemukan tanda-tanda tersebut.

Hasil evaluasi menunjukkan ibu mampu memahami edukasi yang diberikan dan dapat mengulangi kembali beberapa tanda bahaya pada neonatus. Ibu tampak kooperatif dan bersedia melanjutkan perawatan bayi sesuai anjuran tenaga kesehatan

5. Asuhan KB

Asuhan KB pada Ny. A sudah dimulai saat ibu memasuki kehamilan trimester III, pada trimester III diberikan KIE KB pascasalin saat kunjungan rumah pada tanggal 12 Maret 2026. Pada kunjungan nifas tanggal 4 April 2026 di Puskesmas Kalasan kembali dilakukan asuhan keluarga berencana (KB) pasca persalinan. Berdasarkan hasil anamnesis, ibu dan suami mengatakan mempunyai ketertarikan untuk memakai IUD. Pada sesi konseling, bidan memberikan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) mengenai alat kontrasepsi pasca salin yaitu IUD. Dijelaskan pula mengenai cara kerja, efektivitas, keuntungan, kekurangan, serta kemungkinan efek samping dari metode kontrasepsi IUD. Dalam proses konseling ibu mengatakan ketika nifas selesai akan menggunakan IUD sebagai pilihan KB.

Pada tanggal 10 Mei 2026 bidan melakukan *follow up* penggunaan alat kontrasepsi via WA dengan Ny. A. Ny. A mengatakan ingin menggunakan IUD namun masih merasa takut untuk menggunakan metode tersebut karena memiliki riwayat persalinan *sectio caesarea* (SC). Bidan memberikan dukungan emosional dan menjelaskan bahwa penggunaan IUD pasca SC tetap dapat dilakukan sesuai indikasi medis dan setelah melalui pemeriksaan tenaga kesehatan. Namun demikian, bidan tetap menghargai keputusan ibu dan tidak memaksakan pemilihan metode kontrasepsi tertentu. Sebagai alternatif sementara, bidan menyarankan ibu dan suami dapat menggunakan metode kontrasepsi kondom karena aman,

mudah digunakan, tidak memengaruhi produksi ASI, serta dapat digunakan segera setelah masa nifas sesuai kenyamanan pasangan.

Bidan tetap memberikan pendampingan kepada Ny. A dalam pemilihan metode kontrasepsi. Pada tanggal 2 Juni 2026 adalah jadwal imunisasi pertama By. Ny. A, bidan akan melakukan follow up kembali kepada Ny. A tentang kepesertaan keluarga berencana dan dianjurkan untuk datang ke Puskesmas Kalasan pada hari Kamis tanggal 4 Juni 2026 untuk pemasangan IUD.

B. Kajian Teori

1. Kehamilan

a. Pengertian

Prawirohardjo (2009) mengemukakan kehamilan merupakan pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterine mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan. Lamanya kehamilan mulai dari ovulasi sampai partus kira-kira 40 minggu dan tidak lebih dari 43 minggu. Kehamilan 43 minggu disebut kehamilan post matur, kehamilan 40 minggu disebut kehamilan matur (cukup bulan), dan kehamilan antara 28 sampai 36 minggu disebut kehamilan prematur.¹⁶

Menurut Kementrian Kesehatan RI, kehamilan adalah masa dimulai saat konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal 280 hari (40 minggu / 9 bulan 7 hari) dihitung dari triwulan/ trimester pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan/ trimester ke-2 dari bulan ke- 4 sampai 6 bulan, triwulan/ trimester ke-3 dari bulan ke-7 sampai ke-9. Kehamilan merupakan masa yang cukup berat bagi seorang ibu, karena itu ibu hamil membutuhkan dukungan dari berbagai pihak, terutama suami agar dapat menjalani proses kehamilan sampai melahirkan dengan aman dan nyaman.¹⁷

b. Tanda-tanda terjadi Kehamilan

Tanda-tanda kehamilan merupakan tanda atau gejala yang terdapat pada ibu hamil dan diiringi dengan perubahan fisiologi dan psikologi pada masa kehamilan.^{6,18,19}

1) Tanda tidak pasti hamil / Presumtif

a) *Amenorhea* (tidak haid)

Peneluaran siklus menstruasi yang setiap bulan lancar, dalam keadaan postif hamil tentunya menstruasi tidak luruh dari dinding rahim .

b) Mual dan muntah

Terjadinya mual dan muntah setelah bangun tidur atau morning sickness, dirasakan pada awal kehamilan.

c) Keinginan yang kuat untuk makan dan minum tertentu (mengidam)

Sesuatu yang muncul berupa hasrat dari dalam untuk mendapatka dan merasakan makanan tertentu untuk mendapatkan kepuasan tersendiri kebnyakan dialami oleh perempuan hamil

d) Struktur dan ukuran payudara tambah besar

Pengeluaran hormon kehamilan estrogen dan progesteron yang tinggi berdampak pada perubahan ukuran payudara menjadi besar dan terasa tidak nyaman, dimana kerja hormonestrogen dan progsteron ini menstimulasi duktus dan alveoli payudara, shingga kelenjar payudara terasa kencang dan bertambah besar.

e) Anoreksia (kurangnya nafsu makan)

Berlangsung pada awal – awal kehamilan.

f) Sering BAK

Pada awal kehamilan terjadi sering bak, karena rahim dan kandung kemih berdekatan.Uterus dan isinya menghimpit kandung kemih dan yang menyebabkan sering kencing dan

akan menghilang sering bertambah umur kehamilan karena posisi janin berada ditengah rahim.

g) Obstipasi

h) Terjadi karena tonus otot usus menurun oleh pengaruh hormon steroid

i) Pigmentasi kulit

Karena pengaruh hormon kortikosteroid plasenta, dijumpai pada wajah (Cloasma gravidarum), aerola payudara, leher atau dinding perut.

j) Epulis

Atau dapat disebut hipertrofi pada papil gusi, sering terjadi pada 3 bulan pertama.

k) Varices

Terjadi pada kaki, betis dan vulva, dijumpai pada 3 bulan terakhir. Pada multigravida kadang – kadang dijumpai pada tiga bulan pertama.

2) Tanda kemungkinan hamil

Merupakan perubahan yang bersifat obyektif, hanya berupa dugaan kehamilan saja. Tanda kemungkinan hamil;

a) Uterus membesar

Uterus membesar sangat identik dengan ibu hamil

b) Tanda hegar

Melunaknya segmen bawah rahim yang mempunyai kesan lebih tipis dapat diketahui dengan pemeriksaan bimanual, terutama pada istmus. Pada minggu – minggu pertama istmus mengalami hipertrofi seperti pada corpus uteri. Tanda ini mulai terlihat pada minggu keenam dan mulai menjadi nyata pada minggu ke 7-8

c) Tanda Chadwick

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

d) Tanda Piskaseck

Uterus membesar kearah ke salah satu daerah telur berbidasi. Hal ini menyebabkan uterus membesar ke salah satu bagian sisi.

e) Tanda Braxton hicks

Ibu hamil dapat merasakan kontraksi yang timbul sesekali tepatnya pada bagian perut bawah. Kemudian bila uterus dirangsang akan lebih mudah berkontraksi,

f) Tanda Goodell

Tanda ini akan dapat dirasakan melakukan pemeriksaan dalam akan terasa lunak, bukan seperti sebelum kehamilan dimana serviks berkonsistensi keras.

g) Reaksi kehamilan positif

Pemeriksaan dengan plano test untuk memastikan kehamilan lebih awal cukup akurat.

3) Tanda pasti hamil

a) Terasa gerakan janin

Gerakan janin pada primigravida pada umur kehamilan 18 minggu, pada multigravida pada umur kehamilan 16 minggu.

b) Terasa bagian janin

Bagian – bagian janin seperti kepala, bokong, punggung, dan ekstremitas dapat diketahui pada akhir trimester dua pada pemeriksaan Leopold

c) Denyut jantung janin (DJJ)

DJJ dapat terdengar dengan alat,

d) Pemeriksaan rongten

Terlihat kerangka janin

e) Pemeriksaan USG

USG dapat melihat kondisi di dalam kandungan berupa kantong janin, panjang janin, diameter biparietal, usia kehamilan, letak janin, jenis kelamin, kelainan kongenital, sehingga dapat dilakukan intervensi sedini mungkin.

4) Hormon-hormon kehamilan

Hormon selama kehamilan merupakan

a) Estrogen

Kebutuhan estrogen mengalami kenaikan secara signifikan yang berfungsi menyiapkan dan memperkuat endometrium sebagai tempat perkembangan janin selama kehamilan, jumlahnya akan menurun menjelang awal-awal persalinan.

b) Progesteron

Pengeluaran hormon ini pada saat hamil dibutuhkan sangat banyak dibandingkan dengan hormon estrogen dimana berfungsi sebagai persiapan payudara untuk laktasi dan menjaga otot rahim tetap rileks sehingga janin dapat tumbuh dan berkembang dengan baik.

c) *Human Chorionik Gonadotropin* (HCG)

HCG dihasilkan oleh plasenta yang berfungsi sebagai benteng pada janin di dalam rahim.

d) *Human Placenta Lactogen* (HPL)

HPL diproduksi oleh plasenta sejak 2 minggu kehamilan yang dikenal dengan *Human Chorionik Somatomammotropin* yang berperan dalam menyiapkan nutrisi dan merangsang kelenjar ASI di payudara untuk memproduksi ASI pada masa menyusui.

e) *Pituary gonadotropin*

Hormon FSH dan LH diproduksi sangat sedikit dalam kehamilan, hal ini dipengaruhi oleh hormon estrogen yang menghambat pengeluaran hormon lainnya untuk keseimbangan kerjanya dalam mempertahankan fungsi plasenta.²⁰

c. Asuhan Kehamilan

Asuhan Kehamilan adalah aktivitas atau intervensi yang dilaksanakan oleh bidan kepada klien, yang mempunyai kebutuhan atau permasalahan yang berkaitan dengan masa kehamilan atau *Antenatal Care*.⁶

1) Tujuan Asuhan Kehamilan.¹⁷

- a) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang anak.
- b) Meningkatkan dan mempertahankan ketahanan fisik, mental dan sosial pada ibu dan bayi.
- c) Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
- d) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- e) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI Eksklusif
- f) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh dan berkembang secara optimal.

2) Standar Asuhan Kehamilan.¹⁷

- a) Kebijakan program minimal 6 x pemeriksaan selama kehamilan dan minimal 2 x pemeriksaan oleh dokter pada Trimester I dan III. Pemeriksaan pada Trimester I minimal 1x (hingga 12 minggu), 2

pada TM II (12-24 minggu), 3 x pada TM III (kehamilan diatas 24 minggu- 40 minggu)

- b) Rekomendasi WHO mengenai pemeriksaan ANC dilakukan minimal 8 kali. Pemeriksaan ANC menurut WHO pada TM 1 yaitu kontak pertama sampai umur kehamilan 12 minggu, pada TM 2 dilakukan kontak ke 2 pada umur kehamilan 20 minggu dan kontak ke 3 pada umur kehamilan 26 minggu, Pada TM 3 dilakukan kontak ke 4 sampai dengan kontak ke 8 berturut-turut pada umur kehamilan 30 minggu, 34 minggu, 36 minggu, 38 minggu dan 40 minggu.²¹
- c) Perbandingan Kunjungan Model ANC WHO 2016 dan Pelayanan K6 di Indonesia

Tabel 1. Perbandingan Kunjungan Model ANC

	ANC WHO 2016	K6
Trimester ke 1	Kontak ke-1 : s.d 12 minggu	1 kali : UK < 12 minggu
Trimester ke 2	Kontak ke-2 : 20 minggu Kontak ke-3 : 26 minggu	2 kali : UK >12 minggu – 24 minggu
Trimester ke 3	Kontak ke-4 : 30 minggu Kontak ke-5 : 34 minggu Kontak ke-6 : 36 minggu Kontak ke-7 : 38 minggu Kontak ke-8 : 40 minggu	3 kali : UK > 24 minggu – persalinan

Sumber : WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience (Vol. 1) dan Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2024^{21,22}

- d) Standar minimal Asuhan antenatal yaitu 10 T :
- (1)Timbang BB dan TB
 - (2)Ukur tekanan darah (hipertensi bila > 140 /90 mmHg)
 - (3)Nalai status gizi denga mengukur LILA bial LILA <23,5 cm resiko KEK (Kekurangan Energi Kronis).
 - (4)Ukur tinggi Fundus Uteri / tinggi rahim.
 - (5)Tentukan preentasi janin dan DJJ
 - (6)Skrining status Imunisasi dan berikan imunisasi TT bila diperlukan.

- (7) Beri tablet tambah darah, selama hamil ibu mendapatkan minimal 90 tablet
- (8) Tes pemeriksaan laboratorium
- (9) Tata laksana penanganan kasus
- (10) Temu wicara / konseling

2. Persalinan

a. Definisi

Persalinan adalah proses fisiologis normal di mana janin, plasenta, dan hasil konsepsi lainnya dikeluarkan dari rahim melalui vagina. Menurut dokumen *WHO Labour Care Guide: User's Manual* disebut bahwa pedoman tersebut “*is a tool that aims to support good-quality, evidence-based, respectful care during labour and childbirth*”, persalinan dimaknai sebagai proses fisiologis dan klinis di mana ibu dalam fase persalinan mendapat penjagaan agar bayi dan ibu selamat, melalui pemantauan, dukungan dan tindakan sesuai indikasi.²³

Menurut Guyton dan Hall tahun 2002 dalam Yulizawati tahun 2019 mengatakan bahwa persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan dan dapat hidup di luar uterus melalui vagina secara spontan.²⁴ Pada akhir kehamilan, uterus secara progresif lebih peka sampai akhirnya timbul kontraksi kuat secara ritmis sehingga bayi dilahirkan.⁶

b. Etiologi

Selama kehamilan, didalam tubuh perempuan terdapat dua hormon yang dominan yaitu estrogen dan progesteron. Hormon estrogen berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim serta memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan mekanis. Sedangkan, hormon progesteron berfungsi untuk menurunkan sensitivitas otot rahim, menghambat rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin dan mekanis serta menyebabkan otot rahim dan otot

polos relaksasi. Sampai saat ini hal yang menyebabkan mulainya proses persalinan belum diketahui sehingga hanya ada teori-teori antara lain disebabkan oleh hormon, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh tekanan pada saraf, dan nutrisi. Dengan demikian dapat disebutkan beberapa teori yang dapat menyebabkan persalinan yaitu sebagai berikut:

1) Teori Penurunan Progesteron

Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his. Menurut Hamburg-Shields dan Mesiano (2024) dalam jurnal berjudul *The Hormonal Control of Parturition*, progesteron memiliki peran utama dalam mempertahankan kehamilan dengan menjaga uterus dalam keadaan tenang (*uterine quiescence*). Hormon ini bekerja melalui reseptor progesteron (PR) untuk menekan ekspresi gen-gen yang berperan dalam kontraksi otot rahim (*contraction-associated proteins*), menurunkan aktivitas jalur inflamasi seperti NF- κ B dan AP-1, serta menghambat kerja reseptor estrogen (ER α), sehingga sensitivitas uterus terhadap rangsangan kontraksi tetap rendah selama masa kehamilan. Menjelang persalinan, terjadi perubahan hormonal yang mengakhiri efek protektif progesteron terhadap uterus, suatu proses yang dikenal sebagai penarikan progesteron (*progesterone withdrawal*). Hilangnya efek progesteron ini menyebabkan peningkatan aktivitas estrogen, prostaglandin, dan oksitosin yang secara bersama-sama menstimulasi kontraksi miometrium, pematangan serviks, serta ruptur membran ketuban.

Penarikan fungsional progesteron dapat terjadi melalui beberapa mekanisme. Pertama, adanya perubahan rasio antara reseptor

progesteron isoform PR-A dan PR-B yang mengubah sensitivitas jaringan terhadap progesteron. Kedua, peningkatan aktivitas enzim metabolik seperti 20α -HSD yang mempercepat degradasi progesteron dalam jaringan uterus. Ketiga, penurunan aktivitas atau ekspresi reseptor progesteron akibat proses inflamasi intrauterin. Proses inflamasi tersebut, baik yang berasal dari ibu, janin, maupun plasenta, dapat meningkatkan ekspresi sitokin proinflamasi yang selanjutnya mengaktifkan jalur transkripsi tertentu dan menekan efek progesteron. Dengan demikian, inflamasi dan perubahan hormonal berperan sinergis dalam memicu onset persalinan.²⁵

2) Teori Oksitosin

Teori oksitosin dalam persalinan menjelaskan bahwa oksitosin, hormon yang dihasilkan oleh nukleus supraoptikus dan paraventrikular di hipotalamus dan dilepaskan melalui neurohipofisis, memainkan peran penting dalam menginisiasi dan mempertahankan kontraksi uterus menjelang dan selama persalinan. Dalam kehamilan akhir, meskipun kadar oksitosin dalam sirkulasi maternal tidak mengalami lonjakan tajam pada awal persalinan, jaringan miometrium mengalami peningkatan drastis dalam ekspresi reseptor oksitosin (OXTR), sehingga uterus menjadi sangat sensitif terhadap oksitosin bahkan dalam konsentrasi yang rendah.²⁶

3) Teori Keregangan Otot Rahim

Teori keregangan otot rahim menjelaskan bahwa pertumbuhan janin dan cairan ketuban hingga kehamilan akhir menyebabkan distensi dan peregangan (stretch) yang signifikan pada dinding rahim terutama pada lapisan otot rahim (miometrium). Distensi ini memicu mekanisme mekanotransduksi (*mechanotransduction*) dalam miometrium yang kemudian mengubah sel-sel otot rahim menjadi lebih siap untuk kontraksi.

Stretch atau peregangan miometrium ini memiliki beberapa efek yaitu meningkatnya tekanan dan tegangan pada sel-sel otot rahim menyebabkan pembukaan saluran ion (*ion channels*) serta *influx* kalsium, yang meningkatkan eksitabilitas sel miometrium dan mempersiapkannya untuk kontraksi. Kedua, peregangan juga meningkatkan jumlah gap junction atau koneksi antar sel (contoh: connexin 43) yang memungkinkan penyebaran impuls kontraksi secara lebih sinkron ke seluruh myometrium kunci untuk kontraksi uterus yang efektif pada persalinan.²⁷

4) Teori Prostaglandin

Teori prostaglandin menyatakan bahwa penggunaan dan peningkatan produksi prostaglandin uterotonik, terutama Prostaglandin E₂ (PGE₂) dan Prostaglandin F_{2α} (PGF_{2α}), adalah salah satu mekanisme kunci yang menginisiasi persalinan dengan memicu kontraksi miometrium, pematangan serviks, dan ruptur membran. Dalam masa kehamilan akhir, jaringan janin, plasenta, dan membran fetoplacental meningkatkan aktivitas enzim *siklooksigenase-2* (COX-2) yang menghasilkan prostaglandin dari asam arakidonat, sehingga kadar lokal prostaglandin meningkat secara signifikan menjelang persalinan. Peningkatan prostaglandin ini memunculkan beberapa efek biologi yang mendukung persalinan. Pertama, prostaglandin menyebabkan kontraksi otot rahim (miometrium) dengan meningkatkan influx kalsium melalui sel otot rahim dan meningkatkan ekspresi protein-asosiasi kontraksi. Kedua, prostaglandin mempercepat pematangan serviks (*cervical ripening*) melalui remodelling matriks ekstraseluler, peningkatan aktivitas metaloproteinase, pelepasan air, dan peningkatan kelenturan serviks. Ketiga, prostaglandin juga memfasilitasi ruptur membran ketuban dengan meningkatkan aktivitas enzim proteolitik dan meningkatkan permeabilitas membran *fetoplacental*.²⁵

5) Teori Janin

Teori “*fetal origin*” atau asal janin menyatakan bahwa persalinan bukan hanya dipicu oleh perubahan maternal (misalnya penurunan progesteron, peningkatan prostaglandin, atau oksitosin) tetapi juga melibatkan sinyal-yang berasal dari janin atau organ-fetoplacentanya yang memberi tahu tubuh ibu bahwa kondisi kehamilan sudah siap untuk dilahirkan. Sebuah ulasan oleh Ding & Gao (2023) mengemukakan bahwa organ janin (seperti kelenjar adrenal, paru, jaringan membran janin) dan produktivitas hormon/ sitokin dari janin memberikan kontribusi terhadap inisiasi persalinan.²⁷

6) Teori Plasenta Menjadi Tua

Teori plasenta menjadi tua (*placental aging/senescence*) menyatakan bahwa plasenta, sebagai organ sementara yang mendukung kehamilan, mengalami proses penuaan seluler dan fungsional seiring dengan mendekati term kehamilan, yang kemudian berkontribusi pada inisiasi persalinan. Plasenta tidak hanya berfungsi sebagai media pertukaran oksigen, nutrisi dan hormon antara ibu dan janin, tetapi juga memainkan peran pengatur waktu persalinan melalui perubahan struktural dan molekuler. Proses penuaan plasenta ditandai dengan munculnya biomarker senesensi sel seperti ekspresi p53, p21, p16, akumulasi kerusakan DNA, penurunan aktivitas telomerase, peningkatan stres oksidatif, dan perubahan fungsi mitokondria yang menyebabkan sel-sel trofoblas kehilangan kapasitas proliferasi normal dan beralih ke fenotipe yang lebih pro-inflamasi (*senescence-associated secretory phenotype* atau SASP). Seiring penuaan plasenta dan penurunan fungsinya, terjadi peningkatan sinyal inflamasi lokal dan penurunan efisiensi pertukaran materno-fetal, yang dapat memicu kondisi kesiapan jaringan untuk inisiasi persalinan.²⁸

c. Tanda – tanda permulaan persalinan

Ada 3 tanda persalinan yang paling utama yaitu:⁶

1) Kontraksi (His)

Ada 2 macam kontraksi yang pertama kontraksi palsu (*Braxton hicks*) dan kontraksi yang sebenarnya. Pada kontraksi palsu berlangsung sebentar, tidak terlalu sering dan tidak teratur, semakin lama tidak ada peningkatan kekuatan kontraksi. Sedangkan kontraksi yang sebenarnya bila ibu hamil merasakan kenceng-kenceng makin sering, waktunya semakin lama, dan makin kuat terasa, disertai mulas atau nyeri seperti kram perut. Perut bumil juga terasa kencang. Kontraksi bersifat fundal recumbent/nyeri yang dirasakan terjadi pada bagian atas atau bagian tengah perut atas atau puncak kehamilan (fundus), pinggang dan panggul serta perut bagian bawah. Tidak semua ibu hamil mengalami kontraksi (His) palsu. Kontraksi ini merupakan hal normal untuk mempersiapkan Rahim menghadapi persalinan.

2) Pembukaan serviks

Pembukaan serviks, dimana primigravida >1,8cm dan multigravida 2,2cm Biasanya pada bumil dengan kehamilan pertama, terjadinya pembukaan ini disertai nyeri perut. Sedangkan pada kehamilan anak kedua dan selanjutnya, pembukaan biasanya tanpa diiringi nyeri. Rasa nyeri terjadi karena adanya tekanan panggul saat kepala janin turun ke area tulang panggul sebagai akibat melunaknya rahim. Untuk memastikan telah terjadi pembukaan, tenaga medis biasanya akan melakukan pemeriksaan dalam (*Vaginal toucher*).

3) Pecahnya ketuban dan keluarnya *bloody show*

Dalam bahasa medis disebut *bloody show* karena lendir ini bercampur darah. Itu terjadi karena pada saat menjelang persalinan terjadi pelunakan, pelebaran, dan penipisan mulut rahim. *Bloody show* seperti lendir yang kental dan bercampur

darah. Menjelang persalinan terlihat lendir bercampur darah yang ada di leher rahim tsb akan keluar sebagai akibat terpisahnya membran selaput yang menegelilingi janin dan cairan ketuban mulai memisah dari dinding rahim. Tanda selanjutnya pecahnya ketuban, di dalam selaput ketuban (korioamnion) yang membungkus janin, terdapat cairan ketuban sebagai bantalan bagi janin agar terlindungi, bisa bergerak bebas dan terhindar dari trauma luar. Terkadang ibu tidak sadar saat sudah mengeluarkan cairan ketuban dan terkadang menganggap bahwa yang keluar adalah air pipisnya. Cairan ketuban umumnya berwarna bening, tidak berbau, dan akan terus keluar sampai ibu akan melahirkan. Keluarnya cairan ketuban dari jalan lahir ini bisa terjadi secara normal namun bias juga karena ibu hamil mengalami trauma, infeksi, atau bagian ketuban yang tipis (*locus minoris*) berlubang dan pecah. Setelah ketuban pecah ibu akan mengalami kontraksi atau nyeri yang lebih intensif. Terjadinya pecah ketuban merupakan tanda terhubungnya dengan dunia luar dan membuka potensi kuman/bakteri untuk masuk. Karena itulah harus segera dilakukan penanganan dan dalam waktu kurang dari 24 jam bayi harus lahir apabila belum lahir dalam waktu kurang dari 24 jam maka dilakukan penanganan selanjutnya misalnya sesar.

d. Tahapan Persalinan

Secara klinis dapat dinyatakan partus dimulai bila timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang disertai darah (*bloody show*). Lendir yang disertai darah ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka atau mendatar. Sedangkan darahnya berasal dari pembuluh-pembuluh kapiler yang berada di sekitar kanalis servikalis itu pecah karena pergeseran ketika serviks membuka.⁶

1) Kala I (Pembukaan Jalan Lahir)

Kala I persalinan dimulai dengan kontraksi uterus yang teratur dan diakhiri dengan dilatasi serviks lengkap. Dilatasi lengkap dapat berlangsung kurang dari satu jam pada sebagian kehamilan multipara. Pada kehamilan pertama, dilatasi serviks jarang terjadi dalam waktu kurang dari 24 jam. Rata-rata durasi total kala I persalinan pada primigravida berkisar 3,3 jam sampai 19,7 jam. Pada multigravida ialah 0,1 sampai 14,3 jam. Ibu akan dipertahankan kekuatan moral dan emosinya karena persalinan masih jauh sehingga ibu dapat mengumpulkan kekuatan.

Proses membukanya serviks sebagai akibat his dibagi dalam 2 fase, yaitu:

- a) Fase laten: berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm. Fase laten diawali dengan mulai timbulnya kontraksi uterus yang teratur yang menghasilkan perubahan serviks.
- b) Fase aktif: dibagi dalam 3 fase lagi yakni: · Fase akselerasi. Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm tadi menjadi 4 cm. · Fase dilatasi maksimal. Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm. · Fase deselerasi. Pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam, pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap.

2) Kala II (Pengeluaran)

Menurut Wiknjosastro 2005 dalam Yulizmawati tahun 2019, kala II persalinan adalah tahap di mana janin dilahirkan. Pada kala II, his menjadi lebih kuat dan lebih cepat, kira-kira 2 sampai 3 menit sekali. Saat kepala janin sudah masuk di ruang panggul, maka pada his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedas. Wanita merasakan tekanan pada rektum dan hendak buang air besar. Kemudian perineum mulai menonjol dan menjadi lebar dengan

anus membuka. Labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada waktu his. Dengan his dan kekuatan mengedan maksimal, kepala janin dilahirkan dengan presentasi suboksiput di bawah simfisis, dahi, muka dan dagu. Setelah istirahat sebentar, his mulai lagi untuk mengeluarkan badan dan anggota badan bayi. Masih ada banyak perdebatan tentang lama kala II yang tepat dan batas waktu yang dianggap normal. Batas dan lama tahap persalinan kala II berbeda-beda tergantung paritasnya. Durasi kala II dapat lebih lama pada wanita yang mendapat blok epidural dan menyebabkan hilangnya refleks mengedan. Pada Primigravida, waktu yang dibutuhkan dalam tahap ini adalah 25-57 menit. Rata-rata durasi kala II yaitu 50 menit. Pada tahap ini, jika ibu merasa kesepian, sendiri, takut dan cemas, maka ibu akan mengalami persalinan yang lebih lama dibandingkan dengan ibu yang merasa percaya diri dan tenang.

3) Kala III (Kala Uri)

Kala III persalinan berlangsung sejak janin lahir sampai plasenta lahir. Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian, uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri (Wiknjastro dkk, 2005). Pada tahap ini dilakukan tekanan ringan di atas puncak rahim dengan cara Crede untuk membantu pengeluaran plasenta. Plasenta diperhatikan kelengkapannya secara cermat, sehingga tidak menyebabkan gangguan kontraksi Rahim atau terjadi perdarahan sekunder.

4) Kala IV (2 jam setelah melahirkan)

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

(Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2004). Pada tahap ini, kontraksi otot rahim meningkat sehingga pembuluh darah terjepit untuk menghentikan perdarahan. Pada kala ini dilakukan observasi terhadap tekanan darah, pernapasan, nadi, kontraksi otot rahim dan perdarahan selama 2 jam pertama. Selain itu juga dilakukan penjahitan luka episiotomi. Setelah 2 jam, bila keadaan baik, ibu dipindahkan ke ruangan bersama bayinya .

e. Faktor yang mempengaruhi persalinan

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi persalinan antara lain:^{6,23}

1) *Passenger*

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

2) *Passage away*

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

3) *Power*

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

4) *Position*

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

4) *Psychologic Respons*

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

f. Mekanisme Persalinan⁶

1) *Engagement*

Engagement pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan sedangkan pada multigravida dapat terjadi pada awal persalinan. *engagement* adalah peristiwa ketika diameter biparetal (Jarak antara dua paretal) melewati pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang atau oblik di dalam jalan lahir dan sedikit fleksi. Masuknya kepala akan mengalami kesulitan bila saat masuk ke dalam panggu dengan sutura sgaitalis dalam antero posterior. Jika kepala masuk kedalam pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang di jalan lahir, tulang parietal kanan dan kiri sama tinggi, maka keadaan ini disebut sinklitismus. Kepala

pada saat melewati pintu atas panggul dapat juga dalam keadaan dimana sutura sagaitalis lebih dekat ke promontorium atau ke simfisis maka hal ini disebut asinklitismus.

2) Penurunan Kepala

Penurunan kepala dimulai sebelum persalinan. Penurunan kepala terjadi bersamaan dengan mekanisme yang lain. Kekuatan yang mendukung yaitu tekanan cairan amnion, tekanan langsung fundus, kontraksi otot-otot abdomen, dan ekistensi dan pelurusan badan janin atau tulang belakang janin.

3) Fleksi

Gerakan fleksi disebabkan karena janin terus didorong maju tetapi kepala janin terlambat oleh serviks, dinding panggul atau dasar panggul. Dengan adanya fleksi maka diameter oksipito frontalis 12 cm berubah menjadi suboksipito bregmatika 9 cm. Posisi dagu bergeser ke arah dada janin. Pada pemeriksaan dalam ubun-ubun kecil lebih jelas teraba dibandingkan dengan ubun-ubun besar.

4) Putar Paksi Dalam

Rotasi dalam atau putar paksi dalam adalah pemutaran bagian terendah janin dari posisi sebelumnya ke arah depan sampai dibawah simpisis. Bila presentasi belakang kepala dimana bagian terendah janin adalah ubun-ubun kecil maka ubun-ubun kecil memutar ke depan sampai berada di bawah simpisis. Gerakan ini adalah upaya kepala janin untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir yaitu bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul. Rotasi dalam terjadi bersamaan dengan majunya kepala. Rotasi ini terjadi setelah kepala melewati Hodge III (setinggi spina) atau setelah didasar panggul. Pada pemeriksaan dalam ubun-ubun kecil mengarah ke jam 12. Sebab-sebab adanya putar paksi dalam yaitu bagian terendah kepala adalah bagian belakang kepala pada

letak fleksi dan bagian belakang kepala mencari tahanan yang paling sedikit yaitu di hiatus genitalis.

5) Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya. Pada kepala bekerja dua kekuatan, yang satu mendesak nya ke bawah dan satunya disebabkan tahanan dasar panggul yang menolaknya ke atas. Setelah suboksiput tertahan pada pinggir bawah symphysis akan maju karena kekuatan tersebut di atas bagian yang berhadapan dengan suboksiput, maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut dan akhirnya dagu dengan Gerakan ekstensi. Suboksiput yang menjadi pusat pemutaran disebut hypomochlion.

6) Rotasi Luar (Putaran paksi luar)

Terjadinya gerakan rotasi luar atau putar paksi luar dipengaruhi oleh faktor-faktor panggul, sama seperti pada rotasi dalam. Merupakan gerakan memutar ubun-ubun kecil ke arah punggung janin, bagian belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadicum kanan atau kiri, sedangkan muka janin menghadap salah satu paha ibu. Bila ubun-ubun kecil pada mulanya disebelah kiri maka ubun-ubun kecil akan berputar kearah kiri, bila pada mulanya ubun-ubun kecil disebelah kanan maka ubun-ubun kecil berputar ke kanan. Gerakan rotasi luar atau putar paksi luar ini menjadikan diameter biakromial janin searah dengan diameter anteroposterior pintu bawah panggul, dimana satu bahu di anterior di belakang simpisis dan bahu yang satunya di bagian posterior dibelakang perineum. Sutura sagitalis kembali melintang.

7) Ekspulsi

Setelah terjadinya rotasi luar, bahu depan berfungsi sebagai hypomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian setelah kedua bahu lahir disusul lahirlah trochanter depan dan belakang sampai lahir janin seluruhnya. gerakan kelahiran bahu depan, bahu belakang dan seluruhnya.

g. Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk memantau Kala I persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Partograf harus digunakan untuk semua ibu dalam fase aktif kala 1 persalinan partograf harus digunakan, baik atau tanpa penyulit. Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat persalinan, digunakan secara rutin oleh semua penolong persalinan. Pencatatan selama fase aktif persalinan yaitu:

- 1) DJJ setiap 4 jam
- 2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap $\frac{1}{2}$ jam
- 3) Nadi setiap $\frac{1}{2}$ jam
- 4) Pembukaan serviks setiap 4 jam
- 5) Tekanan darah setiap 4 jam
- 6) Produksi urin dan protein urin.

Halaman Partograf mencantumkan hasil observasi atau pemeriksaan yang dilakukan mencakup:

- 1) Informasi tentang ibu meliputi nama, umur, GPA, nomor catatan medis, tempat dan waktu mulainya di rawat, waktu pecahnya selaput ketuban.
- 2) Kondisi janin;
 - a) DJJ normal 120 – 160 x/menit,
 - b) Warna dan adanya air ketuban bila air ketuban utuh belum pecah (U), ketuban sudah pecah dan jernih (J), D (ketuban pecah dan bercampur darah), ketuban pecah dan tidak ada air ketuban (K).

- c) Molase (penyusupan kepala janin) bila 0 : tulang – tulang kepala ajnin terpisah, sutura mudah di palpasi, 1 bila tulang kepla janin bersentuhan, 3 bila tulang kepla janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan.

- h. Kewenangan Bidan

Bidan memiliki wewenang dalam melakukan asuhan persalinan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan yaitu Bidan berwenang melakukan episiotomi, pertolongan persalinan normal, penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II, dan penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan.²⁹

3. Persalinan *Sectio caesarea*

- a. Definisi

Sectio caesarea (SC) adalah proses persalinan (melahirkan bayi) melalui pembedahan dan melakukan irisan di bagian perut ibu (laparatomi) dan dinding Rahim untuk mengeluarkan bayi yang dilakukan ketika proses persalinan normal melalui vagina tidak memungkinkan karena beresiko kepada komplikasi medis lainnya.³⁰

- b. Indikasi

Indikasi *sectio caesarea* secara garis besar dibagi menjadi dua yaitu dari faktor ibu dan faktor janin antara lain:³¹

- 1) Faktor ibu

Riwayat kehamilan dan persalinan yang buruk, ada kesempitan panggul, plasenta previa paling utama pada primigravida, solution plasenta tingkat I-II, terdapat komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit jantung, memiliki gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya), diabetes melitus, ketuban pecah dini (KPD), Pre-Eklampsia Berat (PEB), bekas operasi sectio sebelumnya, serta faktor hambatan jalan lahir, *chepalo pelvik disproportion* (CPD).

2) Faktor janin

Gawat janin, malpresentasi, malposisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil.

c. Kontraindikasi

Terdapat kontra indikasi *sectio caesarea* yaitu:

- 1) Apabila janin berada dalam keadaan yang sangat buruk sehingga kemungkinan untuk hidup sangat kecil, berpotensi meninggal atau sudah meninggal.
- 2) Ketika jalan lahir ibu yang mengalami infeksi yang luas dan fasilitas operasi juga tidak tersedia
- 3) Dokter bedah yang tidak memiliki pengalaman, serta keadaan yang tidak menguntungkan bagi pembedahan

d. Patofisiologi³¹

Proses persalinan memiliki beberapa hambatan yang menyebabkan bayi tidak dapat dilahirkan secara normal atau pervaginam, misalnya disebabkan ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu, ketuban pecah dini dan bayi tidak kunjung keluar, dan lain sebagainya. Pada kondisi tersebut menyebabkan dilakukan suatu tindakan pembedahan yaitu *sectio caesarea* untuk menyelamatkan ibu dan bayi.

Dalam proses operasi *sectio caesarea* terdapat tindakan pembedahan dengan membuat sayatan di dinding abdomen dan uterus yang menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf sekitar insisi serta merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang menyebabkan rasa nyeri, setelah proses insisi berakhir maka ditutup kembali dan menimbulkan luka post SC, apabila tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah resiko infeksi. Pengaruh anestesi tersebut mengakibatkan saluran pencernaan terganggu dan peristaltik usus juga menurun yang menyebabkan perubahan pola eliminasi, sehingga muncul masalah konstipasi. Setelah dilakukan tindakan SC maka akan terjadi proses adaptasi

postpartum yaitu perubahan fisiologis dan psikologis pada ibu. Dengan penambahan anggota baru menyebabkan perubahan peran yang menimbulkan kelelahan sampai terganggu pola tidur. Dari aspek fisiologis yaitu peningkatan prolaktin yang mengakibatkan produksi ASI menurun dan kontraksi uterus yang tidak adekuat maka terjadi perdarahan sampai kekurangan cairan dan elektrolit.

e. Klasifikasi

Terdapat beberapa macam bentuk pembedahan *sectio caesarea* meliputi:³¹

1) Insisi pada segmen bawah Rahim

Pada jenis insisi ini adalah dilakukan dengan dua cara yaitu melintang atau memanjang. Kelebihan pada insisi ini adalah tidak menyebabkan perdarahan yang banyak, resiko terjadinya peritonitis rendah, luka dapat sembuh lebih sempurna.

2) Insisi memanjang pada segmen atau uterus

Pada pembedahan ini hanya dilakukan jika insisi segmen bawah Rahim tidak bisa dilakukan. Insisi pembedahan dengan cara insisi memanjang pada segmen uterus.

3) *Sectio caesarea* ekstra peritoneal

Sectio caesarea ekstra peritoneal sekarang jarang digunakan, dahulu dilakukan untuk mengurangi bahaya injeksi peroral dan dilakukan pada pasien yang mengalami infeksi intra uterin yang berat.

f. Manifestasi Klinis

Menurut Panduan Klinis Seksio Sesarea (2022) manifestasi klinis pada *sectio caesarea* sebagai berikut:^{32,31}

1) Nyeri akibat luka pembedahan

2) Adanya luka insisi pada bagian abdomen

3) Fundus uterus kontraksi kuat dan terletak di umbilicus

4) Aliran lochea sedang dan bebas bekuan yang berlebihan (lochea tidak banyak)

- 5) Kehilangan darah selama prosedur pembedahan kira-kira 600-800ml
- 6) Emosi labil atau perubahan emosional dengan mengekspresikan ketidakmampuan menghadapi situasi baru
- 7) Terpasang kateter urinarius
- 8) Auskultasi bising usus tidak terdengar atau samar
- 9) Pengaruh anestesi dapat menimbulkan mual dan muntah
- 10) Status *pulmonary sectio caesarea* tidak direncanakan maka biasanya kurang paham prosedur

4. Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Bayi baru lahir atau neonatus merupakan individu yang baru saja mengalami transisi dari kehidupan intrauterin ke ekstrauterin. Menurut *World Health Organization* (WHO), bayi baru lahir adalah bayi yang berusia antara 0 hingga 28 hari setelah kelahiran, periode yang sangat kritis karena berbagai penyesuaian fisiologis harus terjadi untuk mempertahankan kehidupan di luar rahim. Definisi ini juga digunakan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, yang menyatakan bahwa neonatus adalah bayi berumur 0–28 hari, di mana dalam masa tersebut bayi memerlukan pemantauan ketat untuk mendeteksi adanya gangguan adaptasi atau komplikasi yang dapat mengancam jiwa. Secara klinis, bayi baru lahir normal didefinisikan sebagai bayi yang dilahirkan dari kehamilan aterm, yaitu usia kehamilan antara 37 hingga 42 minggu, dengan berat badan lahir berkisar antara 2.500 hingga 4.000 gram serta menunjukkan tanda-tanda vital dalam batas normal. Masa neonatus ini menjadi fase penting dalam menentukan derajat kesehatan jangka panjang bayi, karena adaptasi fisiologis dan psikologis yang optimal sangat berpengaruh terhadap tumbuh kembang serta kelangsungan hidupnya.^{33,34}

b. Ciri-ciri

Bayi baru lahir (BBL) memiliki sejumlah karakteristik khas yang mencerminkan proses adaptasi fisiologis dari kehidupan intrauterin ke ekstrauterin. Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2023), bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan usia kehamilan antara 37 sampai 42 minggu, memiliki berat badan lahir antara 2.500–4.000 gram, menangis kuat segera setelah lahir, dan dapat bernapas spontan serta teratur. Selain itu, tonus otot bayi baik, kulit berwarna kemerahan, dan bayi menunjukkan refleks-refleks fisiologis seperti refleks menghisap, menggenggam, dan moro (refleks kejut) yang aktif.

Secara anatomi dan fisiologis, bayi baru lahir juga memiliki ciri-ciri khusus, antara lain kepala relatif besar dibandingkan tubuh dengan ubun-ubun anterior yang masih terbuka, kulit yang dapat tampak dilapisi verniks kaseosa, serta tali pusat yang masih melekat dan biasanya akan lepas dalam 5–10 hari setelah lahir. Suhu tubuh bayi belum stabil karena sistem pengaturan suhu belum sempurna, sehingga bayi sangat bergantung pada lingkungan untuk mempertahankan suhu normal. Denyut jantung bayi baru lahir berkisar antara 120–160 kali per menit, frekuensi napas 40–60 kali per menit, dan suhu aksila normal antara 36,5–37,5°C.

Ciri-ciri tersebut menunjukkan bahwa bayi baru lahir sedang dalam proses adaptasi fisiologis untuk mempertahankan homeostasis, sehingga pemantauan kondisi fisik dan vital secara berkesinambungan sangat penting dilakukan oleh tenaga kesehatan, terutama bidan, dalam upaya menjamin kelangsungan hidup dan kesehatan bayi.³

c. Klasifikasi Neonatus³³

- 1) Klasifikasi Neonatus berdasarkan masa gestasinya menurut WHO dalam yaitu:
 - a) Bayi kurang bulan (*preterm infant*) merupakan bayi yang lahir dengan masa kehamilan kurang dari 37 minggu

- b) Bayi cukup bulan (*term infant*) merupakan bayi yang lahir dengan masa kehamilan mulai dari 37 sampai dengan 42 minggu
- c) Bayi lebih bulan (*postterm infant*) merupakan bayi yang lahir dengan masa kehamilan mulai dari 42 minggu atau lebih.

2) Klasifikasi Neonatus berdasarkan berat lahir :

- a) Berat lahir ekstrem rendah yaitu < 1000 gram
- b) Berat lahir sangat rendah yaitu < 1500 gram
- c) Berat lahir rendah yaitu 1500-2500 gram.
- d) Berat lahir cukup yaitu 2500-4000 gram.
- e) Berat lahir lebih yaitu >4000 gram.

d. Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir

Penatalaksanaan bayi baru lahir merupakan rangkaian tindakan yang bertujuan untuk menjaga kelangsungan hidup, mencegah komplikasi, serta mendukung adaptasi fisiologis bayi terhadap kehidupan di luar rahim. Tindakan ini dilakukan segera setelah lahir hingga periode neonatal awal dengan memperhatikan prinsip pencegahan infeksi, menjaga kehangatan, serta mendukung pemberian ASI eksklusif.^{3,35}

1) Tindakan segera setelah lahir

Bayi dikeringkan secara menyeluruh menggunakan kain bersih dan kering segera setelah lahir, sebelum dilakukan penilaian lanjutan. Setelah itu dilakukan penilaian terhadap pernapasan dan tonus otot untuk menentukan kebutuhan resusitasi. Bayi kemudian diletakkan di dada ibu untuk menciptakan kontak kulit ke kulit (*skin-to-skin contact*) yang bermanfaat menjaga suhu tubuh dan memfasilitasi inisiasi menyusu dini. Kain basah diganti dengan yang kering tanpa memutus kontak antara ibu dan bayi, kemudian kepala bayi ditutup dengan kain atau topi bersih untuk mencegah kehilangan panas.

2) Pencegahan infeksi dan perawatan tali pusat

Selama penanganan bayi, tenaga kesehatan wajib menggunakan alat dan sarung tangan steril. Pemotongan tali pusat dilakukan secara aseptik setelah penundaan selama satu hingga tiga menit, kecuali terdapat indikasi medis untuk segera memotong. Perawatan tali pusat dilakukan secara kering tanpa penggunaan bahan tambahan seperti bedak, minyak, atau alkohol. Tali pusat perlu diamati setiap saat untuk mendeteksi tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, bau, atau keluarnya cairan.

3) Pencegahan hipotermia

Upaya menjaga suhu tubuh bayi dilakukan dengan mempertahankan suhu ruangan sekitar 25–28°C. Kontak kulit antara ibu dan bayi dipertahankan minimal satu jam setelah lahir. Bila kondisi bayi belum stabil, dapat digunakan metode penghangatan alternatif seperti pembedongan hangat atau inkubator. Penimbangan maupun pemandian bayi ditunda hingga suhu tubuh benar-benar stabil.

4) Nutrisi dan pemberian ASI

Inisiasi menyusui dini (IMD) dilakukan dalam satu jam pertama setelah bayi lahir untuk menstimulasi produksi ASI dan memperkuat ikatan antara ibu dan bayi. Selanjutnya, bayi dianjurkan hanya menerima ASI (ASI eksklusif) sesuai kebutuhan tanpa tambahan makanan atau cairan lain. Petugas kesehatan memberikan edukasi kepada ibu mengenai cara menyusui yang benar agar proses menyusui berjalan efektif dan nyaman

5) Profilaksis dan imunisasi

Setelah lahir, bayi diberikan vitamin K1 dosis 1 mg secara intramuskular di paha bagian atas untuk mencegah perdarahan akibat defisiensi vitamin K. Selain itu, diberikan salep mata antibiotik (eritromisin atau tetrasiklin 1%) sebagai upaya

pencegahan infeksi gonokokus. Bayi juga memperoleh imunisasi hepatitis B dosis nol (HB-0) dan polio nol dalam 24 jam pertama kehidupan sesuai dengan program imunisasi nasional.

6) Pemeriksaan dan pemantauan

Pemeriksaan fisik bayi meliputi pengukuran berat badan, panjang badan, dan lingkar kepala. Selain itu dilakukan observasi terhadap adanya kelainan kongenital maupun tanda bahaya seperti napas cepat, retraksi dada, hipotermia, kejang, atau ikterus dini. Semua hasil pemeriksaan dicatat dalam buku KIA untuk pemantauan berkelanjutan. Bayi kemudian dijadwalkan untuk kunjungan neonatal yang terdiri atas KN1 (hari ke-0 sampai ke-2), KN2 (hari ke-3 sampai ke-7), dan KN3 (hari ke-8 sampai ke-28).

7) Edukasi dan rujukan

Tenaga kesehatan memberikan edukasi kepada ibu dan keluarga mengenai tanda bahaya pada bayi baru lahir, seperti napas lebih dari 60 kali per menit, suhu tubuh rendah, kejang, atau malas minum. Apabila ditemukan tanda-tanda gawat, bayi segera distabilisasi dan dirujuk ke fasilitas pelayanan neonatal yang memiliki kemampuan perawatan lanjutan.

e. *APGAR Score*

Merupakan alat untuk mengkaji kondisi bayi sesaat setelah lahir, meliputi 5 variabel (pernafasan, frekuensi jantung, warna, tonus otot dan iritabilitas reflek). Penilaian ini dilakukan pada 1 menit pertama kelahiran untuk memberi kesempatan pada bayi untuk memulai perubahan, menit ke-5 dan menit ke-10.³

Tabel 2. *Apgar Score*

Kriteria	Nilai		
	0	1	2
<i>Appearance</i> Warnakulit	Seluruh tubuh biru	Tubuh kemerahan, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
<i>Pulse</i> Denyutjantung	Tidakada	<100 x/ menit	>100 x/ menit
<i>Grimace</i> Reflek	Tidak ada respon	Ekstremitas sedikit fleksi	Reflek baik
<i>Activity</i> Aktivitasotot	Tidak ada	Bergerak namun lemah	Bergerak aktif
<i>Respiration</i> Usaha bernafas	Tidak ada	Menangis lemah disertai rintihan	Menangis Kuat

f. Pemulangan bayi baru lahir

Bayi lahir di fasilitas kesehatan seharusnya dipulangkan minimal 24 jam setelah lahir apabila selama pengawasan tidak dijumpai kelainan. Melakukan pemeriksaan lengkap untuk memastikan bayi dalam keadaan baik, dan memberikan konseling tanda bahaya dan perawatan bayi baru lahir. Memberi tahu kapan kunjungan ulang 1, 2, dan 3. Tanda bahaya yang harus diperhatikan adalah:

- 1) Tidak mau minum atau muntah
- 2) Kejang
- 3) Bergerak bila hanya dirangsang
- 4) Napas cepat (≥ 60 kali/ menit)
- 5) Napas lambat (< 30 kali/ menit)
- 6) Tarikan dinding dada yang kuat
- 7) Merintih
- 8) Teraba demam ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$)
- 9) Teraba dingin (suhu aksila $< 36^{\circ}\text{C}$)
- 10) Nanah banyak dimata
- 11) Pustul kemerahan meluas ke dinding perut
- 12) Diare
- 13) Tampak kuning pada tangan dan telapak kaki.

5. Masa Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas berasal dari bahasa latin, yaitu *puer* artinya bayi dan *parous* artinya melahirkan atau masa sesudah melahirkan. Asuhan kebidanan masa nifas adalah penatalaksanaan asuhan yang diberikan pada pasien mulai dari saat setelah lahirnya bayi sampai dengan kembalinya tubuh dalam keadaan seperti sebelum hamil atau mendekati keadaan sebelum hamil.³⁶

Masa Nifas dimulai setelah 2 jam postpartum dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, biasanya berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan baik secara fisiologi maupun psikologis akan pulih dalam waktu 3 bulan.³⁶

Masa nifas dibagi dalam beberapa tahap, yaitu:³⁷

1) Puerperium dini (*immediate postpartum*)

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

2) Puerperium intermedial (*early postpartum*)

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

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

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

4) *Remote puerperium*

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

b. Perubahan Masa Nifas

1) Perubahan Fisiologis Nifas

a) Sistem Reproduksi

i. Uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil. Setelah persalinan, kondisi tubuh ibu secara anatomi akan mengalami perubahan, salah satunya adalah kembalinya rahim pada ukuran semula. Proses ini disebut dengan involusi uterus.

Tabel 3. Perubahan Bentuk Uterus

Involusi	TFU	Berat uterus (gr)
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000
Plasenta lahir	2 jari bawah pusat	750
1 minggu (7 hari) postpartum	Pertengahan pusat simpisis	500
2 minggu (14 hari) postpartum	Tidak teraba diatas simpisis	350
6 minggu postpartum	Bertambah kecil	50-60
8 minggu postpartum	Normal	30

ii. Lochea

Lochea berasal dari Bahasa Latin, yang digunakan untuk menggambarkan perdarahan pervaginam setelah persalinan. Lochea adalah cairan secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas.

Tabel 4. Jenis-jenis Lochea

Jenis Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra (cruenta)	1-3 hari	Merah	Berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo dan mekonium
Sanguinolenta	3-7 hari	Merah kekuningan	Berisi darah dan lendir
Serosa	7-14 hari	Merah jambu kemudian kuning	Cairan serum, jaringan desidua, leukosit, dan eritrosit
Alba	2-6 minggu	Putih	Cairan berwarna putih seperti krim terdiri dari leukosit dan sel-sel desidua

iii. Serviks

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi lahir, tangan pemeriksa masih dapat dimasukkan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk. Namun demikian, selesai involusi, ostium eksternum tidak sama seperti sebelum hamil.³⁸

iv. Vulva, Vagina, dan Perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan

rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol.³⁹

Perubahan pada perineum postpartum terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomy dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada masa nifas dengan latihan atau senam nifas.⁴⁰ Robekan perineum umumnya terjadi di garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin melewati pintu bawah panggul dengan ukuran yang lebih besar. Dalam penyembuhan luka memiliki fase-fase pada keluhan yang dirasakan ibu pada hari pertama sampai hari ke-3 ini merupakan fase inflamasi, dimana pada fase ini ibu akan merasakan nyeri pada luka jahitan di perineum, hal ini akan terjadi sampai 4 hari postpartum.⁴¹

v. Payudara

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis, yaitu produksi susu dan sekresi susu (*let down*). Selama sembilan bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi untuk menghambat kelenjar *pituitary* akan mengeluarkan prolaktin (hormon laktogenik). Ketika bayi

menghisap puting, reflek saraf merangsang *lobus posterior pituitary* untuk menyekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang reflek *let down* (mengalirkan), sehingga menyebabkan ejeksi ASI melalui *sinus aktiferus* payudara ke duktus yang terdapat pada puting. Ketika ASI dialirkan karena isapan bayi atau dengan dipompa sel-sel acini terangsang untuk menghasilkan ASI lebih banyak.³⁶

b) Tanda-tanda Vital

Perubahan tanda-tanda vital diantaranya, yaitu:⁴²

i. Suhu Badan

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

ii. Nadi

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

iii. Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat pada persalinan 15 mmHg pada systole dan 10 mmHg pada diastole. Biasanya setelah bersalin tidak berubah (normal), kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklamsi pada masa postpartum.

iv. Pernafasan

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

c) Sistem kardivaskuler

Perubahan volume darah bergantung pada beberapa faktor, misalnya kehilangan darah selama melahirkan dan mobilisasi, serta pengeluaran cairan ekstrasvaskular (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 sampai mencapai volume darah sebelum hamil.¹¹

d) Sistem Hematologi

Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas, dan juga terjadi peningkatan faktor pembekuan darah serta terjadi Leukositosis dimana jumlah

sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa postpartum. Jumlah sel darah putih tersebut masih bisa naik lagi sampai 25.000-30.000, terutama pada ibu dengan riwayat persalinan lama. Kadar hemoglobin, hematokrit, dan eritrosit akan sangat bervariasi pada awal-awal masa postpartum sebagai akibat dari volume placenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Semua tingkatan ini akan dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi ibu. Kira-kira selama persalinan normal dan masa postpartum terjadi kehilangan darah sekitar 250-500 ml. penurunan volume dan peningkatan sel darah merah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke-3 sampai 7 postpartum dan akan kembali normal dalam 4 sampai 5 minggu postpartum.⁴³

e) Sistem Pencernaan

Sistem pencernaan selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal.⁴⁴

f) Sistem Perkemihan

Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12 – 36 jam sesudah melahirkan. Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli ureter, karena bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urin dalam

jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12 – 36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu. Diuresis dapat terjadi setelah 2-3 hari postpartum.⁴⁴

g) Sistem Muskuloskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligamen rotundum menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusannya serat-serat elastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu. Pemulihan kembali jaringan-jaringan penunjang alat genitalia, serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, dibantu dengan latihan atau senam nifas, bisa dilakukan sejak 2 hari postpartum.⁴³

h) Sistem Endokrin

2) Perubahan Psikologis Nifas

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

a) *Masa Taking In*

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

b) *Masa Taking On*

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

c) *Masa Letting Go*

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

Periode Postpartum menyebabkan stress emosional terhadap ibu baru, bahkan lebih menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang hebat. Faktor-faktor yang mempengaruhi suksinya masa transisi ke masa menjadi orang tua pada masa postpartum, yaitu:⁴⁴

- a) Respon dan dukungan dari keluarga dan teman
- b) Hubungan antara pengalaman melahirkan dan harapan serta aspirasi
- c) Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lain
- d) Pengaruh budaya

c. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

1) Mobilisasi dini (*early mobilization*)

Mobilisasi sangat bervariasi, tergantung pada komplikasi persalinan, nifas, atau sembuhnya luka (jika ada luka). Jika tidak ada kelainan, lakukan mobilisasi sedini mungkin, yaitu dua jam setelah persalinan normal. Ini berguna untuk mempercepat sirkulasi darah dan mengeluarkan cairan vagina (lochea). Karena lelah sehabis bersalin, ibu harus istirahat, tidur terlentang selama 8 jam pasca persalinan. Kemudian boleh miring-miring kekanan dan kekiri untuk mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli. Pada hari ke 2 diperbolehkan duduk, hari ke 3 jalan-jalan, dan hari ke 4 atau 5 sudah diperbolehkan pulang. Mobilisasi diatas mempunyai variasi, bergantung pada komplikasi persalinan, nifas dan sembuhnya luka.

2) Gizi

Ibu menyusui harus mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui). Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya 40 hari pasca persalinan. Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

3) Eliminasi

Rasa nyeri kadangkala menyebabkan keengganan untuk berkemih, tetapi usahakanlah untuk berkemih secara teratur, karena kantung kemih yang penuh dapat menyebabkan gangguan kontraksi rahim, yang dapat menyebabkan timbulnya perdarahan dari rahim. Seperti halnya dengan berkeih, perempuan pascapersalinan sering tidak merasakan sensasi ingin buang air besar, yang dapat disebabkan pengosongan usus besar (klisma) sebelum melahirkan atau ketakutan menimbulkan robekan pada

jahitan dikemaluan. Oleh karena itu, ibu perlu belajar berkemih secara spontan dan tidak menahan buang air kecil ketika ada rasa sakit pada jahitan. Menahan buang air kecil akan menyebabkan terjadinya bendungan air seni dan gangguan kontraksi rahim sehingga pengeluaran cairan vagina tidak lancar. Sedangkan buang air besar akan sulit karena ketakutan akan rasa sakit, takut jahitan terbuka atau karena adanya haemoroid (wasir). Kesulitan ini dapat dibantu dengan mobilisasi dini, mengonsumsi makanantinggi serat dan cukup minum.³⁶

4) Personal Hygiene

Anjurkan kebersihan seluruh tubuh, mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ia mengerti untuk membersihkan daerah disekitar vulva terlebih dahulu, dari depan kebelakang, baru kemudian membersihkan daerah disekitar anus. Nasehatkan ibu untuk membersihkan diri setiap kali selesai buang air kecil atau besar. Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain setidaknya dua kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik, dan dikeringkan dibawah matahari atau disetrika sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya. Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari daerah luka.

5) Istirahat

Istirahat pada ibu selama masa nifas beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kebutuhan istirahat sangat dibutuhkan oleh ibu beberapa jam setelah melahirkan. Kebutuhan tidur rata-rata orang dewasa 7-8 jam per 24 jam. Kurangnya istirahat dapat mempengaruhi ibu dalam beberapa hal: mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses

involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan mengurus bayi dan dirinya sendiri.

6) Seksual

Hubungan seksual dapat dilakukan apabila darah sudah berhenti dan luka episiotomy sudah sembuh. Koitus bisa dilakukan pada 3-4 minggu postpartum. Libido menurun pada bulan pertama postpartum, dalam hal kecepatan maupun lamanya, begitu pula orgasmenya. Ibu perlu melakukan fase pemanasan (*exittement*) yang membutuhkan waktu yang lebih lama, hal ini harus diinformasikan pada pasangan suami isteri. Secara fisik aman untuk melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat melakukan simulasi dengan memasukkan satu atau dua jari ke dalam vagina, apabila sudah tidak terdapat rasa nyeri, maka aman untuk melakukan hubungan suami istri. Meskipun secara psikologis ibu perlu beradaptasi terhadap berbagai perubahan postpartum, mungkin ada rasa ragu, takut dan ketidaknyamanan yang perlu difasilitasi pada ibu. Bidan bisa memfasilitasi proses konseling yang efektif, terjaga privasi ibu dan nyaman tentang seksual sesuai kebutuhan dan kekhawatiran ibu.⁴⁰

7) Perawatan Payudara

Menjaga payudara tetap bersih dan kering serta menggunakan BH yang menyokong payudara, jika puting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali selesai menyusui dan tetap menyusukan pada puting susu yang lecet, apabila lecet sangat berat istirahatkan selama 24 jam dan untuk menghindari nyeri dapat minum parasetamol 1 kaplet setiap 4 – 6 jam.⁴³

d. Tanda Bahaya Nifas

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

e. Asuhan Masa Nifas

1) Asuhan Kebidanan Berpusat Pada Ibu (*Woman Centered*)

Asuhan Kebidanan Berpusat Pada Ibu (*Woman Centered*) merupakan asuhan yang mempertimbangkan asuhan ibu dan bayi dari sudut pandang holistik, bahwa asuhan kebidanan mempertimbangkan asuhan dari konteks fisik, emosional, psikologis, spiritual, sosial, dan budaya, serta untuk pengambilan keputusan asuhan kebidanan berpusat pada ibu, mempertimbangkan hak-hak dan pilihan ibu tentang asuhan yang akan dilakukan pada dirinya.

Pemberian asuhan kebidanan berpusat pada ibu, merupakan perubahan fokus asuhan kebidanan untuk memenuhi standar pelayanan kebidanan yang professional. Asuhan kebidanan yang

diberikan bukan berpusat pada pemberi pelayanan (provider) yaitu bidan, dan bukan dominan pada bidan selaku pemberi pelayanan. Sehingga menunjukkan kecenderungan *oneway* yaitu dominan pada aspek provider bidan, seharusnya menunjukkan interaksi dua arah (*two way*), dan pusat pengambil keputusan adalah ibu atau klien. Untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kebidanan profesional, maka penting untuk menjadi pendengar dan merespon aspirasi ibu.⁴⁵

2) Kebijakan dan Asuhan masa nifas

Asuhan ibu masa nifas adalah asuhan yang diberikan kepada ibu segera setelah kelahiran sampai 6 minggu setelah kelahiran. Tujuan dari masa nifas adalah untuk memberikan asuhan yang adekuat dan terstandar pada ibu segera setelah melahirkan dengan memperhatikan riwayat selama kehamilan, dalam persalinan dan keadaan segera setelah melahirkan. Adapun hasil yang diharapkan adalah terlaksanakannya asuhan segera atau rutin pada ibu postpartum termasuk melakukan pengkajian, membuat diagnose, mengidentifikasi masalah dan kebutuhan ibu, mengidentifikasi diagnose dan masalah potensial, tindakan segera serta merencanakan asuhan.³⁶

Adapun jadwal kunjungan pada masa nifas adalah sebagai berikut:⁴⁶

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

- i. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
- ii. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.
- iii. Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri.
- iv. Pemberian ASI awal.
- v. Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.

- vi. Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi.
- b) Kunjungan II (6 hari *postpartum*)
 - i. Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal.
 - ii. Menilai adanya tanda -tanda demam, infeksi dan perdarahan.
 - iii. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, ciaran, dan istirahat
 - iv. Memastikan ibu menyusui dengan baik, dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
 - v. Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
- c) Kunjungan III (2 minggu *postpartum*)
Asuhan pada 2 minggu *postpartum* sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari *postpartum*.
- d) Kunjungan IV (6 minggu *postpartum*)
 - i. Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.
 - ii. Memberikan konseling KB secara dini
 - iii. Menganjurkan/mengajak ibu membawa bayinya ke posyandu atau puskesmas untuk penimbangan dan imunisasi.

6. Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana

a. Pengertian

Menurut *World Health Organization* (WHO), Keluarga Berencana adalah suatu strategi untuk memungkinkan individu dan pasangan mencapai jumlah anak yang diinginkan serta menentukan jarak kelahiran dengan cara penggunaan metode kontrasepsi yang efektif dan aman.⁴⁷ Berdasarkan Kementerian Kesehatan, kontrasepsi adalah cara atau alat yang digunakan dengan tujuan untuk mencegah

terjadinya kehamilan. Penggunaan alat kontrasepsi akan mencegah sel telur dan sel sperma bertemu, menghentikan produksi sel telur, menghentikan penggabungan sel sperma dan sel telur yang telah dibuahi yang menempel pada lapisan Rahim.⁴⁸ Keluarga Berencana dalam Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga 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.^{12,49}

Kontrasepsi sendiri merupakan salah satu obat atau alat untuk mencegah terjadinya kehamilan, sampai saat ini terdapat berbagai jenis kontrasepsi dengan efektivitas yang bervariasi. Banyak wanita mengalami kesulitan dalam menentukan pilihan jenis kontrasepsi. Hal ini dikarenakan adanya berbagai faktor harus dipertimbangkan, antara lain usia, paritas, pasangan, usia anak terkecil, biaya, budaya dan tingkat pendidikan yang harus diperhatikan oleh setiap individu.¹² KB (Keluarga Berencana) adalah salah satu pelayanan kesehatan preventif yang paling dasar dan utama bagi seorang wanita. Hal ini digunakan untuk melakukan optimalisasi terhadap manfaat kesehatan keluarga berencana, pelayanan tersebut harus disediakan bagi wanita dengan cara menggabungkan dan memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan reproduksi utama dan yang lain, serta responsif terhadap berbagai tahap kehidupan reproduksi wanita, karena pertumbuhan yang tinggi akan menimbulkan masalah besar bagi suatu negara, sehingga usaha yang dilakukan harus optimal dalam mempertahankan kesejahteraan rakyat melalui program pelayanan yang preventif paling dasar terutama pada seorang wanita.^{12,49}

b. Tujuan Program Keluarga Berencana

1) Tujuan Umum

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

2) Tujuan Khusus

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

c. Ruang lingkup program KB

Menurut kemenkes ruang lingkup program KB meliputi :

- 1) Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE)
- 2) Konseling
- 3) Pelayanan kontrasepsi
- 4) Pelayanan infertilitas
- 5) Pendidikan sex (*sex education*)
- 6) Konsultasi pra perkawinan dan konsultasi perkawinan
- 7) Tes keganasan
- 8) Adopsi

d. Sasaran Keluarga Berencana

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

terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera.⁵⁰

e. 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.⁵¹ 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.⁵²

Konseling yang diberikan meliputi manfaat, kesesuaian alat kontrasepsi, kemungkinan gejala samping dan cara-cara mengatasi, dan alternatif pilihan alat kontrasepsi. Pelayanan kontrasepsi perlu diimbangi 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 adalah 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.⁵²

Pelayanan Kontrasepsi adalah Pemberian kondom, pil, suntik, pemasangan atau pencabutan implan, pemasangan atau pencabutan AKDR, pelayanan tubektomi, pelayanan vasektomi. Pelayanan kontrasepsi dapat dilakukan pada: Masa Interval, Pasca Persalinan,

Pasca Keguguran dan Pelayanan kontrasepsi darurat. Pasca pelayanan Kontrasepsi meliputi Pemberian konseling dan Pelayanan medis/rujukan apabila di perlukan setelah dilakukan pelayanan kontrasepsi.⁵²

f. Manfaat Keluarga Berencana

1) Mencegah masalah kehamilan

Perempuan yang terlalu tua dan belum menopause melakukan hubungan intim tanpa menggunakan alat kontrasepsi, dapat meningkatkan resiko terjadinya kehamilan. Dalam medis melahirkan di atas usia 35 tahun sangat tidak disarankan, karena akan berisiko pada wanita dan dapat menyebabkan kematian. Oleh karena itu program KB diharapkan dapat menurunkan resiko kehamilan, sebagai program yang digunakan untuk merencanakan kehamilan.

2) Tidak mengganggu tumbuh kembang anak

Jarak kehamilan yang tidak direncanakan dapat menimbulkan masalah diantaranya, apabila anak belum berusia satu tahun sudah memiliki adik secara tidak langsung akan mempengaruhi tumbuh kembang anak pertama. Normalnya jarak anak pertama dan kedua yang baik yaitu antara 3-5 tahun, apabila anak belum berusia 2 tahun sudah mempunyai adik, ASI untuk anak tidak bisa penuh 2 tahun sehingga kemungkinan mengalami gangguan kesehatan. Selain itu orang tua yang mempunyai dua anak juga akan mengalami kesulitan membagi waktu, maka anak yang lebih besar akan kurang perhatian. Dalam hal ini program KB sangat berperan besar untuk mengatur jarak kehamilan, sebagai salah satu upaya untuk mencegah gangguan tumbuh kembang anak.

3) Menjaga kesehatan mental

Jika terjadi kelahiran anak dengan jarak yang dekat, kemungkinan risiko depresi semakin besar. Kondisi tersebut bisa dihilangkan dengan mengikuti program Keluarga Berencana. Jika melakukan

pengaturan kehamilan, pasangan suami istri bisa hidup lebih sehat. Bahkan anak bisa tumbuh secara maksimal dan perencanaan kehamilan akan berjalan matang.

g. Akseptor Keluarga Berencana

1) Akseptor Aktif

Akseptor aktif adalah akseptor yang ada pada saat ini menggunakan salah satu cara/alat kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan atau mengakhiri kesuburan.

2) Akseptor Aktif Kembali

Akseptor aktif kembali adalah pasangan usia subur yang telah menggunakan kontrasepsi selama 3 (tiga) bulan atau lebih yang tidak diselingi suatu kehamilan, dan kembali menggunakan cara alat kontrasepsi baik dengan cara yang sama maupun berganti cara setelah berhenti/istirahat kurang lebih 3 (tiga) bulan berturut-turut dan bukan karena hamil.

3) Akseptor Baru

Akseptor KB baru adalah akseptor yang baru pertama kali menggunakan alat/obat kontrasepsi atau pasangan usia subur yang kembali menggunakan alat kontrasepsi setelah melahirkan atau abortus.

4) Akseptor KB Dini

Akseptor KB dini merupakan para ibu yang menerima salah satu cara kontrasepsi dalam waktu 2 minggu setelah melahirkan atau abortus.

5) Akseptor KB Langsung

Akseptor KB langsung merupakan para istri yang memakai salah satu cara kontrasepsi dalam waktu 40 hari setelah melahirkan atau abortus

6) Akseptor KB *Dropout*

Akseptor KB *dropout* adalah akseptor yang menghentikan pemakaian kontrasepsi lebih dari 3 bulan

h. Macam-macam Alat Kontrasepsi 9

1) Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP)

Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) meliputi Intra Uterine Device atau Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (IUD/AKDR), Implan, Tubektomi atau Metode Operasi Wanita (MOW), Vasektomi atau Metode Operasi Pria (MOP).

2) Metode Kontrasepsi Jangka Pendek (non MKJP)

Metode Kontrasepsi Jangka Pendek (non MKJP) meliputi Suntikan, Pil dan Kondom

3) Metode Kontrasepsi Sederhana

Kontrasepsi sederhana merupakan cara yang digunakan dalam pencegahan kehamilan secara sederhana, bahkan untuk sekali pemakaian saat melakukan hubungan seksual. Kontrasepsi sederhana dibagi atas dua cara yaitu tanpa menggunakan alat atau obat dan dengan menggunakan alat atau obat

a) Tanpa alat atau obat meliputi Metode Amenorea Laktasi (MAL), Senggama terputus dan pantang berkala

b) Dengan alat atau obat meliputi kondom, Diafragma atau cap, cream, jelly dan cairan berbusa, tablet berbusa (vagina tablet)

i. Jenis-jenis Metode Kontrasepsi Pasca Salin

Metode kontrasepsi yang dijelaskan pada bab ini merupakan metode kontrasepsi yang tersedia di Indonesia. Untuk merk dagang yang di tuliskan sebagai contoh merupakan merk dagang alokon yang masuk dalam program pemerintah.⁵³

1) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) Coper

a) Pengertian: AKDR Copper adalah suatu rangka plastik yang lentur dan kecil dengan lengan atau kawat Copper (tembaga) di sekitarnya.

b) Jenis: AKDR Cu T 380 A merupakan AKDR yang disediakan oleh Pemerintah (Program) AKDR Nova T 380

tidak disediakan oleh Pemerintah (Non Program) tetapi banyak digunakan sebagai KB Mandiri

- c) Cara kerja: Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke saluran telur karena tembaga pada AKDR menyebabkan reaksi inflamasi steril yang toksik buat sperma Jangka waktu pemakaian: Jangka waktu pemakaian berjangka panjang dapat hingga 10 tahun, serta sangat efektif dan bersifat reversibel
- d) Batas usia pemakai: Dapat dipakai oleh perempuan pada usia reproduksi. AKDR Cu T 380 A AKDR Nova T 380 24
- e) Efektivitas: Memiliki efektivitas tinggi berkisar 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan).
- f) Kembalinya kesuburan: Kembalinya kesuburan tinggi setelah AKDR copper T dilepas
- g) Waktu Pemasangan Kontrasepsi AKDR

Tabel 5. Waktu Pemasangan Kontrasepsi AKDR Coper

KONDISI KLIEN	WAKTU PEMASANGAN AKDR COPPER
Menstruasi teratur	Kapan saja pada bulan tersebut a. Jika mulai dalam 12 hari setelah permulaan menstruasi, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. b. Jika mulai lebih dari 12 hari setelah permulaan menstruasi, AKDR dapat dipasang kapan saja jika yakin ia tidak hamil. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan
.Berganti dari metode lain	a. Segera, jika klien menggunakan metode secara konsisten dan benar atau jika sudah yakin tidak hamil. Tidak perlu menunggu menstruasi berikutnya. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. b. Jika berganti dari suntik, AKDR dapat dipasang saat suntik ulangan seharusnya diberikan. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan.
Segera setelah melahirkan (tanpa memandang status menyusui)	a. Kapanpun dalam 48 jam setelah melahirkan, termasuk persalinan sesar. (Penyedia layanan memerlukan pelatihan khusus untuk pemasangan paskapersalinan dengan tangan atau dengan forsep.) b. Jika lebih dari 48 jam, tunda hingga setidaknya 4 minggu setelah melahirkan.

ASI eksklusif atau hampir eksklusif Kurang dari 6 bulan setelah melahirkan	a. Jika AKDR tidak dipasang dalam 48 jam pertama setelah melahirkan dan menstruasi klien belum muncul kembali, AKDR dapat dipasang kapan saja antara 4 minggu dan 6 bulan. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. b. Jika telah menstruasi, AKDR dapat dipasang seperti saran yang diberikan kepada perempuan yang memiliki siklus menstruasi
ASI eksklusif atau hampir eksklusif Lebih dari 6 bulan setelah melahirkan	a. Jika belum menstruasi, AKDR dapat dipasang kapan saja jika yakin tidak hamil. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. b. Jika telah menstruasi, AKDR dapat dipasang seperti yang dianjurkan pada perempuan yang memiliki siklus menstruasi (lihat halaman sebelumnya).
ASI tidak eksklusif atau tidak menyusui Lebih dari 4 minggu setelah melahirkan	a. Jika belum menstruasi, AKDR dapat dipasang kapan saja sepanjang dapat dipastikan bahwa klien tidak hamil. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. b. Jika telah menstruasi, AKDR dapat dipasang seperti saran yang dianjurkan pada perempuan yang memiliki siklus menstruasi normal
Tidak menstruasi (tidak berhubungan dengan melahirkan atau menyusui)	a. Kapan saja jika dapat dipastikan bahwa klien tidak hamil Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan.
Tidak menstruasi setelah keguguran atau aborsi	a. Segera, jika AKDR dipasang dalam 12 hari setelah keguguran atau aborsi trimester 1 atau trimester 2 dan jika tidak terjadi infeksi. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. b. Jika lebih dari 12 hari setelah keguguran atau aborsi trimester 1 atau trimester 2 dan tidak terjadi infeksi, AKDR dapat dipasang kapan saja jika yakin ia tidak hamil. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. c. Jika terjadi infeksi, obati atau rujuk dan bantu klien memilih metode lain. Jika klien tetap ingin menggunakan AKDR, AKDR tersebut dapat dipasang setelah infeksi sembuh sempurna. d. Pemasangan AKDR setelah keguguran atau aborsi trimester 2 membutuhkan pelatihan khusus. Jika tidak terlatih secara khusus, tunda pemasangan hingga setidaknya 4 minggu pasca keguguran atau aborsi.
Setelah menggunakan Pil Kontrasepsi Darurat (PKD)	a. AKDR dapat dipasang pada hari yang sama dengan hari minum PKD (PKD progestin, kombinasi, atau ulipristal acetate). Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. b. Jika tidak dipasang segera, namun klien kembali untuk pemasangan AKDR, AKDR dapat dipasang kapan saja sepanjang dapat ditegaskan bahwa klien tidak hamil

Untuk kontrasepsi darurat	a. Dalam 5 hari setelah hubungan seksual tanpa pengaman. b. Bila waktu ovulasi dapat diperkirakan, AKDR dapat dipasang sampai dengan 5 hari setelah ovulasi. Terkadang lebih dari 5 hari setelah hubungan seksual tanpa pengaman.
---------------------------	--

*Metode kontrasepsi tambahan mencakup abstinensia, kondom pria dan perempuan, spermisida, dan sanggama terputus. Spermisida dan sanggama terputus merupakan metode kontrasepsi yang paling tidak efektif. Beri kondom jika memungkinkan.

2) AKDR Levonogestrel (AKDR-LNG)

- a) Pengertian: AKDR LNG adalah suatu alat berbahan plastik berbentuk T yang secara terus-menerus melepaskan sejumlah kecil hormon progestin (levonorgestrel) setiap hari. AKDR Levonorgestrel tidak disediakan oleh Pemerintah (Non Program) tetapi banyak digunakan sebagai KB Mandiri
- b) Cara kerja: Menghambat sperma membuahi sel telur telur
- c) Jangka waktu pemakaian: Jangka waktu pemakaian berjangka panjang, efektif untuk pemakaian 5 tahun dan bersifat reversibel
- d) Batas usia pemakai: Dapat dipakai oleh perempuan pada usia reproduksi.
- e) Efektivitas: Mencegah Kehamilan dengan sangat efektif Kurang dari 1 kehamilan per 100 perempuan yang menggunakan AKDR-LNG selama tahun pertama
- f) Waktu Pemasangan AKDR-LNG

Tabel 6. Waktu Pemasangan AKDR-LNG

KONDISI	WAKTU PEMASANGAN AKDR LNG
Segera setelah melahirkan (tanpa memandang status menyusui)	a. Kapanpun dalam 48 jam pasca persalinan. b. Jika lebih dari 48 jam, tunda hingga setidaknya 4 minggu pasca persalinan
Menstruasi teratur atau berganti dari	Kapanpun pada bulan tersebut a. Jika ia memulai dalam 7 hari setelah permulaan menstruasi, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan.

metode nonhormonal	b. Jika lebih dari 7 hari setelah permulaan menstruasi, AKDR-LNG dapat dipasang kapanpun selama yakin ia tidak hamil. Klien akan memerlukan metode kontrasepsi tambahan* untuk 7 hari pertama setelah pemasangan.
Berganti dari metode hormonal	a. Segera, jika klien menggunakan metode secara konsisten dan benar atau jika yakin klien tidak hamil. Tidak perlu menunggu menstruasi berikutnya. b. Jika klien memulai dalam 7 hari setelah permulaan menstruasi, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. c. Jika lebih dari 7 hari setelah permulaan menstruasi, klien akan memerlukan metode kontrasepsi tambahan* untuk 7 hari pertama setelah pemasangan. b. Jika klien berganti dari suntik, AKDRLNG dapat dipasang ketika suntik ulangan seharusnya diberikan. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan
ASI eksklusif atau hampir eksklusif Kurang dari 6 bulan setelah melahirkan	a. Jika AKDR-LNG tidak dipasang dalam 48 jam pertama pasca persalinan dan menstruasi klien belum muncul kembali, AKDR-LNG dapat dipasang kapanpun antara 4 minggu dan 6 bulan. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. b. Jika menstruasi klien telah muncul kembali, AKDR-LNG dapat dipasang seperti saran yang diberikan kepada klien dengan siklus menstruasi.
ASI eksklusif atau hampir eksklusif Lebih dari 6 bulan setelah melahirkan	a. Jika menstruasi klien belum muncul kembali, AKDR-LNG dapat dipasang kapanpun sepanjang yakin klien tidak hamil. Klien akan memerlukan metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah pemasangan. b. Jika menstruasi klien telah muncul kembali, AKDR-LNG dapat dipasang seperti saran yang diberikan kepada klien dengan siklus menstruasi (lihat halaman sebelumnya)
ASI tidak eksklusif atau tidak menyusui Kurang dari 4 minggu setelah melahirkan	Jika AKDR-LNG tidak dipasang dalam 48 jam pertama pasca persalinan, tunda hingga setidaknya 4 minggu pasca persalinan
ASI tidak eksklusif atau tidak menyusui Lebih dari 4 minggu setelah melahirkan	a. Jika menstruasi belum muncul kembali, AKDR- LNG dapat dipasang kapanpun sepanjang dapat dipastikan bahwa klien tidak hamil. Klien akan memerlukan metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah pemasangan. b. Jika menstruasi telah muncul kembali, AKDR-LNG dapat dipasang seperti saran

	yang diberikan kepada klien dengan siklus menstruasi
Tidak menstruasi (tidak berhubungan dengan melahirkan atau menyusui)	Kapanpun jika dapat ditegaskan bahwa klien tidak hamil. Klien akan memerlukan metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah pemasangan
Setelah keguguran atau aborsi	a. Segera, jika AKDR-LNG dipasang dalam 7 hari setelah keguguran atau aborsi trimester 1 atau trimester 2 dan jika tidak terjadi infeksi. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. b. Jika lebih dari 7 hari setelah keguguran atau aborsi trimester 1 atau trimester 2 dan tidak terjadi infeksi, AKDR-LNG dapat dipasang kapanpun selama yakin ia tidak hamil. Klien akan memerlukan metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah pemasangan. c. Jika terjadi infeksi, obati atau rujuk dan bantu klien memilih metode lain. Jika klien tetap ingin menggunakan AKDR-LNG, AKDR tersebut dapat dipasang setelah infeksi bersih sempurna. d. Pemasangan AKDR-LNG setelah keguguran atau aborsi trimester 2 membutuhkan pelatihan khusus. Jika tidak terlatih secara khusus, tunda pemasangan hingga setidaknya 4 minggu pasca keguguran atau abortus
Setelah menggunakan Pil Kontrasepsi Darurat progestin, kombinasi, atau ulipristal acetate (UPA)	a. AKDR-LNG dapat dipasang sepanjang dapat dipastikan bahwa klien tidak hamil, misal setelah menstruasi berikutnya mulai. Berikan metode kontrasepsi tambahan atau pil untuk digunakan sampai dengan AKDR dipasang. b. AKDR-LNG seharusnya tidak dipasang dalam 6 hari pertama setelah minum PKD UPA. Obat-obat ini berinteraksi: jika AKDR-LNG dipasang lebih awal, dan keduanya ada di dalam tubuh, akibatnya satu atau keduanya mungkin menjadi kurang efektif.

3) Implant

- a) Pengertian: Implan merupakan batang plastik berukuran kecil yang lentur, seukuran batang korek api, yang melepaskan progestin yang menyerupai hormon progesteron alami di tubuh perempuan

- b) Jenis: ada dua jenis implant yaitu implant 2 batang dan satu batang
- c) Cara kerja: Mencegah pelepasan telur dari ovarium (menekan ovulasi), Mengentalkan lendir serviks (menghambat bertemunya sperma dan telur)
- d) Efektivitas: Kurang dari 1 kehamilan per 100 perempuan dalam 1 tahun pertama penggunaan Implan. Risiko kecil kehamilan masih berlanjut setelah tahun pertama pemakaian
- e) Kembalinya kesuburan: Kembalinya kesuburan tinggi setelah Implan dilepas
- f) Waktu Pemasangan Implan

Tabel 7. Waktu Pemasangan Implan

KONDISI	WAKTU PEMASANGAN IMPLAN
Menstruasi teratur atau berganti dari metode nonhormonal	a. Kapan pun pada bulan tersebut b. Jika mulai dalam 7 hari setelah permulaan menstruasinya, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. c. Jika mulai dari 7 hari setelah permulaan menstruasinya, implan dapat dipasang kapan saja jika yakin tidak hamil. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah pemasangan.
Berganti dari metode hormonal lainnya	a. Segera, jika klien menggunakan metode hormonal secara konsisten dan benar atau jika klien yakin tidak hamil. Tidak perlu menunggu menstruasi bulan berikutnya. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. b. Jika klien berganti dari KSK atau KSP, implan dapat dipasang ketika suntik ulangan seharusnya diberikan. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan.
ASI eksklusif atau hampir eksklusif Kurang dari 6 bulan setelah melahirkan	a. Jika belum menstruasi, implan dapat dipasang pada klien kapan saja di antara waktu melahirkan sampai dengan 6 bulan. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. b. Jika telah menstruasi, implan dapat dipasang seperti yang dianjurkan pada perempuan yang memiliki siklus menstruasi
ASI eksklusif atau hampir eksklusif Lebih dari 6 bulan setelah melahirkan	a. Jika belum menstruasi, implan dapat dipasang pada klien kapan saja jika yakin tidak hamil. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah pemasangan. b. Jika telah menstruasi, implan dapat dipasang seperti yang dianjurkan pada

	perempuan yang memiliki siklus menstruasi
ASI Tidak Eksklusif Jika belum menstruasi	Implan dapat dipasang kapan saja jika yakin tidak hamil. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah pemasangan
ASI Tidak Eksklusif Jika telah menstruasi	Jika menstruasi klien telah kembali, implan dapat dipasang seperti yang dianjurkan pada perempuan yang memiliki siklus menstruasi normal
Tidak Menyusui Kurang dari 4 minggu setelah melahirkan	a. Implan dapat dipasang kapan saja. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan Tidak Menyusui Lebih dari 4 minggu setelah melahirkan b. Jika belum menstruasi, implan dapat dipasang kapan saja jika yakin tidak hamil. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah pemasangan. b. Jika menstruasi telah kembali, implan dapat dipasang seperti yang dianjurkan pada perempuan dengan siklus menstruasi normal
Tidak menstruasi (tidak berhubungan dengan melahirkan atau menyusui)	Implan dapat dipasang kapan saja jika yakin tidak hamil. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah pemasangan.
Setelah keguguran atau aborsi	a. Segera. Jika implan dipasang dalam 7 hari setelah keguguran atau aborsi trimester 1 atau trimester 2, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. b. Jika lebih dari 7 hari setelah keguguran atau aborsi trimester 1 atau 2, implan dapat dipasang kapan saja jika yakin tidak hamil. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah pemasangan
Setelah pemakaian Pil Kontrasepsi Darurat (PKD)	a. Implan dapat dipasang pada hari yang sama dengan penggunaan PKD. b. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama. c. Bila tidak segera memulai menggunakan implan, tetapi klien masih ingin tetap menggunakannya, ia dapat memulai kapan saja asalkan yakin tidak hamil. Setelah pemakaian PKD ulipristal asetat: a. Implan dapat dipasang pada hari ke-6 setelah menggunakan PKD UPA. Tidak perlu menunggu menstruasi bulan berikutnya. Implan dan UPA berinteraksi. Jika implan dipasang lebih dulu; sehingga keduanya berada di dalam tubuh, salah satu atau keduanya bisa menjadi kurang efektif b. Buat janji agar klien kembali pada hari ke-6 untuk pemasangan implan, atau sesegera mungkin setelahnya.

	c. Perlu metode kontrasepsi tambahan sejak dari minum PKD UPA sampai dengan 7 hari setelah pemasangan implan. d. Jika klien tidak memulai pada hari ke-6 namun kembali sesudahnya untuk penggunaan implan, implan dapat dipasang kapan saja jika yakin tidak hamil.
--	---

4) Kontrasepsi Suntik Progestin

- a) Pengertian: Kontrasepsi suntik yang mengandung Progestin saja seperti hormon progesteron alami dalam tubuh perempuan
- b) Jenis: Program Pemerintah (disediakan oleh BKKBN): Depo Medroxyprogesterone Acetate (DMPA), 150 mg/vial (1 ml) merupakan suntikan intra muskuler
- c) Cara Kerja: Mencegah pelepasan telur dari ovarium, mengentalkan lendir serviks, menjadikan selaput lendir Rahim tipis dan atrofi
- d) Keuntungan: suntik tiap 2-3 bulan, tidak perlu penggunaan setiap hari, tidak mengganggu hubungan sex
- e) Keterbatasan: bergantung pada sarana pelayanan kesehatan, tidak bisa dihentikan sewaktu-waktu, kembali kesuburan lambat
- f) Waktu Pemberian Kontrasepsi Suntik Progestin

Tabel 8. Waktu Pemberian Kontrasepsi Suntik Progestin

KONDISI	WAKTU PEMBERIAN KSP
Menstruasi atau berganti dari metode non hormonal	Kapan pun pada bulan tersebut a. Jika klien mulai dalam 7 hari setelah permulaan menstruasi, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. b. Jika klien mulai lebih 7 hari setelah permulaan menstruasinya, ia dapat mulai menggunakan KSP kapan saja jika yakin tidak hamil. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 2 hari pertama minum pil. c. Jika berganti dari AKDR, dapat segera mulai menggunakan KSP
Berganti dari metode hormonal	a. Jika telah menggunakan metode hormonal secara konsisten dan benar atau jika yakin tidak hamil, KSP dapat segera digunakan. Tidak perlu menunggu menstruasi bulan

	berikutnya. Tidak perlu kontrasepsi tambahan. b. Jika berganti dari kontrasepsi suntik lainnya, klien dapat mulai menggunakan suntik baru saat suntik ulangan seharusnya diberikan. Tidak perlu kontrasepsi tambahan
ASI eksklusif atau hampir eksklusif Kurang dari 6 bulan setelah melahirkan	a. Jika melahirkan kurang dari 6 minggu yang lalu, tunda suntikan pertama sampai dengan setidaknya 6 minggu setelah melahirkan. b. Jika belum menstruasi, klien dapat mulai menggunakan KSP kapan saja antara 6 minggu dan 6 bulan. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. c. Jika telah menstruasi, klien dapat mulai menggunakan KSP seperti yang dianjurkan pada klien yang memiliki siklus menstruasi
ASI eksklusif atau hampir eksklusif Lebih dari 6 bulan setelah melahirkan	a. Jika belum menstruasi, klien dapat mulai menggunakan KSP kapan saja jika yakin ia tidak hamil. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah suntik. b. Jika telah menstruasi, klien dapat mulai menggunakan KSP seperti yang dianjurkan pada klien yang memiliki siklus menstruasi
ASI tidak eksklusif Kurang dari 6 minggu setelah melahirkan	Tunda suntikan pertama sampai dengan setidaknya 6 minggu setelah melahirkan
ASI tidak eksklusif Lebih dari 6 minggu setelah melahirkan	a. Jika belum menstruasi, klien dapat mulai menggunakan KSP kapan saja jika yakin ia tidak hamil. Klien memerlukan metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah suntik b. Jika telah menstruasi, klien dapat mulai menggunakan KSP seperti yang dianjurkan pada klien yang memiliki siklus menstruasi
Tidak Menyusui Kurang dari 4 minggu setelah melahirkan	Klien dapat mulai menggunakan KSP kapan saja. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan
Tidak Menyusui Lebih dari 4 minggu setelah melahirkan	a. Jika belum menstruasi, klien dapat memulai KSP kapan saja jika yakin tidak hamil. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah suntik. b. Jika telah menstruasi, klien dapat memulai KSP seperti yang dianjurkan pada klien dengan siklus menstruasi normal
Tidak menstruasi (tidak berhubungan)	Klien dapat mulai menggunakan KSP kapan saja jika yakin tidak hamil. Perlu

dengan melahirkan atau menyusui)	metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah suntik
Setelah keguguran atau abortus	a. Segera. Jika klien mulai menggunakan dalam 7 hari setelah keguguran atau aborsi trimester 1 atau 2, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. b. Jika klien mulai menggunakan KSP lebih dari 7 hari setelah keguguran atau aborsi, ia dapat mulai menggunakan KSP kapan saja jika yakin tidak hamil. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah suntik.
Setelah pemakaian Pil Kontrasepsi Darurat (PKD) jenis progestin atau kombinasi	a. Dapat mulai menggunakan KSP pada hari yang sama dengan minum PKD. Tidak perlu menunggu menstruasi untuk mendapat suntikan. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah suntikan. b. Bila klien tidak segera mulai menggunakan KSP, tetapi kembali untuk suntik, ia dapat memulai kapan saja jika yakin tidak hamil.
Setelah pemakaian Pil Kontrasepsi Darurat (PKD) jenis ulipristal asetat (UPA)	a. Menunggu menstruasi untuk mendapatkan suntikan. Suntikan dan UPA berinteraksi: jika suntik dimulai lebih dulu, maka keduanya berada di dalam tubuh, akibatnya salah satu atau keduanya dapat menjadi kurang efektif. b. Buat jadwal klien kembali untuk mendapatkan suntik pada hari ke-6 setelah memakai PKD UPA, atau sesegera mungkin setelah itu. c. Klien perlu kontrasepsi tambahan dari saat ia menggunakan PKD UPA sampai 7 hari setelah suntik. d. Jika klien tidak mulai suntikan pada hari ke-6 tetapi kembalinya agak terlambat untuk suntikan, ia mungkin perlu mulai kapan saja jika yakin tidak hamil

5) Kontrasepsi Pil Progestin

- a) Pengertian: Pil yang mengandung progestin saja dengan dosis yang sangat rendah seperti hormon progesteron alami pada tubuh perempuan
- b) Jenis: kemasan 28 pil berisi lynestrenol 0,5 mg, kemasan 28 pil berisi 75 µg norgestrel, Kemasan 35 pil berisi 300 µg levonorgestrel atau 350 µg norethindrone

- c) Cara kerja: cegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks, menjadikan endometrium tipis dan atrofi
- d) Keuntungan: tidak mengganggu ASI, dapat kontrol pemakaian secara mandiri, kesuburan cepat kembali, tidak mengganggu hubungan seks
- e) Keterbatasan: harus minum setiap hari di waktu yang sama, peningkatan/penurunan berat badan
- f) Waktu Pemberian KPP

Tabel 9. Waktu Pemberian KPP

KONDISI	WAKTU PEMBERIAN KPP
ASI eksklusif atau hampir eksklusif Kurang dari 6 bulan setelah melahirkan	a. Jika belum menstruasi, klien dapat mulai menggunakan KPP kapan saja antara sesudah melahirkan dan 6 bulan. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. b. Jika telah menstruasi, klien dapat mulai menggunakan KPP seperti yang dianjurkan pada klien yang memiliki siklus menstruasi
ASI eksklusif atau hampir eksklusif Lebih dari 6 bulan setelah melahirkan	a. Jika belum menstruasi, klien dapat mulai menggunakan KPP kapan saja jika yakin tidak hamil. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 2 hari pertama minum pil. b. Jika telah menstruasi, klien dapat mulai menggunakan KPP seperti seperti yang dianjurkan pada klien yang memiliki siklus menstruasi
ASI tidak Eksklusif Bila belum menstruasi	Klien dapat mulai menggunakan KPP kapan saja jika yakin tidak hamil. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 2 hari pertama minum pil.
ASI tidak Eksklusif Bila telah menstruasi	Klien dapat mulai menggunakan KPP seperti yang dianjurkan pada klien yang memiliki siklus menstruasi
Tidak Menyusui Kurang dari 4 minggu setelah melahirkan	Klien dapat mulai menggunakan KPP kapan saja. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan
Tidak Menyusui Lebih dari 4 minggu setelah melahirkan	a. Jika belum menstruasi, klien dapat mulai menggunakan KPP kapan saja jika yakin tidak hamil. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 2 hari pertama minum pil. b. Jika telah menstruasi, klien dapat mulai menggunakan KPP seperti yang dianjurkan pada klien yang memiliki siklus menstruasi
Berganti dari metode hormonal	Jika telah menggunakan metode hormonal secara konsisten dan benar atau jika yakin tidak hamil, KPP dapat segera digunakan. Tidak perlu

	menunggu menstruasi bulan berikutnya. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. • Jika berganti dari kontrasepsi suntik, ia dapat mulai menggunakan KPP saat suntik ulangan seharusnya diberikan. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan
Menstruasi teratur atau berganti dari metode non hormonal	Kapan saja pada bulan tersebut a. Jika klien mulai dalam 5 hari setelah permulaan menstruasi, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. b. Jika mulai lebih 5 hari setelah permulaan menstruasi, ia dapat mulai menggunakan KPP kapan saja jika yakin tidak hamil. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 2 hari pertama minum pil. c. Jika klien berganti dari AKDR, ia dapat segera mulai menggunakan KPP
Tidak menstruasi (tidak berhubungan dengan melahirkan atau menyusui)	Klien mulai menggunakan KPP lebih dari 7 hari setelah keguguran/aborsi trimester 1 atau trimester 2, ia dapat mulai menggunakan KPP kapan saja jika yakin tidak hamil. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 2 hari pertama minum pil
Setelah keguguran atau abortus	a. Segera. Jika klien mulai menggunakan dalam 7 hari setelah keguguran atau aborsi trimester 1 atau 2, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. b. Jika klien mulai menggunakan KPP lebih dari 7 hari setelah keguguran/aborsi trimester 1 atau trimester 2, ia dapat mulai menggunakan KPP kapan saja jika yakin tidak hamil. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 2 hari pertama minum pil
Setelah pemakaian Pil Kontrasepsi Darurat (PKD) jenis progestin atau kombinasi	a. Setelah selesai menggunakan PKD, perempuan dapat segera mulai atau memulai kembali penggunaan KPP. Tidak perlu menunggu menstruasi berikutnya. Pengguna rutin KPP yang membutuhkan PKD karena keliru memakai KPK, dapat melanjutkan pil yang tersisa dari kemasan saat ini. b. Bila tidak segera memulai KPP, tetapi tetap ingin menggunakannya, klien dapat mulai menggunakan kapan saja jika yakin tidak hamil. c. Semua klien perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 2 hari pertama minum pil
Setelah memakai PKD Ulipristal Asetat (UPA)	a. Klien dapat mulai atau memulai kembali KPP pada hari ke-6 setelah selesai meminum PKD UPA. Tidak perlu menunggu menstruasi berikutnya. Kontrasepsi Pil Progestin (KPP) dan UPA dapat berinteraksi: jika KPP dimulai lebih dulu, maka keduanya akan berada di dalam tubuh, akibatnya salah satu atau keduanya dapat menjadi kurang efektif.

	b. Berikan pasokan pil yang cukup dan informasikan untuk memulai pil tersebut di hari ke-6 setelah pemakaian PKD UPA. c. Perlu metode kontrasepsi tambahan dari mulai saat klien memakai PKD UPA sampai pemakaian KPP selama 2 hari. d. Jika klien tidak mulai KPP hari ke-6 tetapi kembali menggunakan KPP sesudahnya, klien dapat mulai menggunakan kapan saja jika yakin tidak hamil.
--	--

6) Kondom

- a) Pengertian: Merupakan selubung/sarung karet yang berbentuk silinder dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. Terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), polyurethane, polyisoprene, kulit domba, dan nitrile.
- b) Jenis: Kondom bergerigi, kondom beraroma, kondom tidak beraroma.
- c) Cara Kerja: Menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan.
- d) Keuntungan: murah dan mudah didapat, tidak perlu pemeriksaan khusus, mencegah kehamilan dan mencegah penularan IMS.
- e) Keterbatasan: cara penggunaan mempengaruhi keberhasilan, mengganggu hubungan sex, kesulitan mempertahankan ereksi.
- f) Waktu pemakaian: Kapan saja laki-laki atau pasangan menginginkan perlindungan terhadap kehamilan atau IMS.