

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

1. Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

Asuhan berkesinambungan yang diberikan pada Ny. A dimulai sejak umur kehamilan 37 minggu 6 hari. Asuhan ini dimulai pada tanggal 9 Maret 2026. Pengkajian tidak hanya dilakukan di Puskesmas Srandakan, tetapi juga dilakukan melalui kunjungan rumah dan secara *online* menggunakan *WhatsApp*. Jenis data yaitu data primer dari anamnesa dan pemeriksaan serta data sekunder yang diperoleh melalui rekam medis dan buku KIA pasien. Pada asuhan kehamilan, pelayanan antenatal yang telah diberikan kepada ibu sesuai dengan pelayanan antenatal pada kunjungan ulang menurut Varney, yaitu meliputi tinjauan ulang catatan, pengkajian riwayat, pemeriksaan fisik, tes laboratorium dan tes penunjang, serta penatalaksanaan.

a. Kunjungan hamil pertama, tanggal 9 Maret 2026

Ny. A umur 34 tahun G2P1Ab0Ah1 usia kehamilan 37 minggu 6 hari dilakukan kunjungan rumah secara langsung setelah sebelumnya dilakukan komunikasi melalui *WhatsApp*, hingga didapatkan kesepakatan bersedia untuk didampingi selama proses kehamilan hingga masa penentuan alat kontrasepsi. Alasan penentuan Ny. A sebagai pasien adalah karena usia kandungan Ny. A sudah mencapai usia *aterm* yang memungkinkan mahasiswa dapat mendampingi Ny. A hingga penentuan penggunaan alat kontrasepsi.

Dalam kesempatan ini penulis menyampaikan kembali tujuan pendampingan yang dilakukan sejak masa kehamilan hingga masa nifas dan penggunaan kontrasepsi. Ny. A diberikan penjelasan mengenai bentuk pendampingan yang meliputi pemantauan kesehatan ibu dan bayi, pemberian konseling, serta edukasi terkait penggunaan kontrasepsi pascasalin.

Setelah dilakukan penjelasan, Ny. A menyatakan persetujuan untuk didampingi secara berkesinambungan dari masa kehamilan, persalinan, nifas, hingga penggunaan kontrasepsi. Persetujuan ini dituangkan dalam bentuk *informed consent*, yang menegaskan bahwa ibu memahami tujuan pendampingan, manfaat, serta tanggung jawab bersama dalam menjaga kesehatan ibu dan bayi. Dengan adanya *informed consent*, pendampingan kebidanan terhadap Ny. A memiliki dasar kesepakatan yang jelas, sehingga proses asuhan dapat berjalan sesuai prinsip etik, legal, dan profesional.

Ny. A adalah warga asli Kebumen yang sementara waktu (selama hamil trimester III hingga masa persalinan), tinggal bersama kakaknya di Srandakan, Bantul. Alasannya adalah di Kebumen tidak ada saudara. Hingga pada akhirnya dengan berbagai macam pertimbangan, Ny. A sementara waktu tinggal bersama kakaknya, dimana pendampingan dan pertolongan bisa diberikan sewaktu-waktu.

Sebelum dilakukan kunjungan, dua hari yang lalu Ny. A sempat berkunjung ke Puskesmas Srandakan untuk memeriksa dengan keluhan sering buang air kecil dan vitamin habis. Dalam kunjungan ini, Ny. A juga dilakukan pemeriksaan penunjang, yaitu pemeriksaan laborat. Semua dalam batas normal, kecuali pada kadar Hb yang menunjukkan angka 10 mg/ dL. Dalam kunjungan kali ini, keluhan yang dirasakan oleh Ny. A masih sama, yaitu keluhan sering buang air kecil terutama di malam hari.

Ny. A menikah 1 kali pada tahun 2020 saat umur 29 tahun dengan lama menikah sampai sekarang 6 tahun. Ny. A pertama kali menstruasi umur 13 tahun. Siklus haid 28 hari dengan lama 7 hari, sifat darah encer, bau khas darah haid, tidak pernah dismenorhea, dan banyaknya $\pm$ 5-6 kali ganti pembalut/hari. HPHT: 17 Juni 2025 dan HPL: 24 Maret 2026.

Ny. A pertama kali pemeriksaan hamil saat usia kehamilan 8 minggu 2 hari di Puskesmas Ayah II. Sampai saat ini Ny. A sudah pemeriksaan 6 kali selama hamil dengan keluhan trimester I mual dan pusing, trimester II

tidak ada keluhan, dan trimester 3 merasa lebih sering buang air kecil. Ibu merasakan gerakan janin yang pertama pada usia kehamilan 18 minggu. Pergerakan janin saat ini aktif, > 10 kali/12 jam. Kehamilan ini merupakan kehamilan kedua. Meskipun begitu Ny. A belum pernah menggunakan alat kontrasepsi apapun, ketika berhubungan mengandalkan kondom, setelah melahirkan berencana menggunakan KB, namun masih bingung dalam menentukan alat kontrasepsi.

Status imunisasi TT Ny. A, yaitu TT 5. Terakhir diberikan imunisasi TT sebelum menikah tahun 2020. Ny. M mengatakan dirinya dan keluarga tidak pernah atau sedang menderita penyakit sistemik, seperti hipertensi, diabetes mellitus, asma, jantung, dan TBC. Ny. A tidak memiliki riwayat keturunan kembar, serta tidak pernah/ belum pernah merokok, minum minuman keras, dan minum jamu-jamuan. Dalam sehari Ny. A makan 3-4 kali sehari, porsi 1 piring dengan jenis makanan nasi, lauk, sayur, buah serta tidak memiliki pantangan dan alergi makanan. Jenis cairan yang diminum, seperti air putih dan susu ibu hamil dengan jumlah cairan $\pm$ 10-12 gelas/hari. Ny. A istirahat malam $\pm$ 6-7 jam/hari dan siang $\pm$ 1 jam/hari, tetapi jarang istirahat siang karena sibuk mengerjakan pekerjaan rumah tangga. Ny. A buang air kecil 8-10 kali/ hari, jernih/ agak kekuningan, bau khas urine, cair, tidak disuria, saat ini lebih sering pada malam hari serta untuk BAB 1 kali/hari, kuning kecoklatan, bau khas feses, lunak. Untuk *personal hygiene*, Ny. A mandi 2 kali/ hari, ganti pakaian setelah mandi pagi dan sore, serta ganti celana dalam 4-5 kali/ hari, yaitu setelah mandi dan saat celana dirasa lembab. Ny. A melakukan hubungan seksual 1x/ minggu saat merasa nyaman dan tidak ada keluhan. Untuk keadaan psikososial spiritual/kesiapan kehamilan, Ny. A sudah mengerti bahwa kehamilan saat ini memasuki trimester III, dan sudah mulai mempersiapkan peralatan untuk persiapan bersalin. Ny. A mengatakan dirinya dan keluarga senang dengan kehamilan ini.

Pemeriksaan fisik Ny. A dalam batas normal dan hasil pemeriksaan laboratorium terakhir pada saat ANC di Puskesmas Ayah II (11 September 2025) . Hasilnya menunjukkan; Hb: 10,5 mg/dL, GDS: 95 mg/dL, cek HIV: Non Reaktif, Sifilis: Non Reaktif, Hepatitis B: Non Reaktif. Pemeriksaan laborat di Puskesmas Srandakan (3 Maret 2026) juga menunjukkan Hb: 10 mg/dL. Dari hasil pemeriksaan Hb yang menunjukkan angka 10 mg/dL maka Ny. A masuk pada kategori ibu hamil dengan anemia ringan.

Diagnosis kasus asuhan kebidanan fisiologi pada kehamilan, yaitu Ny. A umur 34 tahun G2P1Ab0Ah1 usia kehamilan 37 minggu 6 hari dengan ketidaknyamanan ibu hamil. Masalah kebidanan, yaitu sering buang air kecil. Kemudian diagnosis/ masalah potensial yang dapat terjadi adalah Infeksi Saluran Kencing (ISK). Antisipasi kebutuhan segera dengan memberikan edukasi mengenai penyebab keluhan sering BAK beserta cara mengatasinya, ketidaknyamanan ibu hamil trimester III, senam hamil, dan *personal hygiene*. Serta pemenuhan nutrisi dan pemberian tablet Fe.

Penatalaksanaan yang dilakukan adalah memberitahu ibu hasil pemeriksaan, memberitahu ibu penyebab sering BAK, memberitahu ibu cara mengatasi sering buang air kecil, memberikan edukasi ketidaknyamanan ibu hamil trimester III beserta cara mengatasinya, menganjurkan ibu melakukan senam hamil dirumah untuk mengurangi ketidaknyamanan yang dirasakan ibu, dan menganjurkan ibu untuk selalu menjaga kemaluan tetap kering. Kemudian memberikan anjuran untuk mengonsumsi terapi tablet tambah darah (Fe 1000 mg dan Asam Folat 400 mcg) dan Kalk 500 mg 1 kali sehari yang sudah diberikan oleh Puskesmas Srandakan di kunjungan sebelumnya.

Tablet tambah darah diminum pagi dan malam sebelum tidur, tidak dianjurkan minum menggunakan teh, susu, dan kopi. Sedangkan Kalk diminum pagi setelah makan. Anjuran untuk mengonsumsi makanan yang dapat menaikkan kadar Hb juga disampaikan. Lalu, menegaskan kepada

ibu untuk kunjungan ulang 2 minggu lagi pada tanggal 17 Maret 2026 sesuai yang dijadwalkan oleh bidan di Puskesmas Srandakan atau ketika ada keluhan, dan terakhir melakukan dokumentasi.

b. Kunjungan hamil kedua, 14 Maret 2026

Ny. A umur 34 tahun G2P1Ab0Ah1 usia kehamilan 38 minggu 4 hari dilakukan kunjungan rumah secara langsung setelah sebelumnya Ny. A menyampaikan keluhan melalui *WhatsApp*. Keluhan yang dirasakan adalah perut mulai terasa kenceng-kenceng yang lebih sering dibandingkan sebelumnya. Kunjungan ini dilakukan untuk memantau kondisi ibu menjelang persalinan serta memberikan edukasi terkait tanda-tanda persalinan. Anjuran untuk menyiapkan baju-baju bayi dan perlengkapan ibu selama bersalin juga disampaikan demi kelancaran proses persalinan Ny. A.

Ny. A masih tinggal bersama kakaknya di Srandakan, Bantul, dengan alasan agar lebih mudah mendapatkan pendampingan dan pertolongan sewaktu-waktu. Ibu menyampaikan bahwa keluarga mendukung penuh proses kehamilan dan persalinan yang akan dijalani. Pada kunjungan kali ini, pemeriksaan fisik ibu dalam batas normal, gerakan janin aktif, dan TFU sesuai usia kehamilan. Ny. A juga sempat menanyakan untuk pemeriksaan kadar Hb ulang. Ny. A khawatir persalinannya sudah semakin dekat namun kadar Hb-nya masih kurang.

Diagnosis kasus asuhan kebidanan fisiologi pada kehamilan, yaitu Ny. A umur 34 tahun G2P1Ab0Ah1 usia kehamilan 38 minggu 4 hari dengan ketidaknyamanan ibu hamil berupa kontraksi yang lebih sering. Masalah kebidanan yang muncul adalah ketidaknyamanan akibat kontraksi menjelang persalinan. Diagnosis/ masalah potensial yang dapat terjadi adalah persalinan yang segera dimulai atau kemungkinan ketuban pecah dini. Antisipasi kebutuhan segera dilakukan dengan memberikan edukasi mengenai tanda-tanda persalinan, cara membedakan kontraksi palsu dan kontraksi asli, serta anjuran untuk segera ke fasilitas kesehatan

bila muncul tanda bahaya seperti perdarahan, pecah ketuban, atau gerakan janin berkurang.

Penatalaksanaan yang dilakukan adalah memberitahu ibu hasil pemeriksaan, memberikan edukasi mengenai tanda-tanda persalinan dan cara mengatasi ketidaknyamanan akibat kontraksi, menganjurkan ibu untuk melakukan teknik relaksasi dan pernapasan dalam, serta menjaga istirahat cukup. Tentang pertanyaan untuk pemeriksaan kadar Hb, jika memang ingin periksa untuk memastikan apakah kadar Hb sudah benar cukup, penulis sampaikan bahwa ibu bisa melakukan pemeriksaan di fasilitas kesehatan yang tersedia. Ibu juga dianjurkan untuk tetap mengonsumsi tablet tambah darah sesuai anjuran sebelumnya, menjaga nutrisi, dan memperhatikan *personal hygiene*. Selain itu, ditegaskan kepada ibu untuk segera melakukan kunjungan ulang atau datang ke fasilitas kesehatan (Ny. A berencana bersalin di Klinik Arinta) bila kontraksi semakin teratur, keluar lendir darah, atau air ketuban pecah. Lalu, terakhir melakukan dokumentasi asuhan yang sudah dilakukan.

2. Asuhan Kebidanan pada Persalinan

Minggu, 15 Maret 2026 pukul 07.22 WIB Ny. A memberikan kabar kepada penulis melalui media *WhatsApp* bahwa di tanggal 14 Maret 2026 kemarin ia baru saja melahirkan anak keduanya di usia kandungan 38 minggu 5 hari jam 18.45 WIB. Sesuai rencana, Ny. A melahirkan di Klinik Arinta didampingi oleh kakaknya dan keluarga. Menurut cerita dari Ny. A ketika penulis melakukan kunjungan pasca bersalin, pada saat itu di tanggal 14 Maret 2026 pukul 15.00 WIB Ny. A berkunjung ke Klinik Arinta dengan niatan untuk mengecek kadar Hb yang di pemeriksaan terakhir masih berada di angka 10 mg/dL. Berbekal rasa was-was karena usia kandungan beliau sudah semakin tua namun kadar Hb-nya masih kurang, Ny. A memutuskan untuk mengecek kadar Hb-nya. Ketika periksa, Ny. A juga menyampaikan bahwa perutnya sudah mulai ada kontraksi yang sering dan lama. Namun, karena rasa toleran sakit dari Ny. A besar, Ny. A tidak terlalu terlihat kesakitan.

Setelah dilakukan pemeriksaan kadar Hb dan didapatkan hasil, yaitu 11,3 mg/dL (kadar Hb sudah aman), bidan di Klinik Arinta mengecek pembukaan dari jalan lahir Ny. A atas pertimbangan kontraksi yang sudah menjalar ke seluruh area perut dan yang durasi yang sudah lebih dari 40 detik. Ternyata setelah dilakukan pemeriksaan, pembukaan pada jalan lahir Ny. A sudah mencapai pembukaan 4 cm. Atas dasar hal tersebut, Ny. A langsung dilakukan pendampingan secara intensif dan anjuran untuk tetap tinggal di Klinik Arinta. Ny. A bersedia dan keluarga segera mengambil beberapa perlengkapan yang diperlukan. Beruntungnya jarak rumah dari kakak Ny. A dengan Klinik Arinta tidak terlalu jauh.

Pukul 18.00 WIB Ny. A merasakan kenceng-kenceng yang bertambah tingkat kesakitannya. Pukul 18.30 WIB pembukaan lengkap dan Ny. A dipimpin untuk mengejan. Hingga akhirnya, pukul 18.45 WIB tanggal 14 Maret 2026 bayi lahir dengan jenis kelamin perempuan dan langsung menangis kencang. Ny. A mengaku merasa lega dan senang karena bayinya sudah lahir dan langsung menangis dengan kencang.

Setelah bayinya lahir Ny. A mengatakan bahwa ia diberikan suntikan dan 10 menit setelah diberikan suntikan plasenta terlahir. Dalam hal ini, kala III Ny. A berlangsung selama 10 menit. Ny. A juga mengatakan bahwa ia dijahit pada jalan lahirnya karena mengalami robekan pada saat persalinan dan setelah selesai dilakukan penjahitan Ny. A mengatakan bahwa ia tetap berada di ruang bersalin selama kurang lebih 2 jam. Selama 2 jam itu, Ny. A rutin diperiksa *vital sign*. Ny. A juga melakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) karena kondisi bayi yang baik dan ASI Ny. A sudah keluar.

Penulis tidak bisa mendampingi secara langsung proses persalinan Ny. A karena baru diberi kabar setelah bayi terlahir. Kemungkinan karena paniknya menghadapi keadaan kontraksi yang sudah sering dan semakin menjalar, serta sakit menjadikan Ny. A lebih berfokus dengan kondisinya dan kondisi bayinya. Namun, meskipun begitu setelah diberikan informasi tersebut

pendampingan melalui media *WhatsApp* tetap dilakukan. Penulis juga melakukan kunjungan ke Klinik Arinta untuk menengok keadaan keduanya.

3. Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

Bayi Ny. M lahir cukup bulan pada usia kehamilan 38 minggu 5 hari, menangis kuat setelah lahir, perempuan, warna kulit kemerahan, tonus otot kuat, sehingga kategori bayi baru lahir Ny. A memiliki penilaian awal yang baik. Bayi lahir dengan berat 2700 gram, panjang 46 cm, lingkar kepala 31 cm, lingkar dada 30 cm, dan lingkar lengan atas 11 cm. Bayi Ny. A telah diberikan vitamin K, salep mata, dan imunisasi HB-0. Hal ini dilihat dari dokumentasi yang ada di buku KIA ibu. Ibu juga mengkonfirmasi bahwa bidan di Klinik Arinta meminta izin kepada ibu untuk diberikan Vitamin K, salep mata, dan imunisasi HB-0. Adapun Ny. A yang mengkonfirmasi bahwa ia melakukan Inisiasi Menyusui Dini kepada bayinya.

Kurang lebih 24 jam dilakukan pendampingan pada Ny. A dan bayinya di Klinik Arinta. Pada Ny. A tidak ada keluhan yang mengarah ke kondisi patologis, bayinya juga sudah BAK dan BAB, mau menyusui, keduanya diperbolehkan untuk pulang dengan tetap anjuran untuk kontrol 3 hari lagi.

4. Asuhan Kebidanan pada Neonatus

a. Kunjungan neonatus pertama, 24 Maret 2026

Awalnya direncanakan kunjungan neonatus dilakukan pada tanggal 18 Maret 2026 di rumah Ny. A di Srandakan, Bantul. Namun setelah dilakukan komunikasi melalui *WhatsApp*, Ny. A menyampaikan bahwa pada tanggal 17 Maret 2026 kemarin bayinya harus dirawat di RSUD Panembahan Senopati, Bantul karena mengalami demam dan tampak kuning, sehingga kunjungan tidak dapat dilaksanakan sesuai jadwal. Bayi dirawat selama enam hari, yaitu dari tanggal 17 Maret 2026 hingga 22 Maret 2026.

Berdasarkan lembar ringkasan pulang dari rumah sakit, bayi didiagnosis dengan bronkopneumonia dan ikterus neonatorum, serta mendapatkan terapi antibiotik intravena berupa Ampicillin dan

Gentamicin, cairan infus D10, serta oksigenasi selama perawatan. Setelah kondisi umum membaik, suhu tubuh stabil, dan bayi mampu menyusu dengan baik, pasien dinyatakan pulang dengan kondisi baik dan dianjurkan kontrol ke klinik anak pada tanggal 25 Maret 2026.

Kunjungan neonates kemudian dilakukan tanggal 24 Maret 2026 di rumah Ny. A. Ibu menyampaikan bahwa bayi sudah tampak lebih sehat, tidak demam, dan warna kulit kuning mulai berkurang. Bayi menyusu dengan baik setiap 2-3 jam, buang air kecil dan besar teratur, serta tidur cukup. Pemeriksaan fisik menunjukkan keadaan umum baik, suhu tubuh dalam batas normal, kulit tampak sedikit ikterik namun menurun dibandingkan sebelumnya, dan tidak ditemukan tanda distress pernapasan. Berat badan bayi sesuai dengan hasil terakhir di rumah sakit, dan refleks hisap serta tangis kuat.

Diagnosis asuhan kebidanan neonatus adalah neonatus dengan riwayat bronkopneumonia dan ikterus neonatorum yang telah membaik. Masalah kebidanan yang masih perlu diperhatikan adalah pemantauan lanjutan terhadap sisa ikterus dan status nutrisi bayi. Masalah potensial yang dapat terjadi adalah kekambuhan infeksi atau peningkatan kadar bilirubin bila asupan nutrisi tidak adekuat.

Penatalaksanaan yang dilakukan meliputi pemberian edukasi kepada ibu mengenai tanda bahaya pada bayi baru lahir (demam, sesak napas, tidak mau menyusu, atau kuning yang bertambah), cara perawatan bayi dengan riwayat ikterus, serta pentingnya menjaga kebersihan dan memastikan bayi mendapat ASI cukup. Ibu juga dianjurkan untuk melakukan kontrol sesuai jadwal ke klinik anak dan segera ke fasilitas kesehatan bila muncul keluhan. Dokumentasi kunjungan juga telah dilakukan.

b. Kunjungan kedua, 27 Maret 2026

Kunjungan neonatus kedua dilakukan di rumah Ny. A di Srandakan, Bantul, setelah bayi pulang dari perawatan di RSUD

Panembahan Senopati Bantul. Tujuan kunjungan ini adalah untuk memantau kondisi bayi pasca rawat inap serta memberikan edukasi lanjutan kepada ibu terkait kesehatan neonatus. Pada saat kunjungan, ibu menyampaikan bahwa bayi tampak semakin sehat, tidak demam, dan warna kulit kuning sudah berkurang signifikan dibandingkan sebelumnya. Bayi menyusu dengan baik setiap 2-3 jam, tangis kuat, tidur cukup, serta buang air kecil dan besar teratur. Pemeriksaan fisik menunjukkan keadaan umum baik, suhu tubuh normal, kulit tampak lebih bersih dengan ikterus yang hampir hilang, pernapasan teratur tanpa tanda distress, dan refleks bayi tampak normal. Berat badan bayi sesuai dengan hasil pemantauan terakhir, menunjukkan adanya peningkatan yang sesuai dengan pola pertumbuhan neonatus.

Dalam kunjungan ini, ibu diberikan edukasi mengenai pentingnya pemantauan kesehatan bayi pasca rawat inap, termasuk tindak lanjut setelah kontrol di klinik anak yang telah dilakukan pada tanggal 25 Maret 2026. Ibu dianjurkan untuk tetap mengikuti kontrol lanjutan sesuai rekomendasi tenaga kesehatan bila diperlukan. Namun, jika sudah tidak ada keluhan bagi bayi tidak perlu dilakukan.

Selain itu, ibu juga diberikan edukasi mengenai imunisasi dasar bayi. Karena penulis pernah praktik di Klinik Arinta, penulis sampaikan bahwa jadwal imunisasi di Klinik Arinta adalah setiap tanggal 25. Anjuran untuk menghubungi Klinik Arinta atau bertanya sekaligus kontrol kondisi Ny. A bisa ditanyakan untuk jadwal imunisasi By. Ny. A. Khususnya imunisasi BCG. Setelah dilakukan komunikasi dengan bidan di Klinik Arinta, By. Ny. A dijadwalkan untuk mendapatkan imunisasi BCG pada tanggal 25 April 2026, sehingga ibu dianjurkan untuk mempersiapkan diri dan memastikan bayi dalam kondisi sehat saat akan diberikan imunisasi.

Edukasi tambahan yang diberikan meliputi pentingnya pemberian ASI eksklusif setiap 2-3 jam untuk mendukung pertumbuhan dan meningkatkan daya tahan tubuh bayi, pemantauan tanda bahaya neonatus

seperti demam, sesak napas, tidak mau menyusu, muntah berulang, atau kuning yang kembali muncul, serta perawatan kebersihan bayi termasuk menjaga kebersihan tali pusat, pakaian, dan lingkungan sekitar agar terhindar dari infeksi. Ibu juga dianjurkan untuk memperhatikan tumbuh kembang bayi dengan memantau berat badan, panjang badan, dan refleks sesuai usia, serta memastikan dukungan keluarga dalam menjaga kesehatan bayi dan kondisi ibu agar produksi ASI tetap optimal.

Dengan edukasi ini, diharapkan ibu dan keluarga dapat lebih memahami pentingnya pemantauan kesehatan neonatus, menjaga pemberian nutrisi yang adekuat, serta mengikuti jadwal imunisasi dan kontrol sesuai rekomendasi tenaga kesehatan.

5. Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas

Kunjungan asuhan pada neonates dan ibu nifas dilakukan pada hari yang sama. Hal ini dipilih untuk memudahkan koordinasi, meningkatkan efisiensi pendampingan, serta memastikan kesinambungan pelayanan kebidanan pasca persalinan. Selain itu, pelaksanaan kunjungan pada hari yang sama juga bertujuan untuk mengoptimalkan waktu dan sumber daya, mengurangi beban kunjungan berulang bagi keluarga, serta memperkuat keterlibatan keluarga dalam proses asuhan. Dengan pendekatan ini, penulis dapat memperoleh gambaran menyeluruh mengenai kondisi ibu dan bayi secara simultan, sehingga intervensi yang diberikan lebih komprehensif, terintegrasi, dan sesuai dengan prinsip *continuity of care*.

a. Kunjungan nifas pertama, 24 Maret 2026

Pada kunjungan nifas pertama, penulis menuju ke rumah Ny. A. Penulis tidak mendampingi Ny. A secara langsung ke fasilitas kesehatan sehingga penulis melakukan pendampingan secara mandiri ke rumah. Ketika sudah bertemu dengan Ny. A didapatkan hasil keaadaan umum ibu baik. Pemeriksaan tanda-tanda vital Ny. A dalam batas normal, pemeriksaan fisik didapatkan payudara tidak ada bendungan ASI, puting susu tidak lecet, ASI keluar, kontraksi uterus ibu keras, TFU tidak teraba,

tidak ada perdarahan abnormal. Lochea keluar dari jalan lahir ibu berwarna merah berisi darah dan lendir yang biasa disebut lochea serosa. Ibu tidak mengalami demam, infeksi, ataupun perdarahan abnormal.

Diagnosis kasus asuhan kebidanan fisiologi pada ibu nifas, yaitu Ny. A umur 34 tahun P2Ab0Ah2 nifas hari ke 10 dengan postpartum normal. Masalah kebidanan, yaitu jahitan masih nyeri. Ada kemungkinan jahitan yang masih basah dan terasa nyeri ini karena Ny. A banyak bergerak Ketika mendampingi bayinya ketika di rumah sakit. Kemudian diagnosis/ masalah potensial yang dapat terjadi adalah infeksi luka perineum, perdarahan sekunder, atau keterlambatan penyembuhan luka bila ibu tidak menjaga kebersihan dan aktivitas secara tepat. Antisipasi kebutuhan segera dengan memberikan KIE mengenai penyebab jahitan nyeri beserta cara mengatasinya.

Penatalaksanaan yang dilakukan adalah memberitahu ibu hasil pemeriksaan, memberitahu ibu penyebab jahitan masih terasa sakit dan cara mengatasinya, setelahnya mengingatkan kembali bagaimana cara untuk menyusui yang baik dan benar dan mengamati bagaimana cara ibu menyusui, ibu menyusui bayinya sudah dengan cara yang benar. Menyampaikan bahwa posisi menyusui yang salah dapat menyebabkan puting susu lecet. Menganjurkan ibu untuk menyusui secara on demand, menganjurkan ibu untuk tetap memperhatikan keluarnya darah dari jalan lahir, menganjurkan ibu untuk makan makanan yang bergizi, mengajarkan ibu untuk selalu menjaga kebersihan dengan selalu cebok dari depan ke belakang setelah BAK/BAB kemudian dikeringkan dengan menggunakan tisu serta ganti pembalut setiap 4 jam sekali atau jika sudah terasa penuh.

Selain itu, ibu dianjurkan untuk menjaga kehangatan bayi dengan memakaikan topi dan membedong, melakukan perawatan tali pusat dengan prinsip terbuka dan kering tanpa diberikan cairan apapun. Kemudian, memberikan KIE kepada ibu mengenai perawatan bayi baru lahir dan tanda bahaya masa nifas. Lalu jika ibu merasakan keluhan atau

tanda bahaya masa nifas ibu dapat segera ke fasilitas kesehatan agar dapat ditindaklanjuti.

b. Kunjungan nifas kedua, 27 Maret 2026

Pada kunjungan nifas kedua, keadaan umum Ny. A baik, tanda-tanda vital dalam batas normal, involusi uterus berjalan sesuai usia nifas, dan lochea tampak berkurang dengan warna kecoklatan menuju lochea alba. Tidak ditemukan tanda perdarahan abnormal maupun infeksi. Payudara ibu terasa lunak, ASI keluar lancar, dan puting tidak lecet. Ibu menyampaikan bahwa nyeri pada jahitan perineum sudah berkurang dibandingkan kunjungan sebelumnya, meskipun masih terasa bila beraktivitas lebih banyak.

Diagnosis kasus asuhan kebidanan fisiologi pada ibu nifas adalah Ny. A umur 34 tahun P2Ab0Ah2 nifas hari ke-13 dengan postpartum normal. Masalah kebidanan yang masih ada adalah nyeri ringan pada jahitan perineum. Masalah potensial yang dapat terjadi adalah kelelahan ibu akibat aktivitas berlebih, penurunan produksi ASI bila nutrisi dan istirahat tidak adekuat, serta risiko keterlambatan pemulihan bila ibu kurang memperhatikan pola hidup sehat.

Penatalaksanaan yang dilakukan meliputi pemberitahuan hasil pemeriksaan kepada ibu, edukasi mengenai pentingnya menjaga pola istirahat yang cukup, konsumsi makanan bergizi seimbang, serta hidrasi yang memadai untuk mendukung produksi ASI. Ibu dianjurkan untuk melakukan senam nifas ringan guna membantu mempercepat pemulihan otot dasar panggul dan meningkatkan sirkulasi darah. Selain itu, diberikan edukasi mengenai tanda bahaya masa nifas seperti demam, perdarahan berlebih, atau keluarnya cairan berbau dari jalan lahir, serta anjuran untuk segera ke fasilitas kesehatan bila keluhan tersebut muncul.

Edukasi tambahan difokuskan pada persiapan jangka panjang, yaitu konseling mengenai perencanaan keluarga berencana pasca nifas. Ibu diberikan informasi mengenai berbagai pilihan kontrasepsi, kelebihan

dan kekurangannya, serta waktu yang tepat untuk memulai penggunaan KB setelah masa nifas. Dengan demikian, kunjungan nifas kedua tidak hanya menekankan pada pemulihan fisik ibu, tetapi juga pada kesiapan psikologis, nutrisi, dan perencanaan reproduksi yang sehat.

6. Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

a. Kunjungan pertama, 9 April 2026

Pada saat kunjungan nifas telah disampaikan paling tidak ibu memikirkankan KB apa yang akan digunakan setelah masa nifas selesai. Telah diberikan asuhan sesuai kebutuhan ibu khususnya kebutuhan konseling tentang alat kontrasepsi pascasalin. Dijelaskan beberapa alat kontrasepsi yang familiar, seperti: suntik 3 bulan, suntik 1 bulan, IUD, implan, dan pil. Pemberian konseling penggunaan alat kontrasepsi KB pada Ny. A juga dilakukan.

Ny. A mengkonfirmasi bahwa ia sudah tidak ingin tambah anak lagi sehingga penulis merekomendasikan alat kontrasepsi jangka panjang yang praktis dan tidak mengganggu proses produksi ASI, seperti IUD dan implan. Penulis menjelaskan bagaimana efek samping, cara kerja, keuntungan, dan kerugian dari kedua alat kontrasepsi tersebut. Namun, Ny. A mengkonfirmasi bahwa ia takut dalam pemasangan KB tersebut.

Beralih ke alat kontrasepsi yang lebih familiar, yaitu suntik KB. Penulis menyampaikan bahwa yang direkomendasikan kepada Ny. A adalah suntik KB progestin atau suntik 3 bulan. Karena Ny. A sedang menyusui, sehingga tidak direkomendasikan menggunakan alat kontrasepsi yang mengandung estrogen, alasannya adalah hormone estrogen kinerjanya berlawanan dengan hormone prolactin. Ketika kadar hormone estrogen tinggi maka ia akan menghambat proses produksi hormone prolactin, yang mana hormone prolactin ini berfungsi untuk memproduksi ASI. Artinya proses pembentukan ASI dalam payudara akan terhambat. Maka dari itu yang direkomendasikan untuk ibu menyusui adalah KB non estrogen seperti KB suntik progestin (suntik 3 bulan).

Dalam pertemuan ini, Ny. A menyampaikan bahwa ia masih bingung dalam menentukan alat kontrasepsi yang akan digunakannya. Ny. A mengatakan bahwa ia ingin mempertimbangkan segala macam efeknya terlebih dahulu bersama suami. Penulis pun memberikan kesempatan bagi Ny. A berdiskusi dengan suami agar pemilihan alat kontrasepsi tidak disertai dengan rasa ragu setelah penggunaannya.

b. Kunjungan keluarga berencana kedua, 1 Mei 2026

Dalam pertemuan ini, Ny. A menyampaikan bahwa ia merasa lebih yakin untuk menggunakan KB suntik 3 bulan. Keputusan ini diambil setelah mempertimbangkan penjelasan mengenai cara kerja, efek samping, keuntungan, dan kerugian dari berbagai metode kontrasepsi yang telah diberikan sebelumnya. Ny. A memilih suntik KB 3 bulan karena metode ini lebih familiar, tidak memerlukan prosedur invasif seperti pemasangan IUD atau implant, serta aman digunakan bagi ibu menyusui karena tidak mengandung hormon estrogen yang dapat menghambat produksi ASI.

Penulis kemudian memberikan edukasi lanjutan mengenai cara kerja KB suntik 3 bulan, efektivitasnya dalam mencegah kehamilan, serta pentingnya melakukan suntikan secara teratur setiap 12 minggu agar efektivitas tetap terjaga. Disampaikan pula kemungkinan efek samping seperti perubahan pola menstruasi, peningkatan berat badan, atau sakit kepala, serta cara mengantisipasinya. Ibu dianjurkan untuk tetap menjaga pola hidup sehat, mengonsumsi makanan bergizi, dan melakukan kontrol sesuai jadwal yang telah ditentukan. Jadwal untuk melakukan suntik KB juga bisa segera dilakukan ketika darah nifas sudah berhenti dan bersih. Pastikan pula Ny. A dan suami belum melakukan hubungan suami istri sebelum melakukan KB. Dengan demikian, pada pertemuan kedua ini Ny. A telah menentukan pilihan kontrasepsi pascasalin berupa suntik KB 3 bulan, yang sesuai dengan kondisi ibu menyusui dan kebutuhan keluarga.

7. *Follow-up* melalui media *WhatsApp*

Pada tanggal 20 Mei 2026, penulis melakukan tindak lanjut melalui komunikasi *WhatsApp* untuk memantau kondisi ibu dan bayi setelah masa nifas. Ny. A menyampaikan bahwa ia sudah mantap menggunakan KB suntik 3 bulan sesuai rencana yang telah disepakati sebelumnya. Ibu merasa lebih yakin karena metode ini tidak memerlukan prosedur invasif, aman bagi ibu menyusui, dan telah dijelaskan sebelumnya mengenai efektivitas serta efek samping yang mungkin muncul. Penulis kembali menekankan pentingnya melakukan suntikan secara teratur setiap 12 minggu agar efektivitas tetap terjaga, serta mengingatkan ibu untuk melakukan kontrol sesuai jadwal dan memastikan kondisi kesehatan tetap optimal.

Selain itu, ibu menyampaikan bahwa bayi menyusu dengan baik, frekuensi cukup, tangis kuat, dan tidur teratur. Berat badan bayi menunjukkan peningkatan sesuai kurva pertumbuhan, menandakan status gizi yang baik. Bayi juga telah mendapatkan imunisasi BCG pada tanggal 25 April 2026, dan tidak ada keluhan kesehatan signifikan setelah imunisasi. Ibu merasa lebih percaya diri dalam memberikan ASI eksklusif, memahami tanda bahaya neonatus, serta menjaga kebersihan lingkungan rumah. Penulis memberikan penguatan edukasi mengenai pentingnya ASI eksklusif hingga usia 6 bulan, pemantauan tumbuh kembang bayi, serta jadwal imunisasi lanjutan yang harus dipenuhi.

Dalam percakapan, ibu juga menuturkan bahwa dukungan suami dan keluarga sangat membantu dalam proses perawatan bayi dan menjaga kesehatan ibu. Suami turut berperan dalam mengingatkan jadwal kontrol, membantu pekerjaan rumah tangga, serta mendukung ibu dalam pemberian ASI. Penulis memberikan apresiasi atas keterlibatan keluarga, serta mengingatkan kembali pentingnya pola hidup sehat, konsumsi makanan bergizi, dan pemantauan rutin terhadap kondisi ibu dan bayi.

B. Kajian Teori

1. Asuhan Berkesinambungan (*Continuity of Care*)

a. Pengertian

Asuhan kebidanan berkesinambungan (*continuity of care*) adalah pelayanan yang diberikan bidan secara menyeluruh dan berlanjut mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, hingga keluarga berencana sebagai upaya penurunan AKI & AKB. Model ini menekankan kesinambungan hubungan antara ibu dan tenaga kesehatan sehingga kualitas pelayanan meningkat dan risiko komplikasi dapat ditekan (Sunarsih et al., 2020).

Asuhan kebidanan berkesinambungan merupakan hal yang mendasar dalam praktik kebidanan untuk memberikan asuhan kebidanan yang holistik, membangun kemitraan yang berkelanjutan untuk memberikan dukungan, dan membina hubungan saling percaya antara bidan dengan klien (Sunarsih et al., 2020).

b. Tujuan

Tujuan utama dari asuhan berkesinambungan adalah meningkatkan kesehatan ibu dan bayi melalui deteksi dini faktor risiko, mengurangi angka kematian ibu dan bayi dengan intervensi tepat waktu, serta memberikan dukungan psikososial karena ibu merasa didampingi sepanjang perjalanan reproduksinya. Selain itu, pelayanan yang konsisten dan personal terbukti meningkatkan kepuasan pasien (Homer et al., 2017).

c. Prinsip

Prinsip asuhan kebidanan berkesinambungan meliputi pendekatan holistik yang mencakup aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Pelayanan ini juga berorientasi pada keluarga dengan melibatkan suami atau anggota keluarga lain dalam proses asuhan. Selain itu, praktik yang dilakukan harus berbasis bukti sesuai standar WHO dan Kementerian Kesehatan RI, serta berlanjut tanpa terputus antar tahap reproduksi mulai

dari kehamilan, persalinan, nifas, neonatus, hingga keluarga berencana (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017).

d. Manfaat

Manfaat praktis asuhan berkesinambungan adalah ibu hamil lebih siap menghadapi persalinan karena edukasi yang berkesinambungan, persalinan lebih aman karena bidan sudah mengenal riwayat ibu, dan konseling menyusui lebih efektif karena adanya hubungan kepercayaan. Selain itu, pemantauan tumbuh kembang bayi menjadi lebih konsisten, serta pilihan metode KB dapat disesuaikan dengan kondisi ibu pasca persalinan. Dengan demikian, asuhan kebidanan berkesinambungan berperan penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan dan menurunkan angka kesakitan serta kematian ibu dan bayi (Sandall et al., 2016).

2. Asuhan Kebidanan Kehamilan

a. Pengertian kehamilan

Kehamilan merupakan suatu proses yang terjadi antara pertemuan sel sperma dan ovum di dalam indung telur (ovarium) atau yang disebut dengan konsepsi hingga tumbuh menjadi zigot lalu menempel didinding rahim, pembentukan plasenta, hingga hasil konsepsi tumbuh dan berkembang sampai lahirnya janin. Lamanya kehamilan normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari), dihitung dari hari pertama haid terakhir (Rizky Yulia Efendi et al., 2022). Kehamilan dibagi menjadi 3 trimester, yaitu trimester 1 usia kehamilan 1 – 12 minggu, trimester 2 usia kehamilan 12 – 28 minggu trimester 3 usia kehamilan 28 – 40 minggu (Andriani et al., 2023).

b. Proses Kehamilan

Proses kehamilan didahului dengan peristiwa bertemunya ovum (sel telur) dengan spermatozoa (sel sperma) yang berlangsung selama 280 hari atau

40 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT) (Astuti, 2023).

Tahapan proses kehamilan terangkum pada penjelasan berikut:

1) Konsepsi (Fertilisasi)

Proses pembuahan dengan cara meleburnya sel sperma dengan sel ovum sehingga menghasilkan sel baru yang disebut zigot. Zigot sebagai hasil dari proses pembuahan selanjutnya berkembang menjadi embrio, morula dan sel blastocyst.

2) Implantasi

Pada hari ke 7 sampai hari ke 10 setelah konsepsi, sel blastocyst akan melekatkan diri pada bagian endometrium (lapisan terdalam uterus).

3) Plasentasi

Plasentasi (pembentukan plasenta) adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta dalam proses kehamilan. Plasentasi pada ibu hamil terjadi pada saat 12 sampai 18 minggu pasca konsepsi.

c. Tanda-tanda dan Gejala Kehamilan

1) Tanda tidak pasti

- a) Amenorea (terlambat datang bulan). Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel de Graaf dan ovulasi. Dengan mengetahui hari pertama haid terakhir dengan perhitungan rumus Naegle, dapat ditentukan perkiraan persalinan.
- b) Mual dan muntah (Emesis). Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan. Mual dan muntah terutama pada pagi hari disebut *morning sickness*.
- c) Payudara tegang. Pengaruh estrogen-progesteron dan somatomamotrofin menimbulkan deposit lemak, air dan garam pada payudara.

2) Tanda dugaan kehamilan

- a) Rahim membesar, sesuai dengan usia kehamilan.
- b) Pada pemeriksaan dalam, dijumpai tanda Hegar, tanda Chadwicks, tanda Piscaseck, kontraksi Braxton Hicks dan teraba ballotement.

- c) Pemeriksaan tes biologis kehamilan positif. Tetapi sebagian kemungkinan positif palsu.
- 3) Tanda pasti kehamilan
 - a) Gerakan janin dalam rahim
 - b) Terlihat/teraba gerakan janin dan teraba bagian-bagian janin.
 - c) Denyut jantung janin. Didengar dengan stetoskop Laenec, alat kardiotokografi, alat Doppler dan dapat dilihat dengan ultrasonografi (Yulizawati, SST. et al., 2017).
- d. Menentukan Usia Kehamilan

Tehnik menghitung usia kehamilan bisa dilakukan dengan beberapa cara diantaranya yaitu:

 - 1) Menentukan usia kehamilan dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) sampai tanggal pemeriksaan.
 - 2) Menentukan usia kehamilan dapat juga dihitung dari gerakan anak pertama yang pada umumnya dirasakan pada UK 20 minggu.
 - 3) Menentukan usia kehamilan dihitung sejak denyut jantung janin mulai dapat didengar baik menggunakan doppler (usia kehamilan 16 minggu) maupun funandoscope/laenec (usia kehamilan 20 minggu).
 - 4) Menggunakan metode pengukuran tinggi fundus uteri (TFU) atau biasa disebut dengan rumus Mcdonald.
 - 5) Menggunakan metode pemeriksaan Ultrasonografi (USG) (Astuti, 2023).
- e. Menentukan Taksiran Persalinan

Kehamilan normal akan berlangsung selama 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) sampai waktunya persalinan. Salah satu cara yang digunakan dalam menentukan taksiran persalinan yaitu menggunakan metode kalender dengan menggunakan rumus neagle (Sayekti et al., 2020).

- 1) Berikut cara penentuan taksiran persalinan (TP) menggunakan rumus naegle:
 - a) Jika hari pertama haid terakhir (HPHT) Bulan Januari-Maret menggunakan rumus Hari +7, Bulan +9, Tahunnya +0 (Tetap).
 - b) Jika hari pertama haid terakhir (HPHT) Bulan April-Desember menggunakan rumus Hari +7, Bulan -3, Tahunnya +1.
 - 2) Penghitungan taksiran persalinan menggunakan rumus naegle dapat dipakai dengan syarat siklus haid ibu teratur yaitu 28-30 hari (Amalia, 2022).
- f. Perubahan Anatomi dan Fisiologi Ibu Hamil
- 1) Sistem Reproduksi
 - a) Uterus

Pada trimester III, dinding uterus menipis dan lebih lembut sehingga pergerakan janin mudah diobservasi, korpus berkembang menjadi segmen bawah rahim, dan pada minggu ke-36 janin mulai turun ke bagian bawah karena jaringan dasar panggul melunak. Ukuran rahim pada kehamilan cukup bulan mencapai $30 \times 25 \times 20$ cm dengan kapasitas >4000 cc dan berat meningkat dari 30 g menjadi ± 1000 g. Perbesaran rahim ini merupakan perubahan anatomi paling mencolok, dipengaruhi oleh peningkatan hormon estrogen dan progesteron yang merangsang pembesaran miometrium, peningkatan elastin, serta penguatan jaringan fibrosa, sementara kontraksi Braxton Hicks muncul sejak usia 12 minggu akibat peregangan myometrium (Herliani et al., 2020a).

Berikut merupakan taksiran usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri (TFU):

Tabel 1. Taksiran usia kehamilan berdasarkan TFU

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
4 minggu	Belum teraba
8 minggu	Di belakang simfisis
12 minggu	1-2 jari di atas simfisis
16 minggu	Pertengahan simfisis dan pusat
20 minggu	2-3 jari di atas pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	2-3 jari di atas pusat
32 minggu	Pertengahan pusat-px
36 minggu	3 jari di bawah px atau setinggi px
40 minggu	2 jari di bawah px/ pertengahan pusat-px

b) Serviks

Perubahan yang penting pada serviks dalam kehamilan adalah menjadi lunak. Pada akhir kehamilan, serviks menjadi sangat lunak dan portio menjadi pendek (lebih dari setengahnya mendatar) dan dapat dimasuki dengan mudah oleh satu jari. (Herliani et al., 2020a).

c) Ovarium

Sampai usia kehamilan 16 minggu pada ovarium masi terdapat korpus luteum dengan diameter 3 cm yg memproduksi estrogen & progesteron. Usia kehamilan di atas 16 minggu plasenta sudah terbentuk dan korpus luteum mengecil, sehingga produksi estrogen dan progesteron digantikan oleh plasenta (Herliani et al., 2020a).

d) Vagina

Pada Trimester III, estrogen menyebabkan perubahan pada struktur otot dan lapisan epitelium vagina. Otot vagina membesar dan vagina menjadi lebih elastis, memfasilitasi penurunan bagian bawah janin. Perubahan juga terjadi pada vagina dan vulva karena hipervaskularisasi yang disebabkan oleh hormon estrogen,

menyebabkan warna merah kebiruan pada area tersebut, yang dikenal sebagai tanda Chadwick. (Herliani et al., 2020a).

2) Sistem Kardiovaskuler

Pada trimester III, sistem kardiovaskular ibu hamil mengalami perubahan signifikan berupa peningkatan denyut nadi istirahat 10–15 kali/menit, ukuran jantung bertambah $\pm 12\%$, dan kapasitas jantung naik 70–80 ml. Terjadi hemodilusi dengan darah menjadi lebih encer akibat peningkatan volume plasma, mencapai puncak di usia 32 minggu. Perubahan ini memengaruhi curah jantung, tekanan darah, resistensi pembuluh, serta ukuran ventrikel. Posisi tubuh juga berpengaruh: berbaring telentang dapat menekan vena kava inferior sehingga menghambat aliran balik vena dan menimbulkan mual, pusing, atau pingsan pada sebagian ibu. Karena itu, posisi miring ke kiri atau lutut-dada sangat dianjurkan untuk menjaga sirkulasi dan kenyamanan selama kehamilan (Herliani et al., 2020a).

3) Sistem Urinaria

Pada awal kehamilan, kandung kemih ditekan oleh pertumbuhan rahim yang menyebabkan seringnya BAK (Herliani et al., 2020a).

4) Sistem Pencernaan

Pada saluran pencernaan, hormon estrogen meningkatkan produksi asam lambung, yang dapat menyebabkan hipersalivasi (pengeluaran air liur berlebihan), sensasi panas di daerah lambung, serta mual dan pusing terutama pada pagi hari yang dikenal sebagai hiperemesis gravidarum (Herliani et al., 2020a).

5) Sistem Metabolisme

Biasanya, kehamilan mempengaruhi metabolisme, sehingga penting bagi wanita hamil untuk mengonsumsi makanan bergizi dan menjaga kesehatan tubuh. Tingkat metabolisme dasar pada ibu hamil meningkat sekitar 15- 20%, terutama saat memasuki trimester terakhir (Herliani et al., 2020a).

6) Payudara

Pada awal kehamilan, payudara ibu hamil akan terasa lebih lembut. Setelah bulan kedua, payudara akan mengalami peningkatan ukuran dan pembuluh darah di bawah kulit akan lebih terlihat, puting payudara akan lebih besar dan tegak. Keberadaan chorionic somatotropin (Human Placental Lactogen/ HPL) dengan sifat laktogenik akan merangsang pertumbuhan kelenjar susu di dalam payudara.

g. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

1) Oksigen

Pada ibu hamil, kebutuhan oksigen meningkat sekitar 15–20% dari 500 ml menjadi 700 ml dan relatif sama di setiap trimester. Pada trimester III sering muncul keluhan sesak atau napas pendek karena diafragma tertekan oleh rahim yang membesar. Peningkatan hormon estrogen menurunkan motilitas otot polos sehingga volume paru membesar, ditambah desakan janin pada diafragma yang memperberat kerja pernapasan. Semua perubahan ini merupakan upaya tubuh untuk memenuhi kebutuhan oksigen ibu sekaligus janin yang diperlukan sebagai bahan bakar metabolisme (Wulandari and Mufdlilah, 2020).

2) Nutrisi

Nutrisi yang dibutuhkan selama kehamilan mengalami peningkatan seiring dengan perubahan fisiologi yang terjadi selama kehamilan (Wulandari and Mufdlilah, 2020). Selama kehamilan, kebutuhan nutrisi meningkat seiring perubahan fisiologis yang terjadi. Ibu hamil membutuhkan asupan bergizi seimbang dengan kalori harian sekitar 2.200–2.300 kkal serta cairan 1.500–2.000 ml (6–8 gelas) untuk mendukung metabolisme ibu dan janin. Kenaikan berat badan normal berkisar 12–15 kg sepanjang kehamilan, yang merupakan hal wajar karena janin memerlukan berbagai zat gizi untuk tumbuh optimal. Nutrisi yang baik membantu mencegah risiko obesitas dan

komplikasi, sekaligus memastikan perkembangan janin berjalan sehat. (Herliani et al., 2020a).

Tabel 2. Kenaikan BB ideal selama hamil

Kategori BMI	Rentang Kenaikan BB yang dianjurkan
Rendah (BMI < 19,8)	12,5-18 kg
Normal (BMI 19,8-26)	11,5-16 kg
Tinggi (BMI > 26,29)	7-11,5 kg
Obesitas (BMI > 29)	< 6 kg

3) Personal Hygiene

Kebersihan diri selama kehamilan penting untuk dijaga oleh seorang ibu hamil. Perubahan anatomi pada perut, area genitalia dan lipat paha serta payudara menyebabkan lipatan-lipatan kulit menjadi lebih lembab dan mudah terinvestasi oleh mikroorganisme (Herliani et al., 2020a).

4) Eliminasi

Ibu hamil sering BAK terutama pada trimester III dikarenakan rahim yang semakin membesar hingga menekan kandung kemih. Sementara frekuensi BAB menurun akibat adanya konstipasi. (Herliani et al., 2020a).

5) Istirahat dan Tidur

Ibu hamil dianjurkan merencanakan periode istirahat terutama saat hamil tua, dengan posisi berbaring miring untuk meningkatkan perfusi uterin dan oksigenasi fetoplasental. Posisi lutut-dada atau berbaring dengan kaki disandarkan pada dinding juga bermanfaat untuk memperlancar aliran vena dari kaki dan mengurangi edema serta varises. Tidur malam sebaiknya 7–8 jam ditambah tidur siang 1–2 jam, sementara meluruskan tulang punggung dan menaikkan ekstremitas bawah setiap 1–2 jam sekali dapat membantu meminimalisir ketidaknyamanan selama kehamilan (Wulandari and Mufdlilah, 2020).

6) Seksual

Kebutuhan seksual selama kehamilan tetap penting untuk kesejahteraan psikologis ibu, namun ada beberapa hal yang harus diperhatikan agar aman. Peningkatan hormon estrogen dapat meningkatkan sensitivitas dan libido, tetapi hubungan seksual sebaiknya dihindari bila ada risiko kontraksi akibat prostaglandin dalam sperma, adanya infeksi dengan cairan nyeri/panas, atau kondisi seperti plasenta previa. Oral seks juga tidak dianjurkan karena risiko emboli udara. Selain itu, hubungan seksual dilarang bila ibu mengalami perdarahan per vaginam, ketuban pecah, riwayat abortus berulang, atau kelahiran prematur. Dengan kehati-hatian, hubungan seksual tetap dapat dilakukan selama kehamilan, terutama bila tidak ada kontraindikasi medis, sehingga kebutuhan pasangan tetap terpenuhi tanpa mengganggu keselamatan ibu dan janin (Wulandari and Mufdlilah, 2020).

7) Penilaian Keadaan Janin

Untuk memantau kesejahteraan janin, mendeteksi kelainan dan kegawatdaruratan pada janin dapat dilakukan dengan cara berikut:

- a) USG dan Amnioskopi.
- b) Nonstress test (NST).
- c) Oxytocin challenge test (OCT).
- d) Menghitung gerakan janin.
- e) Menentukan secara spektroskopi kadar bilirubin.
- f) Kadar kreatinin.
- g) Kadar enzim alkali fosfatase total dan kadar alkali fosfatase (*heat stable alkaline phosphatase*/HSAP).
- h) Perbandingan lesitin-stingomielin.

8) Persiapan Persalinan

Rencana persalinan sangat penting untuk mengurangi kebingungan dan memastikan ibu mendapat asuhan kebidanan tepat waktu.

Komponen utama meliputi: pemilihan tempat persalinan sesuai risiko kehamilan (puskesmas/polindes untuk risiko rendah, rumah sakit untuk risiko tinggi), memilih tenaga kesehatan terlatih seperti bidan atau dokter, menyiapkan dana persalinan sejak awal untuk menghadapi gawat darurat, serta menentukan pendamping persalinan yang dapat membantu pengambilan keputusan bila diperlukan. Dengan perencanaan matang, proses persalinan akan lebih aman, terarah, dan sesuai kebutuhan ibu serta bayi.

h. Ketidaknyamanan pada ibu hamil

1) Ketidaknyamanan pada trimester I

Ketidaknyamanan trimester I pada ibu hamil meliputi beberapa hal utama. Mual muntah sering dialami, bahkan bila berlebihan (hiperemesis) dapat mengganggu keseimbangan cairan dan fungsi organ, serta berdampak besar pada kualitas hidup. Sering BAK juga menjadi keluhan karena pengaruh hormon progesteron dan motilin, terutama bila terjadi di malam hari sehingga mengganggu tidur. Selain itu, pica/ngidam muncul berupa keinginan terhadap makanan tertentu yang kadang ekstrem, dan bila tidak terpenuhi dapat menimbulkan kekecewaan emosional. Terakhir, keputihan dapat terjadi; normal bila jernih atau kekuningan tanpa bau/gatal, tetapi bila berbau, gatal, nyeri, atau bercampur darah perlu diwaspadai sebagai tanda tidak normal yang dapat mengganggu kesehatan ibu dan janin (Mutoharoh et al., 2023).

2) Ketidaknyamanan pada trimester II

Ketidaknyamanan trimester II pada ibu hamil meliputi beberapa keluhan fisiologis. Edema sering muncul akibat pembesaran uterus yang menekan vena pelvik dan cava inferior, kongesti sirkulasi ekstremitas bawah, retensi natrium, atau pakaian ketat. Insomnia terjadi karena pembesaran uterus, sering BAK malam hari, serta faktor psikologis seperti rasa cemas menjelang persalinan. Sesak napas

disebabkan pergeseran diafragma naik ± 4 cm dan pengaruh hormon progesteron yang memicu hiperventilasi. Sakit punggung timbul akibat pembesaran payudara, kelelahan, posisi tubuh salah, hiperlordosis, dan pelunakan sendi besar oleh hormon. Terakhir, konstipasi muncul karena peristaltik usus melambat akibat progesteron, peningkatan penyerapan air, konsumsi suplemen zat besi, serta tekanan uterus pada usus. Semua keluhan ini merupakan adaptasi fisiologis yang umum terjadi dan perlu penatalaksanaan suportif agar ibu tetap nyaman (Mutoharoh et al., 2023).

3) Ketidaknyamanan pada trimester III

Ketidaknyamanan trimester III pada ibu hamil meliputi beberapa keluhan utama. Sering BAK terjadi karena rahim yang membesar menekan kandung kemih sehingga kapasitasnya berkurang; penanganannya dengan membatasi minum sebelum tidur, latihan otot dasar panggul, dan menjaga kebersihan genital. Heartburn muncul akibat peningkatan progesteron yang menurunkan kerja sfingter lambung serta tekanan rahim, sehingga ibu dianjurkan makan perlahan, memilih makanan berserat, menghindari makanan pedas/berlemak/asam, serta tidur dengan posisi setengah duduk. Nyeri ulu hati timbul karena relaksasi sfingter lambung, penurunan motilitas gastrointestinal, dan tekanan uterus yang membesar. Selain itu, sesak napas terjadi akibat ekspansi rahim yang menekan diafragma hingga ± 4 cm serta pengaruh progesteron yang memicu hiperventilasi; penanganannya dengan latihan pernapasan normal, mengatur posisi tubuh, dan mengurangi kecemasan. Semua keluhan ini merupakan adaptasi fisiologis yang umum pada trimester akhir dan perlu edukasi serta dukungan agar ibu tetap nyaman menjelang persalinan (Mutoharoh et al., 2023).

i. Deteksi Dini Komplikasi dan Penyulit

1) Hipertensi

Hipertensi dalam kehamilan merupakan kondisi ketika tekanan darah ibu hamil berada di atas 140/90 mmHg dalam dua kali pengukuran atau lebih (Kemenkes, 2024). Jenis Hipertensi dalam Kehamilan meliputi:

a) Klasifikasi hipertensi dalam kehamilan

i. Hipertensi Kronis

Hipertensi kronis merupakan tekanan darah tinggi yang sudah terjadi sebelum hamil atau sebelum umur kehamilan 20 minggu tanpa protein urine dan menetap setelah persalinan.

ii. Hipertensi gestasional

Hipertensi gestasional adalah kondisi ketika tekanan darah ibu hamil lebih tinggi dari normal pada saat hamil dan akan menghilang setelah melahirkan.

iii. Preeklampsia

Preeklampsia adalah kondisi pada ibu hamil setelah usia kehamilan >20 minggu yang ditandai dengan tekanan darah tinggi dan proteinuria, akibat kombinasi faktor genetik maupun lingkungan seperti gangguan fungsi plasenta. Kondisi ini dapat memengaruhi sistem kardiovaskular, ginjal, hingga organ lain.

- Preeklampsia ringan → TD $\geq$ 140/90 mmHg, proteinuria 1+ atau >300 mg/24 jam.
- Preeklampsia berat → TD $\geq$ 160/110 mmHg, proteinuria 2+ atau >5 g/24 jam, disertai gejala lain seperti nyeri abdomen kanan atas, pertumbuhan janin terhambat, oligohidramnion, edema paru, gagal jantung kongestif, oliguria, atau superimposed preeklampsia pada hipertensi kronik.

- Eklampsia → ditandai dengan kejang umum atau koma, adanya tanda preeklampsia, dan tidak ada penyebab lain seperti epilepsi atau perdarahan subarakhnoid.

2) Diabetes pada kehamilan

Diabetes dalam kehamilan terbagi menjadi dua jenis utama: Gestational Diabetes Mellitus (GDM) yang muncul saat kehamilan tanpa riwayat sebelumnya, dan PreGestational Diabetes Mellitus (PGDM) yang sudah ada sebelum hamil atau sebelum usia kehamilan 20 minggu. Deteksi dini dilakukan dengan screening gula darah, misalnya nilai 1 jam postprandial <130–140 mg/dL dan 2 jam <120 mg/dL, serta pemeriksaan ulang postpartum karena resistensi insulin menurun setelah plasenta keluar.

Penanganan awal GDM mencakup modifikasi diet, olahraga, dan pemantauan gula darah. Bila kontrol tidak tercapai, terapi farmakologis seperti insulin menjadi pilihan utama, sementara obat oral seperti metformin atau glyburide kadang digunakan meski belum mendapat persetujuan FDA. Jika tetap sulit dikendalikan, diperlukan rujukan ke spesialis untuk memastikan terapi yang tepat.

3) Anemia dalam kehamilan

Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ketika kadar hemoglobin ibu hamil berada di bawah normal, yaitu <11 g/dL pada trimester I dan III atau <10,5 g/dL pada trimester II. Gejalanya meliputi keletihan, mengantuk, lemah, gangguan pencernaan, dan hilangnya nafsu makan. Berdasarkan kadar Hb, anemia diklasifikasikan menjadi ringan (Hb 7–8 g/dL), sedang, dan berat (<7 g/dL). Penyebab utamanya adalah kekurangan zat besi, gangguan resorpsi, atau kehilangan besi berlebihan. Dampak anemia cukup serius, seperti abortus, persalinan prematur, hambatan tumbuh kembang janin, infeksi, dekompensasi kardis, hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum, hingga ketuban pecah dini.

- a) Deteksi dini dilakukan dengan pemeriksaan Hb, hematokrit, dan eritrosit pada tiap trimester.
 - b) Penanganan awal berupa pemberian suplemen zat besi (tablet Fe) untuk menurunkan risiko komplikasi pada anak.
 - c) Kolaborasi rujukan ke dokter SpOG atau fasilitas pelayanan lanjutan diperlukan bila anemia tidak dapat ditangani secara lokal.
- 4) Perdarahan

Perdarahan dalam kehamilan adalah kondisi abnormal yang dapat terjadi pada kehamilan muda (<20 minggu) maupun lanjut, dengan penyebab utama berupa abortus, kehamilan ektopik, dan gangguan plasenta. Abortus sendiri terbagi menjadi beberapa jenis: imminens (ancaman keguguran), insipiens (keguguran tak terhindarkan), inkomplet (sisa jaringan tertinggal), komplet (seluruh hasil konsepsi keluar), dan missed abortion (janin tidak berkembang tetapi jaringan masih ada). Kehamilan ektopik terganggu menimbulkan gejala nyeri panggul, perdarahan, hingga komplikasi serius. Gangguan plasenta meliputi plasenta previa, solusio plasenta, serta mola hidatidosa.

Efek jangka panjang perdarahan dapat berupa abortus, prematuritas, gangguan tumbuh kembang janin, hingga kematian janin. Upaya mengatasi meliputi pemeriksaan rutin, pengelolaan komplikasi, serta penanganan penyebab perdarahan. Tindakan penting adalah pemeriksaan kesehatan berkala, kolaborasi dengan tenaga medis, dan rujukan bila kasus tidak dapat ditangani di fasilitas lokal.

3. Asuhan Kebidanan Persalinan

a. Pengertian

Definisi persalinan normal menurut WHO (2020) adalah persalinan yang dimulai secara spontan, berisiko rendah sejak awal hingga selesai, dengan bayi lahir spontan dalam presentasi belakang kepala pada

usia kehamilan cukup bulan (≥ 37 minggu), dan ibu serta bayi berada dalam kondisi sehat setelah persalinan (WHO, 2020).

Menurut Helen Varney (Cunningham et al., 2022), persalinan normal terjadi pada kehamilan aterm dengan onset spontan, berlangsung tidak lebih dari 24 jam, janin tunggal presentasi vertex oksiput anterior, tanpa bantuan alat seperti forceps, tidak disertai komplikasi, serta diakhiri dengan kelahiran plasenta yang normal.

Secara umum, persalinan adalah proses fisiologis berupa pembukaan dan penipisan serviks, turunnya janin ke jalan lahir, dan berakhir dengan lahirnya bayi serta plasenta. Persalinan dianggap normal bila terjadi pada usia kehamilan cukup bulan, dimulai dengan kontraksi uterus yang menyebabkan perubahan serviks, dan berakhir dengan pengeluaran plasenta lengkap tanpa penyulit (Lowdermilk et al., 2020).

b. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

1) *Power* (kekuatan ibu)

Energi yang mendorong janin melalui proses persalinan terdiri dari kontraksi rahim (his), kontraksi otot perut, kontraksi diafragma, dan pergerakan ligamen. Daya utama yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan daya sekundernya adalah usaha meneran yang dilakukan oleh ibu (Wigati et al., 2023).

2) *Passage* (jalan lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, bagian panggul yang keras, dasar panggul, vagina, dan introitus. Janin harus mampu menyesuaikan diri dengan jalan lahir yang relatif kaku ini, sehingga bentuk dan ukuran panggul harus diidentifikasi sebelum persalinan dimulai.

Bidang-bidang hodge:

- a) Hodge I : Bidang yang setinggi dengan Pintu Atas Panggul (PAP) yang dibentuk oleh promontorium, artikulasio iliaca, sayap sacrum, linea inominata, ramus superior os pubis, tepi atas symfisis pubis.

- b) Hodge II : Bidang setinggi pinggir bawah symfisis pubis berhimpit dengan PAP (Hodge I)
- c) Hodge III : Bidang setinggi spina ischiadika berhimpit dengan PAP (Hodge I)
- d) Hodge IV : Bidang setinggi ujung os soccygis berhimpit dengan PAP (Hodge I)

3) *Passanger*

Pada faktor *passanger* terdapat 3 bagian, meliputi:

- a) Janin (Kepala janin beserta ukuran-ukurannya)

Kepala janin merupakan bagian paling keras dan besar, hal tersebut dapat mempengaruhi proses keluarnya janin. Cara janin bergerak melalui jalan lahir dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin.

- b) Ketuban

Kegunaan ketuban adalah untuk melindungi janin dalam kandungan. Saat proses melahirkan tiba, salah satu fungsi dari ketuban ialah untuk mendorong serviks sehingga serviks membuka.

- c) Plasenta

Plasenta merupakan bagian terpenting pada janin karena plasenta merupakan saluran atau jalan masuknya nutrisi dari ibu ke janin yang ada didalam kandungan (Holmes, 2018).

c. Sebab-sebab Terjadinya Persalinan

Hormon progesteron merupakan hormon yang mengakibatkan relaksasi pada otot-otot rahim, sedangkan hormon estrogen meningkatkan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan, terdapat keseimbangan antara progesterone dan estrogen di dalam darah. Progesteron menghambat kontraksi selama kehamilan sehingga mencegah ekspulsi fetus (Cunningham et al., 2022). Sebaliknya, estrogen mempunyai kecenderungan meningkatkan derajat kontraktilitas uterus. Baik

progesteron maupun estrogen disekresikan dalam jumlah yang secara progresif makin bertambah selama kehamilan (Lowdermilk et al., 2020).

1) Teori Oksitosin

Menjelang persalinan terjadi peningkatan reseptor oksitosin dalam otot rahim sehingga mudah terangsang saat disuntikkan oksitosin dan menimbulkan kontraksi, diduga bahwa oksitosin dapat menimbulkan pembentukan prostaglandin dan persalinan dapat berlangsung (Lowdermilk et al., 2020).

2) Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh deciduas menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi, baik dalam air ketuban maupun darah perifer ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan (Lowdermilk et al., 2020).

3) Teori Plasenta Menjadi Tua

Plasenta yang menjadi tua seiring bertambahnya usia kehamilan menyebabkan kadar estrogen dan progesteron turun. Hal ini juga mengakibatkan kejang pada pembuluh darah sehingga akan menimbulkan kontraksi (Lowdermilk et al., 2020).

4) Distensi Rahim

Seperti halnya kandung kemih yang bila dindingnya meregang karena isinya, demikian pula dengan rahim. Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan maka otot-otot rahim akan semakin meregang (Cunningham et al., 2022).

5) Teori Iritasi Mekanik

Dibelakang serviks terletak ganglion servikale (Fleksus Franker Hauser). Bila ganglion ini digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin maka akan timbul kontraksi (Cunningham et al., 2022).

6) Pengaruh Janin

Hypofise dan kelenjar suprarenal janin juga memegang peranan dalam terjadinya persalinan pada janin anancepalus kehamilan lebih lama dari biasanya (Cunningham et al., 2022).

d. Fisiologis Persalinan Kala I

1) Uterus

Saat persalinan dimulai, jaringan dari miometrium berkontraksi dan berelaksasi seperti otot normal. Ketika otot retraksi, otot tidak kembali ke ukuran aslinya dan berubah semakin kecil. Proses ini inilah yang menjadi salah satu penyebab turunnya janin kedalam panggul (Cunningham et al., 2018).

2) Serviks

Sebelum persalinan dimulai, leher serviks melunak dan bersiap untuk melahirkan. Saat persalinan makin dekat, leher serviks mulai terbuka. Berdasarkan diameter pembukaan serviks, proses ini dibagi menjadi 2 fase, yaitu (Wigati et al., 2023):

a) Fase Laten

Berlangsung selama kurang lebih 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat hingga mencapai diameter 3 cm.

b) Fase Aktif

Dibagi menjadi 3 fase, yaitu

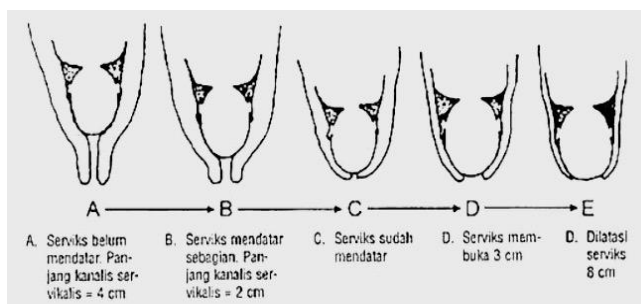
- i. Fase akselerasi, pembukaan 3 cm menjadi 4 cm dalam waktu 2 jam.
- ii. Fase dilatasi maksimal, pembukaan terjadi sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm dalam waktu 2 jam.
- iii. Fase deselerasi, yaitu Pembukaan melambat kembali, dalam 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap (10 cm). Pembukaan lengkap berarti bibir serviks tidak teraba dan diameter pembukaan serviks 10 cm Fase di atas dijumpai pada primigravida. Pada multigravida tahapannya sama namun

durasi lebih cepat untuk setiap fasenya. Pada primigravida berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan pada multigravida akan memakan waktu 7 jam (Mintaningtyas SI, Isnaini YS, 2023)

Pada primigravida, OUI membuka lebih dulu sehingga serviks akan mendatar dan menipis, baru kemudian OUE membuka, pada multigravida OUI dan OUE akan mengalami penipisan dan pendataran yang bersamaan. Kala I selesai apabila pembukaan serviks sudah lengkap. Pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 12 jam, sedangkan pada multigravida kira-kira 7 jam. (Mintaningtyas SI, Isnaini YS, 2023).



Gambar 1. Dilatasi serviks



Gambar 2. Mekanisme Pembukaan Serviks

3) Lendir bercampur darah

Pendataran dan dilatasi serviks akan melonggarkan selaput bagian dalam serviks dengan perdarahan minimal, sehingga lendir dapat dikeluarkan dari sumbatan atau operculum.

4) Ketuban

Ketuban pecah dengan sendirinya ketika pembukaan hampir atau sudah lengkap dengan sendirinya. Jika ketuban pecah sebelum pembukaan 5 cm, disebut ketuban pecah dini (KPD).

5) Tekanan Darah

- i. Selama persalinan, tekanan darah meningkat sebesar 15-20 mmHg sistolik dan 5–10 mmHg diastolik.
- ii. Pada waktu tertentu selama kontraksi, tekanan darah kembali ke tingkat sebelum melahirkan. Untuk memastikan tekanan darah yang akurat, pastikan untuk mengukur tekanan darah diantara kontraksi.
- iii. Mengubah posisi pasien dari posisi terlentang ke posisi menyamping kiri dapat menghindari perubahan tekanan darah pada saat persalinan.

e. Pemeriksaan Obstetrik Kala I

1) *Vaginal Toucher* pada kasus obstetric

Indikasi vaginal toucher pada kasus kehamilan atau persalinan:

- a) Sebagai bagian dari penentuan diagnosis kehamilan dini.
- b) Pada primigravida dengan usia kehamilan diatas 37 minggu akan digunakan untuk penilaian kapasitas panggul (pelvimetri klinis) dan menentukan apakah terdapat kelainan pada jalan lahir yang mempengaruhi proses persalinan pervaginam.
- c) Saat memasuki ruangan bersalin, hal ini dilakukan untuk menentukan fase persalinan dan mendiagnosis posisi janin.
- d) Pada saat lahir dinilai apakah kemajuan proses persalinan sesuai dengan yang diharapkan.

- e) Jika air ketuban pecah, ditentukan ada tidaknya janin atau sebagian kecil tali pusat.

Teknik *vaginal toucher* pada pemeriksaan kehamilan dan persalinan:

- a) Didahului dengan melakukan inspeksi pada organ genitalia eksterna.
- b) Langkah selanjutnya, memeriksa kondisi jalan lahir.
- c) Gunakan ibu jari dan jari telunjuk kiri untuk menggerakkan labia minora ke arah kranial untuk memaparkan vestibulum.
- d) Jari telunjuk dan jari tengah tangan kanan dalam posisi lurus dan rapat dimasukkan ke arah belakang - atas vagina dan melakukan palpasi pada servik, dengan tujuan:
 - i. Menentukan dilatasi (cm) dan pendataran servik (prosentase).
 - ii. Menentukan keadaan selaput ketuban masih utuh atau sudah pecah, bila sudah pecah tentukan warna, bau dan jumlah air ketuban yang mengalir keluar
 - iii. Menentukan presentasi (bagian terendah) dan posisi (berdasarkan denominator) serta derajat penurunan janin berdasarkan stasion.
 - iv. Menentukan apakah terdapat bagian-bagian kecil janin lain atau talipusat yang berada disamping bagian terendah janin (presentasi rangkap – *compound presentation*).

2) Auskultasi

- a) Auskultasi detak jantung janin dengan fetoskop De Lee
- b) Detak jantung janin terdengar terkeras di daerah punggung janin.
- c) DJJ dihitung selama 5 detik dan dilaksanakan 3 kali berturut turut dengan interval 5 detik
- d) Hasil pemeriksaan denyut jantung janin 10-12-10, berarti frekuensi detak denyut jantung janin adalah $32 \times 4 = 128$ kali/menit.
- e) Denyut jantung janin normal adalah 120 sampai 160 kali/ menit (Wigati et al., 2023).

f. Partograf

1) Definisi

Partograf adalah suatu presentasi grafis, yang berisi informasi terkait kondisi janin dan ibu selama persalinan berlangsung. Partograf terdiri dari bagian informasi ibu, informasi janin, dan proses kemajuan persalinan (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

2) Tujuan penggunaan

a) Memantau Proses Persalinan Pervaginam

Untuk mendeteksi persalinan yang berisiko tidak normal, dan membutuhkan intervensi seperti penambahan obat, tindakan operatif, maupun di rujuk ke fasilitas yang lebih memadai.

b) Memantau persalinan ibu dengan risiko tinggi

Meskipun partograf dikembangkan terutama untuk memonitor persalinan ibu hamil dengan kondisi yang stabil dan berisiko rendah mengalami kesulitan persalinan pervaginam, tetapi partograf juga dapat digunakan untuk ibu hamil berisiko tinggi.

3) Indikasi

Partograf disarankan untuk meningkatkan keberhasilan persalinan normal, terutama di negara berpenghasilan rendah dan menengah dengan angka kematian ibu dan bayi baru lahir relatif tinggi, sehingga, partograf harus digunakan:

a) Untuk semua ibu dalam kala I fase aktif

b) Untuk seluruh ibu melahirkan pervaginam, setelah masuk fase aktif di mana dilatasi serviks mencapai >5 cm.

c) Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat (spesialis obgyn, bidan, dokter umum, residen swasta, rumah sakit, dll) untuk memonitor kondisi ibu dan janin.

d) Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran

Kondisi ibu dan bayi yang dicatat dalam partograph:

- i. DJJ dan nadi ibu tiap 30 menit
- ii. Frekuensi dan durasi kontraksi tiap 30 menit
- iii. Pembukaan serviks tiap 4 jam
- iv. Penurunan bagian terbawah janin tiap 4 jam
- v. Tekanan darah dan temperatur tubuh tiap 4 jam
- vi. Urin, aseton dan protein tiap 2-4 jam.

Pencatatan kondisi ibu dan janin meliputi:

- a) Informasi tentang ibu
 - i. Nama, umur
 - ii. Gravida, para, abortus
 - iii. Nomor catatan medis
 - iv. Tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika di rumah, tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu) Lengkapi bagian awal (atas) partograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai “jam”) dan perhatikan kemungkinan ibu datang dalam fase laten persalinan. Tidak kalah penting, catat waktu terjadinya pecah ketuban.

- b) Kondisi bayi

Kolom pertama adalah digunakan untuk mengamati kondisi janin. Yang diamati dari kondisi bayi adalah DJJ, air ketuban dan penyusupan (kepala janin).

- i. Detak Jantung Janin

Menilai dan mencatat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin).

ii. Warna dan adanya air ketuban

Lambang untuk menggambarkan ketuban atau airnya:

- U :selaput ketuban utuh (belum pecah)
- J: selaput ketuban telah pecah dan air ketuban jernih
- M: selaput ketuban telah pecah dan bercampur mekonium
- D: selaput ketuban telah pecah dan bercampur darah
- K: selaput ketuban telah pecah dan air ketuban kering

iii. Penyusupan (*moulage*) tulang kepala

Penyusupan tulang kepala merupakan indikasi penting seberapa jauh janin dapat menyesuaikan dengan tulang panggul ibu.

Lambang yang digunakan:

- 0: tulang kepala janin terpisah, sutura mudah dipalpasi
- 1: tulang kepala janin sudah saling bersentuhan
- 2: tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan
- 3: tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

iv. Kemajuan persalinan

Kolom kedua untuk mengawasi kemajuan persalinan yang meliputi: pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah janin, garis waspada, dan garis bertindak dan waktu.

- Pembukaan serviks, Permulaan fase aktif dilatasi serviks dari 4 cm menjadi 5 cm.
- Penurunan bagian terbawah Janin, Tulisan “turunnya kepala” dan garis tidak terputus dari 0-5 pada sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda “•” pada waktu yang sesuai dan hubungkan dengan garis lurus.

- Jam dan Waktu

Waktu berada dibagian bawah kolom terdiri atas waktu mulainya fase aktif persalinan dan waktu aktual saat pemeriksaan. Setiap kotak: 1 jam yang digunakan untuk menentukan lamanya proses persalinan telah berlangsung.

- Kontraksi uterus

Terdapat lima kotak mendatar untuk kontraksi. Pemeriksaan dilakukan setiap 30 menit, raba dan catat jumlah dan durasi kontaksi dalam 10 menit.

- Obat-obatan dan cairan yang diberikan

Catat obat dan cairan yang diberikan di kolom yang sesuai. Oksitosin dicantumkan jumlah tetesan dan unit yang diberikan.

- Kondisi ibu

Catat nadi ibu setiap 30 menit dan beri tanda titik pada kolom yang sesuai. Ukur tekanan darah ibu tiap 10 menit dan beri tanda ↑ pada kolom yang sesuai. Temperatur dinilai setiap dua jam dan catat di tempat yang sesuai.

- Volume urine, protein dan aseton, lakukan tiap 2 jam.

- Data lain yang harus dilengkapi dari partograf adalah data atau informasi umum, kala I, kala II, kala III, kala IV, dan bayi baru lahir diisi dengan tanda centang (✓) dan diisi titik yang disediakan (Oladapo et al., 2018).

- c) Faal ligamentum rotundum dalam persalinan
Ligamentum rotundum mengandung otot–otot polos dan jika uterus berkontraksi, otot–otot ligamentum rotundum ikut berkontraksi sehingga ligamentum rotundum menjadi pendek.
 - d) Perubahan serviks
Perubahan pada serviks ditandai dengan pembukaan lengkap (10 cm), pada pemeriksaan dalam tidak teraba lagi bibir portio, segmen bawah rahim, serviks dan vagina karena telah menjadi satu saluran
 - e) Perubahan pada vagina
Setelah pembukaan lengkap dan ketuban telah pecah, maka terjadi perubahan, terutama pada dasar panggul yang teregang menjadi saluran dengan dinding–dinding yang tipis oleh bagian depan anak.
- 2) Beberapa hal yang perlu dipantau selama kala II, yaitu:
- a) Tenaga
Tenaga atau usaha mengedan dan kontraksi uterus perlu dikontrol setiap 30 menit selama 10 menit yang meliputi frekuensi, lama, dan kekuatan
 - b) Kondisi Ibu
Periksa nadi setiap 30 menit, serta pantau keadaan dehidrasi, perubahan sikap/ perilaku, dan tingkat tenaga yang dimiliki.
 - c) Kondisi Janin
Periksa DJJ setiap selesai meneran atau setiap 5-10 menit, penurunan presentasi dan perubahan posisi, serta warna cairan tertentu (Cairan ketuban, darah, dll), putaran paksi segera setelah kepala lahir.
- 3) Fase kala II (Aderhold dan Robert)
- a) Fase I : Fase Tenang yaitu mulai dari pembukaan lengkap sampai timbul keinginan untuk meneran

- b) Fase II : Fase Peneranan yaitu mulai dari timbulnya kekuatan untuk meneran sampai kepala *crowning* (kepala lahir)
 - c) Fase III : Fase Perineal yaitu mulai sejak *crowning* kepala janin sampai lahirnya seluruh badan bayi
- 4) Memimpin ibu meneran
- a) Pastikan bahwa persalinan sudah masuk dalam kala II agar usaha meneran efektif
 - b) Meneran hanya boleh dilakukan saat ada his
 - c) Segera saat his dimulai, sebelum pasien meneran, anjurkan menarik nafas yang dalam terlebih dahulu, kemudian meneran ke bawah seperti waktu buang air besar
 - d) Meneran harus sepanjang mungkin dan tidak boleh mengeluarkan suara mengerang
 - e) Jika pasien kehabisan nafas, maka anjurkan beristirahat sebentar kemudian meneran dilanjutkan lagi selama his masih ada
 - f) Anjurkan pasien berhenti meneran dan beristirahat di antara kontraksi
 - g) Untuk menambah kekuatan saat meneran, anjurkan pasien menarik tungkai atasnya atau menolak pada tiang-tiang palang tempat tidur diatas kepalanya
 - h) Jika pasien berbaring miring atau setengah duduk, pasien akan lebih mudah untuk meneran jika lutut ditarik ke arah dada dan dagu menempel pada dada
 - i) Minta ibu tidak mengangkat bokong saat meneran
 - j) Periksa DJJ setiap selesai His
 - k) Periksa nadi Ibu karena nadi yang cepat menunjukkan kelelahan
 - l) Jangan mendorong fundus untuk membantu kelahiran karena dapat meningkatkan resiko distosia bahu dan ruptura uteri (Wigati et al., 2023).

5) Mekanisme Persalinan Normal

Penurunan Kepala Janin dibagi menjadi 2 yaitu Kepala janin masuk PAP dan Kepala janin maju.

a) Kepala Janin Masuk PAP (Pintu Atas Panggul)

Kepala janin masuk ke dalam PAP dengan sutura sagittalis melintang disertai fleksi yang ringan.

- i. Syncлитismus yaitu sutura sagittalis berada di tengah-tengah jalan lahir atau tepat di antara symphysis dan promontorium. Syncлитismus os parietal depan dan belakang sama tingginya.
- ii. Asynclitismus yaitu sutura sagittalis agak ke depan mendekati symphysis atau agak ke belakang mendekati promontorium. Pada pintu atas panggul biasanya kepala janin dalam asynclitismus posterior ringan.
 - Asynclitismus posterior yaitu jika sutura sagittalis mendekati promontorium.
 - Asynclitismus anterior yaitu jika sutura sagittalis mendekati promontorium sehingga os parietale depan lebih rendah dari os parietale belakang.

b) Kepala Janin Maju

Pada primigravida majunya kepala janin terjadi setelah kepala masuk ke dalam rongga panggul serta biasanya dimulai pada kala II. Sedangkan pada Multipara sebaliknya maju dan masuknya kepala ke dalam rongga panggul terjadi bersamaan.

Majunya kepala janin disebabkan oleh:

- i. Tekanan cairan intrauterine
- ii. Tekanan langsung oleh fundus uteri pada bokong janin
- iii. Kekuatan mengejan ibu
- iv. Lurusnya posisi badan janin oleh perubahan bentuk rahim.

Majunya kepala janin disertai dengan gerakan-gerakan lain, yaitu: fleksi, putaran paksi dalam, ekstensi, putaran paksi luar, dan ekspulsi.

i. Fleksi : Setelah kepala masuk ke dalam rongga panggul dan mendapat tahanan dari pinggir pintu atas panggul, serviks, dinding panggul atau dasar panggul. Seiring dengan majunya kepala janin biasanya fleksi juga bertambah hingga ubun-ubun kecil jelas lebih rendah dari ubun-ubun besar.

ii. Putaran Paksi Dalam

Bagian depan janin berputar sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan berputar ke depan ke bawah symphysis. Pada presentasi belakang kepala bagian yang terendah adalah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang berputar ke depan ke bawah symphysis.

Sebab-sebab putaran paksi dalam yaitu:

- Pada letak fleksi, bagian belakang kepala janin merupakan bagian terendah dari kepala.
- Bagian terendah kepala mencari tahanan yang paling sedikit terdapat di sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitalis antara m.levator ani kiri dan kanan.
- Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul adalah diameter anteroposterior.

iii. Ekstensi

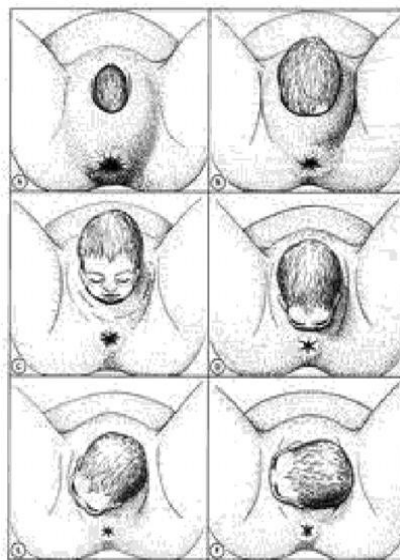
Setelah melakukan putaran paksi dalam, kepala janin didasar panggul dengan ubun-ubun kecil di bawah simfisis, dan dengan suboksiput sebagai hipomoklion, kepala melakukan gerakan defleksi agar dapat dilahirkan. Hal tersebut karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan & atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi.

iv. Putaran Paksi Luar

Setelah kepala lahir, kepala segera melakukan rotasi dengan memutar kembali ke arah punggung bayi untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Gerakan tersebut disebut dengan putaran restitusi. Putaran paksi luar merupakan gerakan kembali ke posisi sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung bayi.

v. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai di bawah symphysis dan menjadi hipomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Bahu melintasi pintu atas panggul dalam keadaan miring. Di dalam rongga panggul bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya, sehingga di dasar panggul. Setelah kepala lahir, bahu berada pada posisi depan dan belakang. Selanjutnya dilahirkan bahu depan terlebih dahulu kemudian disusul bahu belakang, dan seluruh badan bayi lahir searah dengan paksi jalan lahir (Wigati et al., 2023).



Gambar 4. Kala II Persalinan

6) Tanda gejala kala II

- a) Pasien mempunyai keinginan mengejan
- b) His menjadi lebih kuat dengan durasi kontraksi 50 – 100 detik yang muncul setiap 2 – 3 menit.
- c) Pasien merasa ada tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/atau vaginanya.
- d) Perineum menonjol
- e) Vulva - vagina dan rektum terbuka
- f) Pada puncak His, bagian kecil dari kepala nampak dalam vulva, tetapi hilang lagi waktu his terhenti. Hal ini disebut kepala membuka pintu.

Maju dan surutnya kepala berlangsung terus, sampai lingkaran terbesar dari kepala terpegang oleh vulva, sehingga tak dapat mundur lagi. Hal ini disebut kepala keluar pintu. Karena pada his berikutnya dengan ekstensi lahirlah kepala.

7) Pertolongan persalinan kala II

- a) Persiapan untuk melahirkan bayi
 - i. Setelah kepala bayi tampak 5-6 cm membuka vulva (Crowning), letakkan handuk bersih di atas perut bawah ibu dan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu sebagai alas bokong.
 - ii. Periksa kelengkapan alat partus set
 - iii. Pakai sarung tangan pada kedua tangan
- b) Pertolongan kelahiran bayi

Pertolongan kelahiran bayi dilakukan dengan langkah sistematis untuk menjaga keselamatan ibu dan bayi. Saat kepala bayi crowning, perineum dilindungi dengan satu tangan berlapis kain, sementara tangan lain menahan kepala agar tetap fleksi saat keluar perlahan. Setelah kepala lahir, ibu dianjurkan berhenti meneran dan bernapas cepat, lalu dilakukan pemeriksaan lilitan tali

pusat. Jika lilitan longgar dilepaskan, bila erat maka dilakukan penjepitan dengan dua klem berjarak 3 cm dan dipotong di antaranya.

Selanjutnya, tunggu kontraksi berikutnya hingga terjadi putaran paksi luar. Penolong menekan kepala ke arah bawah dan lateral tubuh bayi agar bahu depan melewati simfisis, lalu menggerakkan kepala ke atas untuk melahirkan bahu belakang dan dada. Tangan bawah menopang bahu posterior, lengan atas, siku, dan lengan bawah saat melewati perineum, sementara tangan atas menelusuri bahu anterior hingga punggung, bokong, dan kaki bayi. Setelah seluruh tubuh bayi lahir, jari telunjuk tangan atas disisipkan di antara kedua kaki bayi untuk menopang, kemudian bayi diletakkan di atas kain atau handuk di perut ibu dengan posisi kepala lebih rendah dari tubuh. Bayi segera dikeringkan, dilakukan rangsangan taktil, dan kepala ditutup dengan kain atau selimut agar tetap hangat. Semua langkah ini bertujuan memastikan transisi bayi ke dunia luar berlangsung aman dan fisiologis.

h. Persalinan Kala III

1) Mekanisme Pelepasan Plasenta

Kondisi setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban disebut dengan Kala Uri atau Kala III atau kala pengeluaran plasenta. Kala III berlangsung kurang lebih 15 sampai 30 menit, baik pada primipara maupun multipara. Adanya kontraksi uterus setelah kala II selesai menyebabkan terpisahnya plasenta dari dinding uterus.

Saat kala III persalinan, otot uterus berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ini menyebabkan berkurangnya tempat perlekatan plasenta. Keadaan ini dikarenakan tempat implantasi (perlekatan) menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat,

menebal, dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina (Lestari et al., 2024)

2) Tanda-tanda Pelepasan Plasenta

Berikut tanda-tanda pelepasan plasenta.

- a) Terjadi semburan darah secara tiba-tiba karena pecahnya penyumbat retro plasenter saat plasenta pecah.
- b) Terjadi perubahan uterus yang semula discoid menjadi globuler.
- c) Tali pusat memanjang. Hal ini disebabkan plasenta turun ke segmen uterus yang lebih bawah atau rongga vagina.
- d) Perubahan uterus, yaitu menjadi naik di dalam abdomen.
- e) Hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa sesaat setelah plasenta lepas TFU kan naik. Hal ini disebabkan oleh adanya pergerakan plasenta ke segmen uterus yang lebih bawah.

3) Fase Pelepasan Plasenta

Fase pelepasan plasenta merupakan tahap di mana plasenta menyempurnakan pemisahan dari dinding uterus. Cara pelepasan plasenta dibagi menjadi dua macam:

a) Secara Schultze

Pelepasan secara Scultze dimulai pada bagian Tengah plasenta dan terjadi hematoma retroplasentair yang selanjutnya mengangkat plasenta dari dasarnya. Plasenta dengan hematoma di atasnya sekarang jatuh ke bawah dan menarik selaput janin.

b) Secara Duncan

Pelepasan secara duncan dimulai dari pinggir plasenta. Lalu darah mengalir antara selaput janin dan dinding rahim. Hal ini menyebabkan adanya pendarahan sejak bagian dari plasenta lepas dan terus berlangsung sampai seluruh bagian plasenta terlepas. Pelepasan plasenta dengan cara ini sering terjadi pada plasenta dengan letak yang lebih rendah (Mutmainnah, 2017)

4) Tempat implantasi plasenta

Plasenta yang normal berimplantasi pada endometrium bagian atas terutama pada dinding posterior uterus. Endometrium itu sendiri terjadi perubahan untuk persiapan sebagai tempat implantasi dan memberi makan kepada blastokist yang disebut sebagai desidua. Berikut ini adalah tempat implantasi plasenta.

- a) Plasenta adhesive, melekat di desidua endometrium lebih dalam.
- b) Plasenta akreta, melekat dan tumbuh pada vili choralis lebih dalam dan menembus desidua sampai ke myometrium.
- c) Plasenta pekreta, tumbuh sampai menembus serosa dinding rahim.
- d) Plasenta inkreta, tumbuh lebih dalam ke myometrium tetapi belum menembus serosa.

5) Penanganan jika plasenta tidak lepas

a) Plasenta Tertinggal

Penanganan yang harus dilakukan ketika plasenta tertinggal adalah dengan menempatkan bayi untuk disusui, stimulasi puting, mengatur wanita pada posisi jongkok, memastikan kandung kemih wanita penuh dan tidak mampu buang air kecil.

b) Plasenta Akreta

Penanganan yang dilakukan ketika terjadi plasenta akreta adalah dengan melakukan pemeriksaan mikroskopis untuk mengetahui apakah plasenta akreta atau bukan. Jika hasil pemeriksaan tersebut menunjukkan bahwa plasenta akreta maka harus dilakukan rujukan untuk tindakan histerektomi darurat.

c) Plasenta Belum Lahir

Apabila plasenta belum lahir dalam waktu 15 menit, seorang bidan harus memberikan 10 IU oksitosin IM dosis kedua. Lakukan pemeriksaan terhadap kandung kemih jika ternyata penuh. Gunakan Teknik aseptik untuk memasukkan kembali

penegangan tali pusat dan tekanan dorso-kranial. Apabila tersedia akses yang mudah menjangkau fasilitas Kesehatan rujukan maka nasihati keluarga bahwa mungkin ibu perlu dirujuk apabila plasenta belum lahir setelah 30 menit bayi lahir.

6) Manajemen aktif kala III

Manajemen aktif kala III sangat penting dilakukan pada asuhan persalinan normal. Saat ini, manajemen aktif kala III telah menjadi prosedur tetap pada asuhan persalinan normal dan harus dimiliki oleh tenaga kesehatan penolong persalinan.

a) Tujuan Manajemen Aktif Kala III

Manajemen aktif kala II bertujuan untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah pendarahan, dan mengurangi kehilangan darah pada kala III.

b) Prosedur Pelaksanaan MAK III

Manajemen aktif kala III terdiri dari tiga langkah utama yang bertujuan mencegah perdarahan postpartum dan memastikan pelepasan plasenta berjalan aman. Pertama, pemberian oksitosin dilakukan segera setelah bayi lahir (maksimal 2 menit) dengan suntikan 10 IU IM di paha kanan luar, setelah memastikan tidak ada bayi lain dalam uterus. Kedua, penegangan tali pusat terkendali dilakukan dengan hati-hati saat kontraksi kuat, sambil menekan korpus uteri ke arah dorso-kranial untuk membantu pelepasan plasenta, menghindari inversion uteri, dan memastikan selaput ketuban lahir utuh.

Langkah ketiga adalah masase fundus uteri, yaitu pemijatan lembut namun mantap pada fundus untuk merangsang kontraksi uterus. Jika dalam 15 detik uterus tidak berkontraksi, dilakukan penatalaksanaan atonia uteri. Setelah plasenta lahir,

pemeriksaan kelengkapan plasenta dan selaput dilakukan untuk mencegah sisa jaringan tertinggal.

Pemantauan kontraksi uterus dilanjutkan setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua pasca persalinan. Edukasi kepada ibu dan keluarga tentang cara melakukan masase uterus juga penting agar segera diketahui bila kontraksi melemah. Dengan langkah sistematis ini, kala III dapat ditangani secara aman, efektif, dan sesuai standar kebidanan (JNPK-KR, 2017).

7) Pemantauan Kala III

a) Pendarahan

Pemantauan kala III pada bagian pendarahan ini dilakukan dengan melihat apakah ada bekuan darah atau tidak. Jika jumlah darah lebih dari 500 cc, segera lakukan penatalaksanaan sesuai dengan factor penyebabnya.

b) Robekan jalan lahir

Temukan dan perhatikan penyebab perdarahan dari laserasi atau robekan perineum dan vagina. Lakukan penilaian terhadap perluasan laserasi jalan lahir dan perineum untuk mengetahui jenis penatalaksanaan yang akan dilakukan.

c) Tanda-tanda vital

- i. Tekanan darah sistolik dan diastolic mulai kembali ke tingkat sebelum persalinan.
- ii. Nadi secara bertahap kembali ke tingkat sebelum persalinan.
- iii. Suhu badan meningkat secara perlahan.
- iv. Pernapasan kembali normal.
- v. Aktivitas gastrointestinal pada ibu bersalin dianggap abnormal apabila ibu merasa mual dan muntah tanpa adanya pengaruh obat-obatan, motilitas lambung, dan absorpsi kembali ke aktivitas normal.

d) Kontraksi Uterus

Setelah plasenta terlepas dan lahir, uterus akan melakukan kontraksi. Kontraksi ini harus dipantau sampai kal IV persalinan. Apabila terus berkontraksi dengan jelek atau bahkan tidak ada kontraksi maka kemungkinan akan terjadi atonia uteri sebagai salah satu penyebab pendarahan setelah persalinan.

8) Komplikasi kala III

Penyulit dan komplikasi yang terjadi pada masa persalinan dapat mengancam jiwa ibu. Untuk mendukung keterampilan seorang bidan dalam menolong persalinan perlu memiliki pengetahuan yang luas serta keahlian bidan dalam mengatasi resiko tinggi. Beberapa penyulit atau komplikasi yang mungkin terjadi pada kala III adalah sebagai berikut (Varney et al., 2019b).

a) Atonia Uteri

Atonia uteri merupakan penyebab terbanyak pendarahan postpartum dini (50%), dan merupakan alasan paling sering untuk melakukan histerektomi postpartum.

b) Inversion Uteri

Inversion uteri adalah keadaan dimana fundus uteri terbalik sebagian atau seluruhnya ke dalam kavum uteri. Uterus dikatakan mengalami inverse jika bagian dalam menjadi di luar saat melahirkan plasenta. Reposisi sebaiknya dilakukan dengan berjalannya waktu, lingkaran konstiksi sekitar uterus yang terinversi akan mengecil dan uterus akan terisi darah.

c) Retensio Plasenta

Retensio plasenta adalah lepas plasenta tidak bersamaan sehingga masih melekat pada tempat implantasi. Selain itu, menyebabkan retraksi dan kontraksi otot uterus, sehingga sebagian pembuluh darah tetap terbuka serta menimbulkan perdarahan.

d) Robekan jalan lahir

Trauma jalan lahir perlu mendapatkan perhatian khusus, karena dapat menyebabkan disfungsi organ bagian luar sampai alat reproduksi vital, sebagai sumber berdarahan yang berakibat fatal, dan sumber atau jalannya infeksi.

i. Robekan perineum

Robekan adalah robekan yang terjadi pada saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan alat atau tindakan. Robekan perineum umumnya terjadi pada garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat.

Klasifikasi:

- Derajat satu: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, dan kulit perineum.
- Derajat dua: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum, dan otot-otot perineum.
- Derajat tiga : robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum, dan otot-otot perineum, dan sfingter ani eksternal.
- Derajat empat: robekan dapat terjadi pada seluruh perineum dan sfingter ani yang meluas sampai ke mukosa.

ii. Robekan serviks

Persalinan selalu mengakibatkan robekan serviks, sehingga serviks seorang multipara berbeda dari yang belum melahirkan pervaginam. Robekan sarviks yang luas menimbulkan perdarahan dan dapat menjalar ke segmen bawah uterus (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021).

9) Tindakan-tindakan Kala III

a) Plasenta Manual

Plasenta manual adalah Tindakan untuk melepaskan plasenta secara manual dengan menggunakan tangan dari tempat implantasinya dan kemudian melahirkannya melalui kavum uteri. Prosedur yang harus dilakukan adalah pasang infus set dan cairan infus. Lalu jelaskan pada ibu prosedur dan tujuan tindakan.

b) Kompresi Bimanual Interna (KBI)

Kompresi bimanual eksterna merupakan Tindakan sesudah plasenta dikeluarkan dan masuh terjadi perdarahan karena atonia uteri. Atonia iteri adalah suatu kondisi dimana myometrium tidak dapat berkontraksi.

c) Kompresi Bimanual Eksternal (KBE)

Apabila sudah dilakukan KBE selama 5 menit uterus belum juga berkontribusi, ajari pendamping atau keluarga KBE. Sebenarnya, KBE adalah tindakan penghentian pendarahan dan merangsang kontraksi uterus dengan cara menekan pada bagian dinding depan dan belakang uterus dengan maksud untuk menjepit pembuluh darah uterus (Wigati et al., 2023).

4. Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

Neonatus atau Bayi baru lahir (BBL) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. BBL memerlukan penyesuaian fisiologi berupa maturasi, adaptasi (menyusuaikan diri dari kehidupan intrauteri ke kehidupan ekstraputeri) dan toleransi BBL untuk dapat hidup dengan baik. Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstraputerin. (Herman, 2020).

Bayi Baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai 42 minggu, dengan berat badan lahir 2500 - 4000 gram, dengan nilai apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan (Jamil et al., 2017).

b. Adaptasi Baru Lahir terhadap Kehidupan di Luar Uterus

Saat-saat dan jam pertama kehidupan diluar rahim merupakan salah satu siklus kehidupan. Bidan harus selalu berupaya untuk mengetahui periode transisi ini yang berlangsung sangat cepat, yang meliputi beberapa aspek, yaitu:

1) Perubahan Sistem Pernapasan

Perubahan sistem pernapasan neonatus terjadi segera setelah lahir, ketika paru-paru yang sebelumnya berisi cairan mulai berfungsi untuk bernapas udara. Rangsangan pertama napas dipicu oleh hipoksia di akhir persalinan serta rangsangan fisik lingkungan ekstrauterin yang mengaktifkan pusat pernapasan di otak. Selain itu, tekanan pada rongga dada akibat kompresi paru saat persalinan membantu mengeluarkan cairan paru dan memudahkan masuknya udara.

Peran surfaktan sangat penting karena membantu membuka alveolus dan menjaga agar tidak kolaps. Pada bayi cukup bulan, sekitar sepertiga cairan paru akan keluar saat melewati jalan lahir, sisanya diserap oleh pembuluh limfe dan darah setelah bayi mulai bernapas. Upaya pernapasan pertama ini menjadi transisi penting dari cairan ke udara.

Fungsi pernapasan neonatus juga berkaitan erat dengan sistem kardiovaskuler, karena oksigenasi yang baik mendukung adaptasi sirkulasi dari intrauterin ke ekstrauterin. Dengan demikian, keberhasilan napas pertama bayi merupakan langkah krusial dalam memastikan kehidupan ekstrauterin berjalan normal.

2) Perubahan system peredaran darah

Dua peristiwa yang mengubah tekanan dalam sistem pembuluh darah:

- a) Pada saat tali pusat dipotong, resistensi pembuluh sistemik meningkat dan tekanan atrium kanan menurun. Kedua kejadian ini membantu darah dengan kandungan oksigen sedikit mengalir ke paru-paru untuk menjalani proses oksigenasi ulang.
- b) Pernafsan pertama menurunkan resistensi pembuluh darah paru-paru dan meningkatkan tekanan atrium kanan. Oksigen pada Pernapasan pertama ini menimbulkan relaksasi dan sedikit terbukanya sistem pembuluh darah paru-paru.

3) Perubahan system pengaturan suhu bayi baru lahir

Suhu dingin menyebabkan air ketuban menguap lewat kulit, sehingga mendinginkan darah bayi. Pada lingkungan dingin, pembentukan suhu tanpa mekanisme menggigil merupakan usaha utama seorang bayi yang kedinginan untuk mendapatkan kembali panas tubuhnya. Mekanisme Kehilangan Panas Kehilangan panas tubuh pada bayi baru lahir dapat terjadi melalui mekanisme berikut:

- a) Evaporasi adalah cara kehilangan panas karena menguapnya cairan ketuban pada permukaan tubuh setelah bayi lahir karena tubuh tidak segera dikeringkan
- b) Konduksi adalah kehilangan panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Bayi diletakkan di atas meja, timbangan atau tempat tidur.
- c) Konveksi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi terpapar dengan udara sekitar yang lebih dingin.
- d) Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi ditempatkan dekat benda yang mempunyai temperatur tubuh lebih rendah dari temperatur tubuh bayi. Bayi ditempatkan dekat jendela yang terbuka (Jamil et al., 2017).

c. Pengkajian Fisik Bayi Baru Lahir

Pengkajian fisik bayi baru lahir (BBL) dilakukan untuk menilai kondisi bayi dan adaptasinya dari kehidupan intrauterin ke ektrauterin. Pemeriksaan ini menggunakan pancaindra, baik secara subjektif maupun objektif, melalui inspeksi dan observasi. Tahap pertama adalah pengkajian segera setelah lahir, bertujuan menilai adaptasi bayi dengan menggunakan skor APGAR (Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiratory effort). Penilaian dimulai sejak kepala bayi tampak di vulva (crowning) (Mintaningtyas SI, Isnaini YS, 2023).

Tahap kedua adalah pengkajian keadaan fisik, dilakukan setelah bayi lahir untuk memastikan kondisi normal atau adanya penyimpangan. Pemeriksaan ini lebih lengkap bila disertai hasil diagnostik penunjang dan catatan medis, serta merupakan bagian dari prosedur perawatan segera bayi baru lahir (Mintaningtyas SI, Isnaini YS, 2023).

d. Deteksi Kegawatdaruratan Neonatus

Kegawatdaruratan neonatal adalah situasi yang membutuhkan evaluasi dan manajemen yang tepat pada bayi baru lahir yang sakit kritis ($\leq$ usia 28 hari) membutuhkan pengetahuan yang dalam mengenali perubahan psikologis dan kondisi patologis yang mengancam jiwa yang bisa saja timbul sewaktu-waktu (Setyarini and Suprapti, 2016). Beberapa contoh kegawatdaruratan, yaitu:

1) Hipotermia

Hipotermia adalah kondisi dimana suhu tubuh $<36^{\circ}\text{C}$ atau kedua kaki dan tangan terasa dingin. Untuk mengukur suhu tubuh pada hipotermia diperlukan termometer ukuran rendah (*low reading thermometer*) sampai 25°C . Tanda-tanda klinis hipotermia, diantaranya:

- a) Hipotermia sedang (suhu tubuh 32°C - $<36^{\circ}\text{C}$), tanda-tandanya antara lain: kaki terasa dingin, kemampuan menghisap lemah, tangisan lemah dan kulit berwarna tidak rata atau disebut kutis marmorata.

- b) Hipotermia berat (suhu tubuh $< 32^{\circ}\text{C}$), tanda-tandanya antara lain: sama dengan hipotermia sedang, dan disertai dengan Pernapasan lambat tidak teratur, bunyi jantung lambat,
- c) Stadium lanjut hipotermia, tanda-tandanya antara lain: muka, ujung kaki dan tangan berwarna merah terang, bagian tubuh lainnya pucat, kulit mengeras, merah dan timbul edema terutama pada punggung, kaki dan tangan (sklerema).

2) Hipertermia

Hipertermia adalah kondisi suhu tubuh tinggi karena kegagalan termoregulasi. Hipertermia terjadi ketika tubuh menghasilkan atau menyerap lebih banyak panas daripada mengeluarkan panas. Ketika suhu tubuh cukup tinggi, hipertermia menjadi keadaan darurat medis dan membutuhkan perawatan segera untuk mencegah kecacatan dan kematian.

3) Hiperglikemia

Hiperglikemia atau gula darah tinggi adalah suatu kondisi dimana jumlah glukosa dalam plasma darah berlebihan. Hiperglikemia disebabkan oleh diabetes mellitus.

4) Tetanus Neonatorum

Tetanus neonatorum adalah penyakit tetanus yang diderita oleh bayi baru lahir yang disebabkan karena basil klostroidium tetani.

5) Gangguan Napas

Pola napas Bayi Muda tidak teratur (normal 30-59 kali/menit) jika < 30 kali/menit atau ≥ 60 kali/menit menunjukkan ada gangguan napas, biasanya disertai dengan tanda atau gejala bayi biru (sianosis), tarikan dinding dada yang sangat kuat (dalam sangat kuat mudah terlihat dan menetap), pernapasan cuping hidung serta terdengar suara meranti (napas pendek menandakan kesulitan bernapas) (Cloherty et al., 2017).

e. Konsep Dasar Rawat Gabung

Rawat gabung (rooming in) adalah metode perawatan di mana bayi langsung ditempatkan bersama ibunya dalam satu ruangan selama 24 jam setelah lahir. Tujuan utamanya adalah memperkuat ikatan batin ibu-bayi, melancarkan proses laktasi, serta meningkatkan kepercayaan diri ibu dalam merawat bayinya.

Namun, tidak semua ibu dan bayi dapat menjalani rawat gabung. Kriteria yang harus dipenuhi antara lain: bayi lahir spontan dengan presentasi kepala atau bokong, bayi lahir dengan tindakan namun sudah sehat dengan refleks isap positif, atau bayi lahir melalui SC dengan pembiusan umum yang baru diperbolehkan rooming in setelah 4–6 jam pasca operasi. Selain itu, bayi harus lahir cukup bulan (>37 minggu), memiliki berat badan >2500 gram, tidak mengalami asfiksia, dan bebas dari infeksi intrapartum (Herman, 2020).

f. Deteksi Komplikasi pada BBL, Neonatus, dan Balita

1) Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), yakni kurang dari 2.500 gram, merupakan masalah kesehatan yang turut berkontribusi terhadap angka kematian bayi.

2) Asfiksia Neonatorum

Asfiksia merupakan suatu keadaan bayi baru lahir yang gagal bernafas, secara spontan dan teratur segera setelah lahir. Asfiksia disebabkan oleh hipoksia janin dalam uterus dan hipoksia.

3) Sindrom Gangguan Pernapasan

Respiratory Distress Syndrome (RDS) atau Sindrom Gangguan Napas (SGN) dikenal juga sebagai Penyakit Membran Hialin. Gangguan ini merupakan penyakit yang berhubungan dengan keterlambatan perkembangan maturitas paru atau tidak adekuatnya jumlah surfaktan.

4) Ikterus

Ikterus neonatorum merupakan keadaan klinis pada bayi yang ditandai oleh pewarnaan ikterus pada kulit dan sklera akibat akumulasi bilirubin tak terkonjugasi yang berlebih. Ikterus secara klinis akan mulai tampak pada bayi baru lahir bila kadar bilirubin darah 5-7 mg/dL.

5) Perdarahan Tali Pusat

Perdarahan tali pusat yaitu adanya cairan (darah) yang keluar di sekitar tali pusat bayi. Perdarahan tali pusat yaitu adanya cairan (darah) yang keluar di sekitar tali pusat bayi. Akibat dari trauma pengikatan tali pusat yang kurang baik atau perawatan tali pusat kurang tepat serta kegagalan proses pembentukan thrombus normal.

6) Kejang

Kejang adalah suatu manifestasi klinis sebagai akibat dari cetusan yang berlebihan dan abnormal dari sel-sel neuron di otak. Manifestasi klinis dapat berupa fenomena abnormal yang sementara dan mendadak, antara lain berupa gangguan kesadaran, motorik, sensorik, otonom, ataupun psikis. Kejang merupakan salah satu gejala gangguan susunan saraf pusat dan kedaruratan paling sering pada masa neonates (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

g. Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir

Penatalaksanaan bayi baru lahir adalah rangkaian tindakan segera setelah lahir untuk memastikan adaptasi ke kehidupan ektrauterin berjalan optimal. Langkah pertama adalah stabilisasi jalan napas dengan membersihkan lendir atau mekonium sesuai pedoman resusitasi. Bayi kemudian dikeringkan, dilakukan kontak kulit dengan ibu untuk mencegah hipotermia, serta menjaga kehangatan agar terhindar dari hipoglikemia dan gangguan pernapasan (World Health Organization, 2023a).

Selanjutnya dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dengan meletakkan bayi di dada ibu agar bayi mencari puting sendiri. IMD terbukti meningkatkan keberhasilan menyusui dan memperkuat ikatan ibu-bayi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021). Pemberian profilaksis juga penting, yaitu vitamin K1 untuk mencegah perdarahan akibat defisiensi, salep mata antibiotik untuk mencegah infeksi gonokokus, serta imunisasi dasar seperti Hepatitis B sesuai jadwal (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

Tahap berikutnya adalah pemeriksaan fisik lengkap meliputi tanda vital, kepala, dada, abdomen, ekstremitas, dan genitalia untuk mendeteksi kelainan kongenital atau tanda bahaya (World Health Organization, 2023b). Perawatan lanjutan mencakup pemantauan nutrisi dengan ASI eksklusif, eliminasi (BAK dan BAB), serta edukasi keluarga mengenai tanda bahaya bayi baru lahir seperti demam, malas minum, kejang, atau sesak napas. Semua langkah ini bertujuan memastikan bayi beradaptasi dengan baik dan tumbuh sehat.

5. Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas dan Menyusui

a. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas berasal dari bahasa latin dari kata puer yang artinya bayi, dan paros artinya melahirkan yang berarti masa pulihnya kembali, mulai dari persalinan sampai organ-organ reproduksi kembali seperti sebelum kehamilan. (Ulya, 2021)

Masa nifas atau masa puerperium merupakan periode yang akan dilalui oleh ibu setelah masa persalinan, yang dimulai dari setelah kelahiran bayi dan plasenta, yakni setelah berakhirnya kala IV dalam persalinan dan berakhir sampai dengan 6 minggu (42 hari) yang ditandai dengan berhentinya perdarahan. (World Health Organization, 2023c)

b. Tahapan Masa Nifas

Menurut (Wijaya et al., 2018) dalam Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas, masa nifas terbagi dalam beberapa tahapan yaitu, sebagai berikut:

1) *Puerperium dini*

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

2) *Puerperium intermediate*

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

3) *Puerperium remote*

Puerperium remote merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi.

c. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Masa nifas ditandai dengan perubahan fisiologis akibat penurunan hormon setelah keluarnya plasenta. Hormon HCG, human plasental lactogen, estrogen, dan progesteron menurun drastis. Human plasental lactogen hilang dalam ± 2 hari, sedangkan HCG menghilang dalam ± 2 minggu setelah melahirkan. Kadar estrogen dan progesteron kembali mendekati kadar fase folikuler siklus menstruasi, masing-masing sekitar hari ke-3 dan ke-7 postpartum. Penarikan hormon polipeptida dan steroid ini mengubah fungsi seluruh sistem tubuh, sehingga efek kehamilan berbalik dan ibu dianggap dalam kondisi tidak hamil (Marshall and Raynor, 2020).

Menurut (Marshall and Raynor, 2020) dalam tulisannya yang berjudul *Myles Textbook for Midwives*, perubahan- perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu masa nifas yaitu:

1) Perubahan sistem reproduksi

a) Uterus

i. Pengerutan uterus (involusi uteri)

Setelah persalinan, rahim berkontraksi untuk kembali ke ukuran sebelum hamil. Berat uterus yang saat hamil penuh mencapai ± 1000 g akan menurun menjadi ± 500 g pada minggu pertama, 350 g pada minggu kedua, masuk ke panggul setelah satu minggu, dan mencapai 50–60 g pada minggu keenam. Proses ini dipengaruhi penurunan hormon estrogen dan progesteron yang memicu autolisis jaringan hipertrofi. Bila gagal, disebut subinvolusi, biasanya akibat sisa plasenta atau infeksi.

ii. Involusi tempat implantasi plasenta

Luka bekas plasenta yang awalnya sebesar telapak tangan mengecil menjadi 2–4 cm pada akhir minggu kedua, dan 1–2 cm pada akhir masa nifas. Regenerasi endometrium berlangsung ± 6 minggu, dengan epitelium tumbuh dari kelenjar basalis untuk menutup bekas implantasi.

iii. Perubahan ligamen

Ligamen, diafragma pelvis, dan fasia yang meregang saat hamil berangsur kembali, meski kadang ligamentum rotundum kendur sehingga uterus retrofleksi. Hal ini sering membuat ibu merasa “kandungannya turun”.

iv. Perubahan pada serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Serviks mengalami involusi bersama uterus, tampak seperti corong karena korpus berkontraksi sementara serviks tidak. Warnanya merah kehitaman, konsistensinya lunak, dan sering terdapat laserasi kecil. Serviks tidak pernah kembali seperti sebelum hamil akibat robekan saat dilatasi (Ulya, 2021).

v. Lochea

Dengan adanya involusi uterus, maka lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Campuran antara darah dan desidua tersebut dinamakan lochea, yang biasanya berwarna merah muda atau putih pucat. (Kemenkes RI, 2020). Pengeluaran lochea dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya di antaranya sebagai berikut:

- Lochea rubra/merah

Lochea ini muncul pada hari pertama sampai hari ketiga masa postpartum. Sesuai dengan namanya, warnanya biasanya merah dan mengandung darah dari luka pada plasenta dan serabut dari desidua dan chorion.

- Lochea sanguinolenta

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

- Lochea serosa

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

- Lochea alba

Lochea ini muncul pada minggu ke 2 hingga minggu ke 6 postpartum. Warnanya lebih pucat, putih kekuningan, serta lebih banyak mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks, dan serabut jaringan yang mati (Wahyuni, 2018).

b) Perubahan pada vulva, vagina dan perineum

Vulva dan vagina mengalami peregangan besar saat persalinan sehingga tampak kendur, mukosa menipis, dan rugae menghilang akibat penurunan estrogen. Ukuran vagina kembali normal dalam 6–8 minggu, rugae mulai tampak sekitar minggu ke-4 meski lebih pipih, dan mukosa tetap atrofik pada ibu menyusui hingga menstruasi kembali. Penebalan mukosa terjadi seiring pemulihan fungsi ovarium (Ulya, 2021).

Perineum menjadi kendur setelah bayi lahir, namun mulai mendapatkan kembali tonus pada hari ke-5 meski tidak sekuat sebelum hamil. Introitus vagina awalnya tampak eritematosa dan edematosa, terutama di area episiotomi atau jahitan laserasi. Proses penyembuhan luka episiotomi berlangsung 2–3 minggu, mirip dengan luka operasi lain. Luka kecil dapat sembuh per primam, tetapi bila terjadi infeksi dengan tanda nyeri, kemerahan, panas, bengkak, atau tepian insisi tidak melekat, dapat berkembang menjadi selulitis dan berisiko menjalar hingga menyebabkan sepsis (Ulya, 2021).

2) Perubahan sistem pencernaan

Beberapa perubahan system pencernaan pada ibu nifas dapat terjadi, diantaranya sebagai berikut:

a) Nafsu makan

Setelah persalinan, ibu biasanya merasa lapar dalam 1–2 jam begitu pulih dari efek analgesia, anestesia, dan kelelahan. Nafsu makan meningkat tajam, bahkan sering meminta porsi dua kali lipat disertai camilan, namun pemulihan fungsi usus hingga normal biasanya butuh 3–4 hari. Meski kadar progesteron menurun, asupan makanan justru berkurang selama 1–2 hari pertama karena gerak tubuh terbatas dan usus bagian bawah sering kosong bila sebelumnya diberikan enema (Marshall and Raynor, 2020).

b) Mortilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal. (Marshall and Raynor, 2020)

c) Pengosongan usus

Pada masa nifas sering terjadi konstipasi setelah persalinan. hal ini disebabkan karena pada waktu persalinan alat pencernaan mengalami tekanan, dan pasca persalinan tonus otot menurun sehingga menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebih pada waktu persalinan, kurangnya asupan makanan, cairan dan aktivitas tubuh. (Marshall and Raynor, 2020)

3) Perubahan sistem perkemihan

Ibu nifas sering kesulitan berkemih dalam 24 jam pertama akibat spasme sfingter dan edema leher kandung kemih. Dalam 12–36 jam postpartum biasanya terjadi diuresis besar karena penurunan estrogen, sementara ureter yang sempat berdilatasi akan kembali normal dalam ± 6 minggu (Cunningham et al., 2022).

4) Perubahan sistem muskuloskeletal

Otot uterus segera berkontraksi untuk menghentikan perdarahan, ligamen dan fasia yang meregang perlahan ciut kembali, meski kadang menyebabkan retrofleksi uterus. Dinding abdomen bisa mengendur akibat distensi lama, sehingga dianjurkan latihan postpartum atau fisioterapi sejak 2 hari setelah melahirkan (Cunningham et al., 2022).

5) Perubahan sistem endokrin

Terjadi penurunan drastis estrogen dan progesteron, disertai peningkatan oksitosin dan prolaktin. Oksitosin membantu involusi uterus dan pengeluaran ASI, sedangkan prolaktin merangsang produksi ASI, mendukung keberhasilan laktasi eksklusif (Wijaya, 2023).

6) Perubahan tanda-tanda vital

Peningkatan kecil tekanan darah sistolik maupun diastolik dapat terjadi selama ± 4 hari setelah melahirkan. Fungsi pernapasan kembali normal sekitar bulan ke-6 postpartum, diafragma menurun, aksis jantung kembali normal, dan hasil EKG pun stabil (Cunningham et al., 2022)

7) Perubahan sistem kardiovaskular

a) Volume darah

Kehilangan darah saat persalinan pervaginam rata-rata 300–400 cc, sedangkan pada SC bisa dua kali lipat. Setelah itu, cairan tubuh berpindah sehingga penurunan volume darah berlangsung bertahap dan biasanya kembali ke kondisi sebelum hamil pada minggu ke-3 hingga ke-4. Perubahan ini memengaruhi hematokrit: meningkat (hemokonsentrasi) pada persalinan normal, sedangkan pada SC cenderung stabil dan kembali normal dalam 4–6 minggu (Cunningham et al., 2022).

b) Curah jantung

Selama kehamilan, denyut jantung, volume sekuncup, dan curah jantung meningkat. Segera setelah melahirkan, curah jantung justru naik lebih tinggi selama 30–60 menit karena darah yang biasanya melewati sirkulasi uteroplasenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum. Peningkatan ini terjadi pada semua jenis persalinan (Cunningham et al., 2022).

d. Perubahan Psikologis Masa Nifas

1) Adaptasi psikologis ibu masa nifas

Adaptasi psikologis ibu nifas adalah proses penyesuaian diri terhadap peran baru sebagai orang tua. Sebagian ibu mampu beradaptasi dengan baik, namun ada yang mengalami post-partum blues berupa perasaan sedih, mudah menangis, atau cemas. Faktor utama yang memengaruhi adalah dukungan sosial, terutama dari suami

dan keluarga. Kurangnya dukungan dapat memperberat tekanan psikologis, sehingga ibu merasa tertekan. Dukungan positif keluarga sangat penting agar ibu bisa beradaptasi dengan peran barunya dan menjalani masa nifas dengan lebih baik (Shorey, 2018; Ulya, 2021). Dalam menjalani adaptasi masa nifas, sebagian ibu dapat mengalami fase-fase sebagai berikut: (Wahyuni, 2018)

a) Fase *takin in*

Fase *taking in* yaitu periode ketergantungan berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu baru umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya. Pengalaman selama proses persalinan berulang kali diceritakannya.

b) Fase *taking hold*

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

c) Fase *letting go*

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

2) *Postpartum Blues*

Postpartum Blues atau *maternity blues* adalah sindrom gangguan emosi ringan yang biasanya muncul pada minggu pertama setelah

persalinan. Gejalanya meliputi reaksi depresi ringan, sering menangis, mudah tersinggung, cemas, labilitas perasaan, menyalahkan diri sendiri, gangguan tidur dan nafsu makan, kelelahan, mudah sedih, cepat marah, *mood* yang cepat berubah, perasaan terjebak atau marah terhadap pasangan/bayi, rasa bersalah, serta pelupa. Kondisi ini umumnya bersifat sementara, namun tetap perlu dukungan sosial kuat agar tidak berkembang menjadi depresi postpartum (Shorey, 2018).

3) Edinburg postnatal depression scale (EPDS)

Untuk mendeteksi dini risiko depresi, digunakan Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Alat ini berupa kuesioner dengan 10 pertanyaan dan 4 pilihan jawaban, diisi sendiri oleh ibu dalam ± 5 menit. Pertanyaan mencakup labilitas perasaan, kecemasan, rasa bersalah, hingga gejala postpartum blues. EPDS dapat digunakan sejak minggu pertama setelah bersalin, dan bila hasilnya meragukan, diulang dua minggu kemudian. Validitasnya telah teruji di berbagai negara termasuk Belanda, Swedia, Australia, Indonesia, dan Italia, sehingga menjadi acuan penting dalam skrining depresi postpartum (Tully, 2019).

e. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

Kebutuhan-kebutuhan yang dibutuhkan ibu nifas antara lain sebagai berikut (Khasanah and Sulistyawati, 2023):

- 1) Nutrisi dan cairan $\rightarrow$ gizi seimbang, cukup protein & karbohidrat, tambahan ± 800 kkal untuk produksi ASI & pemulihan.
- 2) Ambulasi dini $\rightarrow$ latihan ringan (miring, duduk, berdiri, jalan) untuk percepat pemulihan, kecuali bila ada anemia/jantung/paru (Wahyuni, 2018).
- 3) Eliminasi BAK/BAB $\rightarrow$ BAK dalam 6 jam, BAB dalam 24 jam; cegah infeksi & konstipasi dengan cairan & serat (Kemenkes RI, 2020).
- 4) Kebersihan diri/perineum $\rightarrow$ mandi, bersihkan mammae & perineum rutin, cuci tangan sebelum ganti pembalut (Kemenkes RI, 2020).

- 5) Istirahat → tidur cukup untuk pulihkan fisik & energi menyusui (Ulya, 2021).
- 6) Seksual → aman setelah perdarahan berhenti, luka sembuh, lokia selesai (± 40 hari), bila ibu merasa nyaman (Ulya, 2021).
- 7) Keluarga berencana → kontrasepsi untuk atur jarak kehamilan & cegah kehamilan tidak direncanakan (Kemenkes RI, 2023a).

f. Komplikasi dan Penyakit dalam Masa Nifas

Komplikasi dan penyakit yang terjadi pada ibu masa nifas yaitu:

1) Infeksi nifas

Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat- alat genetelia dalam masa nifas. Masuknya kuman dapat terjadi dalam kehamilan, waktu persalinan, dan nifas. Demam nifas adalah demam dalam masa nifas oleh sebab apa pun. Morbiditas puerpuralis adalah kenaikan suhu badan sampai 38°C atau lebih selama 2 hari dari dalam 10 hari postpartum. Kecuali pada hari pertama (Cunningham et al., 2022).

2) Infeksi saluran kemih

Pada masa nifas dini, sensitivitas kandung kemih terhadap peregangan sering menurun akibat trauma persalinan atau penggunaan analgesia epidural/spinal. Rasa tidak nyaman dari episiotomi yang lebar, laserasi periuretra, atau hematoma dinding vagina juga dapat mengurangi sensasi berkemih. Setelah melahirkan, terutama saat infus oksitosin dihentikan, terjadi diuresis dengan peningkatan produksi urin dan distensi kandung kemih. Kondisi overdistensi yang memerlukan kateterisasi untuk mengeluarkan urin sering menjadi faktor risiko terjadinya infeksi saluran kemih pada ibu nifas. (Cunningham et al., 2022).

3) Metritis

Metritis adalah inspeksi uterus setelah persalinan yang merupakan salah satu penyebab terbesar kematian ibu. Bila pengobatan terlambat

atau kurang adekuat dapat menjadi abses pelvic yang menahun, peritonitis, syok septik, trombosis yang dalam, emboli pulmonal, infeksi felvik yang menahan dispareunia, penyumbatan tuba dan infertilitas (Cunningham et al., 2022).

4) Bendungan payudara

Bendungan payudara adalah peningkatan aliran vena dan limfe pada payudara dalam rangka mempersiapkan diri untuk laktasi. Bendungan terjadi akibat bendungan berlebihan pada limfatik dan vena sebelum laktasi. Payudara bengkak disebabkan karena menyusui yang tidak kontinu, sehingga sisa ASI terkumpul pada daerah ductus (Suryani, 2024).

5) Infeksi payudara

Mastitis termasuk salah satu infeksi payudara. Mastitis adalah peradangan pada payudara yang dapat disertai infeksi atau tidak, yang disebabkan oleh kuman terutama *Staphylococcus aureus* melalui luka pada puting susu atau melalui peredaran darah (Suryani, 2024).

6) Abses payudara

Abses payudara merupakan komplikasi akibat peradangan payudara/ mastitis yang sering timbul pada minggu ke dua postpartum (setelah melahirkan), karena adanya pembengkakan payudara akibat tidak menyusui dan lecet pada puting susu (Cunningham et al., 2022).

7) Perdarahan pervagina

Perdarahan pervagina atau perdarahan postpartum adalah kehilangan darah sebanyak 500 cc atau lebih dari traktus genitalia setelah melahirkan. Hemoragi postpartum primer mencakup semua kejadian perdarahan dalam 24 jam setelah kelahiran (Cunningham et al., 2022).

6. Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

a. Pengertian

Keluarga berencana (KB) merupakan suatu upaya untuk mengatur kelahiran, jumlah dan jarak kehamilan dengan teknik promosi, perlindungan dan pemberian bantuan sesuai dengan hak reproduksi bagi wanita dan pria untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. Program keluarga berencana mencakup layanan, informasi, edukasi, kebijakan, sikap, komoditas dan praktik (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), 2023).

b. Tujuan Keluarga Berencana

Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Tahun 2017 dan diperkuat oleh kebijakan terbaru (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), 2025), tujuan program KB adalah mengatur kehamilan agar pasangan dapat merencanakan jumlah dan jarak kelahiran sesuai kondisi kesehatan dan sosial ekonomi, menurunkan angka kematian ibu, bayi, dan balita dengan akses kontrasepsi aman, serta meningkatkan kualitas layanan kesehatan reproduksi melalui informasi, konseling, dan pendidikan. Program ini juga mendorong partisipasi pria, mempromosikan ASI eksklusif untuk menjarangkan kehamilan, mencegah stunting demi kualitas SDM, serta memperkuat pelayanan KB pascapersalinan agar ibu segera mendapat perlindungan kontrasepsi setelah melahirkan.

c. Manfaat Keluarga Berencana

Menurut (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), 2021, 2019) dan kajian akademis terbaru (World Health Organization, 2018a), manfaat KB antara lain menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dengan mencegah kehamilan tidak direncanakan, serta mengurangi kematian bayi dan balita melalui pengaturan jarak kelahiran yang ideal. KB juga berperan mencegah stunting dengan memberi waktu pemulihan sebelum kehamilan

berikutnya, meningkatkan kesejahteraan keluarga lewat perencanaan jumlah anak sesuai kemampuan ekonomi, dan memberdayakan masyarakat dalam pengambilan keputusan keluarga. Selain itu, KB mendukung mutu pendidikan anak, mengurangi kehamilan remaja melalui edukasi, mencegah penyebaran HIV/AIDS dengan kontrasepsi aman, serta mengendalikan pertumbuhan penduduk demi pembangunan kelanjutan.

d. Kontrasepsi

Kontrasepsi adalah upaya mencegah terjadinya kehamilan melalui metode hormonal, mekanis, maupun perilaku. Tujuannya untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, meningkatkan kesehatan ibu dan anak, serta mendukung keberhasilan program KB. Kontrasepsi bisa bersifat sementara maupun permanen, sesuai kebutuhan pasangan (World Health Organization, 2018a). Sejalan dengan hal tersebut, (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020b) menegaskan bahwa kontrasepsi bertujuan mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, meningkatkan kesehatan ibu dan anak, serta mendukung keberhasilan program keluarga berencana.

Adapun fase akseptor KB menurut sarasannya:

- 1) Menunda kehamilan → dianjurkan bagi pasangan dengan istri berusia <20 tahun.
- 2) Mengatur/menjarangkan kehamilan → usia 20–30 tahun, periode terbaik untuk melahirkan dengan jarak ideal 2–4 tahun.
- 3) Mengakhiri kesuburan → setelah memiliki ≥ 2 anak dan usia istri >30 tahun, dianjurkan kontrasepsi efektif seperti kontap, AKDR, implan, suntik KB, atau pil KB.

e. Metode Keluarga Berencana Alamiah

- 1) Metode Pantang Berkala (Sadar Masa Subur)

Metode Pantang Berkala (Sadar Masa Subur) adalah kontrasepsi alami dengan cara menghindari hubungan seksual pada masa subur.

Perempuan menentukan masa suburnya dari siklus menstruasi dan tanda kesuburan seperti lendir serviks yang lebih encer.

Jenis-jenis metode pantang berkala:

- a) Metode kalender → mencatat siklus haid, misalnya Standard Day Method yang menghindari hubungan seksual pada hari ke-8 sampai ke-19.
- b) Metode gejala → berdasarkan tanda kesuburan:
 - i. Sekresi serviks → vagina terasa basah menandakan masa subur.
 - ii. Suhu basal tubuh → naik setelah ovulasi, masa tidak subur dimulai 3 hari setelah peningkatan suhu hingga menstruasi berikutnya.

Cara Kerja: Menghindari hubungan seksual pada masa subur

2) Metode Kalender

Metode Kalender adalah cara kontrasepsi alami dengan menghitung masa subur dan tidak subur berdasarkan catatan siklus haid selama 12 bulan. Siklus dihitung dari hari pertama haid hingga sehari sebelum haid berikutnya. Untuk menentukan masa tidak subur sebelum ovulasi, digunakan rumus: siklus terpendek dikurangi 21. Misalnya siklus terpendek 28 hari → masa tidak subur hari ke-1 sampai ke-7. Sedangkan masa tidak subur setelah ovulasi dihitung dengan rumus: siklus terpanjang dikurangi 9. Misalnya siklus terpanjang 28 hari → masa tidak subur mulai hari ke-19 hingga haid berikutnya. Dengan demikian, metode ini memanfaatkan variasi siklus haid untuk memperkirakan kapan hubungan seksual relatif aman.

3) Metode Senggama Terputus

Senggama terputus atau coitus interruptus adalah metode kontrasepsi tradisional di mana pria menarik penis keluar dari vagina sebelum ejakulasi, sehingga sperma tidak masuk dan pembuahan dapat dicegah. Metode ini sering dipilih oleh pasangan yang tidak ingin menggunakan alat kontrasepsi karena alasan filosofi, atau sebagai

solusi sementara sambil menunggu metode lain. Selain itu, metode ini juga dianggap praktis bagi pasangan yang jarang berhubungan seksual, misalnya karena pekerjaan di luar kota atau kesibukan.

f. Metode Keluarga Berencana dengan Kontrasepsi Oral

Pil KB atau yang disebut dengan kontrasepsi oral, merupakan metode kontrasepsi berbentuk pil yang cara mengonsumsinya harus diminum sehari sekali pada jam yang sama setiap hari (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), 2023). Disiplin merupakan kunci pada saat mengonsumsi Pil KB, salah satu keunggulan dari Pil KB adalah dapat membuat menstruasi menjadi lebih lancar dan mengurangi rasa sakit pada saat menstruasi (DKT, 2018).

Jenis-jenis pil KB:

1) Pil KB Kombinasi

Pil KB Kombinasi adalah kontrasepsi oral dengan gabungan hormon estrogen dan progestin untuk mencegah ovulasi. Umumnya terdiri dari 21 pil hormon aktif dan 7 pil placebo (DKT, 2018).

Jenis-jenis pil KB kombinasi:

- a) Monofasik → dosis hormon sama pada 21 pil, ditambah 7 plasebo.
- b) Bifasik → dua variasi dosis hormon.
- c) Trifasik → tiga variasi dosis hormon.

Cara penggunaan Pil KB kombinasi harus dilakukan dengan disiplin, yaitu diminum setiap hari pada waktu yang sama. Paket 28 pil langsung dilanjutkan ke paket baru, sedangkan paket 21 pil diberi jeda satu minggu sebelum mulai paket berikutnya. Jika muntah dalam 2 jam setelah minum, perlu kontrasepsi tambahan, dan bila lupa minum pil ada aturan khusus sesuai jumlah pil yang terlewat. Pil ini tidak melindungi dari penyakit menular seksual maupun HIV.

Kelebihan Pil KB kombinasi adalah efektivitas tinggi bila digunakan sesuai aturan, kesuburan cepat kembali setelah berhenti, siklus haid lebih teratur, serta dapat mengurangi nyeri haid. Selain itu, pil ini kadang

digunakan untuk terapi tertentu seperti pendarahan haid usia muda atau kemandulan, dan bahkan menurunkan risiko kanker ovarium.

Kekurangan Pil KB kombinasi antara lain tidak melindungi dari PMS/HIV, harus diresepkan tenaga kesehatan, siklus haid butuh waktu untuk kembali normal setelah berhenti, tidak dianjurkan bagi ibu menyusui, serta kurang cocok bagi wanita yang pelupa karena harus diminum setiap hari. Motivasi penggunaan juga perlu intensif, dan tetap ada efek samping baik ringan maupun berat.

Efek samping KB Pil Kombinasi:

- a) Ringan: berupa mual, muntah, penambahan berat badan, pendarahan tidak teratur, retensi cairan, edema, mastalgia, sakit kepala, timbul jerawat, dan keluhan ringan lainnya. Keluhan ini berlangsung pada bulan-bulan pertama pemakaian pil.
- b) Berat: dapat terjadi tromboembolisme, mungkin karena terjadi peningkatan faktor-faktor pembekuan, atau karena pengaruh vasikuler secara langsung.

2) Pil KB Progestin

Pil KB Progestin, sering juga disebut pil mini, pil ini tidak memiliki kandungan estrogen di dalamnya dan sering diresepkan bagi perempuan yang tidak cocok dengan Pil KB kombinasi (DKT, 2018). Cara penggunaannya harus disiplin: pil pertama diminum pada hari pertama haid, kemudian dilanjutkan setiap hari hingga habis kemasan, lalu langsung mulai kemasan baru. Jika muntah dalam 30 menit, pil harus diminum ulang, dan bila lupa minum segera dilanjutkan sesuai aturan. Pil ini bisa digunakan pada berbagai kondisi, termasuk pascasalin dan pascaabortus, serta aman untuk ibu menyusui.

Kelebihan Pil KB Progestin adalah angka kejadian efek samping terkait estrogen minimal, dapat mengurangi dismenore dan gejala PMS, kesuburan cepat kembali setelah berhenti, serta efektif digunakan selama menyusui.

Kekurangan Pil KB Progestin antara lain risiko kehamilan ektopik bila gagal, perdarahan uterus tidak teratur, kemungkinan terbentuk kista ovarium fungsional, serta kebutuhan penggunaan harian yang konsisten. Jika terlambat minum lebih dari 48 jam, diperlukan kontrasepsi cadangan.

g. Metode Keluarga Berencana dengan Kontrasepsi Suntik

Kontrasepsi suntik adalah metode kontrasepsi dengan menyuntikkan hormon ke dalam tubuh wanita untuk mencegah ovulasi atau pelepasan sel telur. Efektivitasnya sangat tinggi bila digunakan dengan benar, dengan risiko kehamilan hanya sekitar 0,1–0,4 per 100 perempuan dalam tahun pertama penggunaan suntik kombinasi.

Jenis-jenis Suntik:

1) Suntikkan Kombinasi

- a) Kontrasepsi suntik kombinasi adalah metode dengan penyuntikan hormon progestin dan estrogen untuk menekan ovulasi, mengentalkan lendir serviks, mengganggu implantasi, serta menghambat transportasi sel telur di tuba. Jenisnya meliputi suntik 1 bulan, 2 bulan, dan 3 bulan sekali dengan dosis berbeda.
- b) Cara kerja: hormon mencegah ovulasi, mengubah lendir serviks, dan membuat endometrium tidak siap untuk implantasi.
- c) Kelebihan suntik kombinasi yaitu tidak perlu digunakan setiap hari, bisa dihentikan kapan saja, risiko kesehatan kecil, tidak memengaruhi hubungan seksual, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, dan dapat digunakan jangka panjang.
- d) Kekurangan suntik kombinasi adalah harus ke fasilitas kesehatan untuk suntik ulang, kesuburan terlambat kembali setelah berhenti, serta efektivitas menurun bila terlambat suntik ulang.
- e) Kontraindikasi: tidak boleh digunakan oleh ibu yang baru melahirkan <3 minggu tanpa menyusui, ibu menyusui 6 minggu–6 bulan, perempuan usia ≥ 35 tahun yang merokok >15 batang/hari,

penderita hipertensi, migrain, riwayat kanker payudara, atau diabetes dengan komplikasi.

- f) Efek samping: gangguan haid (bercak, perdarahan lama), penambahan berat badan ringan akibat peningkatan nafsu makan, serta keluhan mual, muntah, sakit kepala, dan nyeri payudara.
- g) Kontrasepsi suntik kombinasi mengandung 2 hormon yaitu progestin dan estrogen, seperti hormone progesterone dan estrogen alami yang terdapat pada tubuh perempuan.

2) Suntikkan Progestin

- a) Suntik KB Progestin adalah kontrasepsi suntik yang hanya mengandung hormon progestin, bekerja dengan cara mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga sperma sulit menembus, menipiskan endometrium sehingga implantasi terganggu, serta menghambat transportasi gamet oleh tuba. Jenisnya ada dua: suntik 3 bulan sekali (DMPA 150 mg IM) dan suntik 2 bulan sekali (Depo Noristerat 200 mg IM).
- b) Kelebihan suntik progestin yaitu praktis karena hanya perlu suntik tiap 2–3 bulan, tidak mengganggu hubungan seksual, aman untuk ibu menyusui mulai 6 bulan pascapersalinan, bisa digunakan perempuan usia >35 tahun, menurunkan risiko kanker endometrium, fibroid, penyakit radang panggul, anemia defisiensi besi, serta membantu gejala endometriosis dan anemia sel sabit.
- c) Kekurangan suntik progestin antara lain bergantung pada fasilitas kesehatan untuk suntik ulang, tidak bisa dihentikan sewaktu-waktu, kesuburan kembali lebih lambat (± 4 bulan), dan pemakaian jangka panjang dapat menurunkan kepadatan tulang.
- d) Efektivitasnya sangat tinggi bila digunakan benar, dengan risiko kehamilan hanya 0,3 per 100 perempuan dalam 1 tahun. Efek samping meliputi perubahan pola menstruasi (tidak teratur,

panjang, atau tidak haid), sakit kepala, pusing, kenaikan berat badan, perut kembung, perubahan *mood*, dan penurunan libido.

- e) Cara penggunaan dilakukan dengan suntikan intramuskular setiap 2–3 bulan, menggunakan teknik penyuntikan yang benar (kulit dibersihkan alkohol, ampul dikocok hingga homogen, hindari gelembung udara)

h. Alat Kontrasepsi Bawah Kulit/ Implan

- 1) Kontrasepsi implan adalah batang kecil berisi hormon progestin yang dipasang di bawah kulit lengan atas. Implan bekerja dengan mencegah ovulasi, menebalkan lendir serviks, dan menipiskan endometrium sehingga sperma sulit membuahi sel telur. Efektivitasnya sangat tinggi, mencapai 99%, dengan perlindungan hingga 3–5 tahun, dan kesuburan cepat kembali setelah dilepas.
- 2) Jenis implan terdiri dari implan 2 batang yang berisi levonorgestrel dengan lama kerja 4–5 tahun, serta implan 1 batang berisi etonogestrel dengan lama kerja 3–5 tahun. Keduanya sama-sama efektif bila dipasang dengan benar.
- 3) Keuntungan implan antara lain efektivitas tinggi, perlindungan jangka panjang, kesuburan cepat kembali setelah dilepas, tidak mengganggu hubungan seksual, aman untuk ibu menyusui, dapat dicabut kapan saja sesuai kebutuhan, serta mengurangi jumlah darah haid sehingga mencegah anemia.
- 4) Kekurangan implan adalah pemasangan dan pencabutan harus dilakukan tenaga terlatih, tidak melindungi dari infeksi menular seksual, serta sering menimbulkan perubahan pola menstruasi.
- 5) Efek samping implan yang umum terjadi meliputi gangguan haid (amenore, bercak, atau haid berkepanjangan), kenaikan berat badan akibat peningkatan nafsu makan dan retensi cairan, nyeri payudara karena ketidakseimbangan hormon, serta jerawat yang dipicu oleh hormon progesteron.

i. Alat Kontrasespsi dalam Rahim (AKDR)/ IUD

- 1) AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim/Spiral) adalah kontrasepsi berbentuk tabung silikon dengan lengan T atau spiral tembaga yang dipasang di dalam rahim untuk mencegah pembuahan jangka panjang. Efektivitasnya sangat tinggi, mencapai 98–99,4%, dengan masa pakai 3–5 tahun untuk AKDR hormonal dan 5–10 tahun untuk AKDR tembaga. Kesuburan akan cepat kembali setelah AKDR dilepas.
- 2) Cara kerja AKDR adalah menimbulkan reaksi radang lokal nonspesifik di rahim yang mengganggu implantasi, meningkatkan produksi prostaglandin sehingga menghambat implantasi, mempercepat pergerakan ovum di tuba, serta mengimmobilisasi sperma.
- 3) Keunggulan AKDR yaitu langsung efektif setelah dipasang, tidak memengaruhi ASI, tidak memiliki efek samping hormonal, bisa dipasang segera setelah melahirkan atau abortus bila tidak ada infeksi, serta tidak berinteraksi dengan obat-obatan.
- 4) Kekurangan AKDR antara lain masih ada kasus kehamilan dengan AKDR in situ, perdarahan seperti spotting atau metroragia, leukorea yang bisa meningkatkan risiko infeksi, kemungkinan kemandulan akibat infeksi, serta tali AKDR yang dapat mengganggu hubungan seksual.
- 5) Indikasi penggunaan AKDR adalah perempuan usia reproduktif, tidak sedang hamil, menginginkan kontrasepsi jangka panjang, menyusui, pascaabortus tanpa infeksi, risiko rendah IMS, dan tidak ingin kontrasepsi hormonal. Sebaliknya, kontraindikasi AKDR meliputi dugaan hamil, infeksi genital, riwayat radang panggul, postpartum hemoragi, kehamilan ektopik, atau tumor ganas genital.
- 6) Waktu pemasangan AKDR dapat dilakukan kapan saja selama siklus haid untuk memastikan tidak hamil, hari ke-1 sampai ke-7 siklus haid,

segera postpartum (48 jam pertama atau setelah 4 minggu), setelah 6 bulan bila menggunakan MAL, atau pascaabortus tanpa infeksi.

- 7) Komplikasi AKDR bisa berupa nyeri dan kejang 3–5 hari pascapemasangan, perdarahan berat yang berisiko anemia, serta perforasi dinding rahim (jarang bila pemasangan tepat).
 - 8) Langkah pemasangan AKDR meliputi edukasi klien, pemeriksaan genitalia, penggunaan antiseptik, pengukuran uterus, pemasangan sesuai ukuran, pemotongan benang 2–3 cm, dan edukasi cara memeriksa benang. Sedangkan pelepasan AKDR dilakukan dengan spekulum, antiseptik, pencabutan benang, dan desinfeksi alat.
- j. Alat Kontrasepsi Sementara Bagi Ibu Menyusui Eksklusif

Menyusui eksklusif merupakan suatu metode kontrasepsi sementara yang cukup efektif, selama klien belum mendapat haid dan waktunya kurang dari enam bulan pasca persalinan. Efektifitasnya dapat mencapai 98%. MAL efektif bila menyusui lebih dari delapan kali sehari dan bayi mendapat cukup asupan perlaktasi. Metode Amenorea Laktasi (MAL) dapat dipakai sebagai alat kontrasepsi, apabila:

- 1) Menyusui secara penuh (*full breast feeding*), lebih efektif apabila diberikan minimal 8 kali sehari.
- 2) Belum mendapat haid.
- 3) Umur bayi belum mencapai usia 6 bulan.

Cara kerja dari Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah menunda atau menekan terjadinya ovulasi. Pada saat laktasi/menyusui, hormon yang berperan adalah prolaktin dan oksitosin. Semakin sering menyusui, maka kadar prolaktin meningkat dan hormon gonadotrophin melepaskan hormon penghambat (inhibitor). Hormon penghambat akan mengurangi kadar estrogen, sehingga tidak terjadi ovulasi.

Efektifitas MAL sangat tinggi sekitar 98 persen apabila digunakan secara benar dan memenuhi persyaratan sebagai berikut: digunakan selama enam bulan pertama setelah melahirkan, belum mendapat haid

pasca melahirkan dan menyusui secara eksklusif (tanpa memberikan makanan atau minuman tambahan). Efektifitas dari metode ini juga sangat tergantung pada frekuensi dan intensitas menyusui.

Manfaat non kontrasepsi MAL juga besar. Untuk bayi, MAL memberi kekebalan pasif, meningkatkan gizi, mengurangi risiko penyakit menular, dan melindungi dari kontaminasi air atau susu formula. Untuk ibu, MAL membantu mengurangi perdarahan postpartum, mempercepat involusi uterus, menurunkan risiko anemia, serta memperkuat ikatan psikologis dengan bayi.

Keterbatasan MAL adalah hanya efektif selama 6 bulan pertama, membutuhkan persiapan sejak kehamilan, tidak melindungi dari penyakit menular seksual, tidak cocok bagi ibu yang tidak menyusui, serta sulit dipertahankan bila pola menyusui eksklusif terganggu.

Indikasi penggunaan MAL adalah ibu menyusui eksklusif, bayi berusia <6 bulan, dan belum mendapat haid pascapersalinan. MAL harus dilakukan segera setelah melahirkan, dengan frekuensi menyusui sering tanpa jadwal, pemberian ASI tanpa botol/dot, tanpa suplemen, dan tetap menyusui meski ibu atau bayi sakit.

Kontraindikasi MAL meliputi ibu yang sudah mendapat haid, tidak menyusui eksklusif, bekerja dan terpisah dari bayi >6 jam, membutuhkan kontrasepsi tambahan, menggunakan obat tertentu (misalnya ergotamine, lithium, antikoagulan), bayi berusia >6 bulan, atau bayi dengan gangguan metabolisme.

k. Metode/ Alat Kontrasepsi Mantap

1) Kontrasepsi Mantap pada Wanita

Kontrasepsi mantap pada wanita lebih sering disebut MOW (Metode Operasi Wanita) atau ada yang menyebut juga dengan sebutan Tubektomi. Tubektomi ini ialah suatu pembedahan dengan cara mini laparotomi (minilap) yaitu tindakan pada tuba fallopii wanita melalui irisan kecil di dinding perut $\pm$ 2-3 cm yang dapat

mengakibatkan wanita tersebut tidak dapat hamil. Teknik ini pertama kali diperkenalkan oleh Uchida (1961) untuk pembedahan pasca persalinan, dimana sterilisasi dapat dilakukan pada pasca persalinan. Kontrasepsi ini adalah proses pemotongan atau pengikatan tuba falopi, tuba falopi adalah sebuah saluran yang menghubungkan antara ovarium dengan cervix. Setelah dilakukan tindakan tersebut wanita yang melakukan metode kontrasepsi mantap masih tetap dapat menstruasi normal karena tidak terdapat tindakan pada uterus.

a) Saat yang paling tepat untuk melakukan pembedahan

i. Pasca persalinan dan pasca keguguran

Saat yang terbaik untuk melakukan pembedahan yaitu tidak lebih dari 48 jam pasca bersalin. Hal ini dikarekan pada saat itu Rahim masih membesar, tuba falopii masih panjang dan dinding perut masih cukup longgar sehingga memudahkan mencapai tuba, apabila lebih dari itu Rahim telah mengalami involusi sehingga sulit mencapai tuba, dan keadaan tuba mengalami edema dan rapuh, mudah terjadi perdarahan dan infeksi lebih sering terjadi. Demikian pula pasca keguguran yaitu dapat dilakukan pada hari yang sama setelah evakuasi Rahim atau keesokan harinya.

ii. Masa interval

Pada masa ini waktu yang paling baik adalah segera setelah haid selesai. Pada waktu ini diyakini kehamilan belum terjadi dan apabila akseptor menggunakan salah satu cara kontrasepsi dalam siklus tersebut sebaiknya dilakukan dalam dua minggu pertama dari siklus haidnya. Apabila diragukan dan dilaksanakan dalam fase luteal, kuretase rutin dapat dikerjakan sesaat sebelum pembedahan dilakukan.

b) Lomasi minilapatoromi untuk mencapai tuba

i. Pasca persalinan

Lokasi irisan sesuai dengan tingginya fundus uteri pada saat itu. Jika fundus uteri setinggi pusat atau 1-2 jari di bawah pusat, maka irisan dilakukan di lipatan kulit bawah pusat atau periumbilikus melintang mengikuti garis lekukan tepat bawah pusat.

ii. Masa Interval dan pasca keguguran

Lokasi irisan supra pubis disesuaikan fundus uteri, yaitu 2 jari atas simfisis.

c) Syarat-syarat kontrasepsi mantap

i. Sukarela

Calon peserta kontrasepsi mantap ini harus tanpa paksaan, dan mendapatkan persetujuan dari pasangan untuk itu peran serta petugas kesehatan dalam pelayanan informasi konseling sangatlah penting.

ii. Memiliki anak minimal 2

Calon peserta kontrasepsi mantap ini harus berstatus dalam suatu perkawinan yang sah dan memiliki anak hidup minimal 2 orang dan anak paling kecil harus berusia di atas dua tahun.

iii. Kesehatan

Setiap calon peserta kontrasepsi mantap harus memenuhi syarat kesehatan artinya tidak ditemukan kontras indikasi kesehatan dalam tubuh calon peserta kontrasepsi mantap.

d) Indikasi dilakukan Metode Operasi Wanita (MOW) dapat dibagi menjadi tiga kategori. Pertama, indikasi medis yaitu ketika kondisi kesehatan ibu berisiko tinggi jika hamil kembali. Kedua, indikasi gangguan fisik yang membuat kehamilan atau persalinan berikutnya berbahaya bagi ibu. Ketiga, indikasi sosial ekonomi,

yakni ketika keluarga merasa jumlah anak sudah cukup dan secara ekonomi tidak memungkinkan untuk menambah keturunan.

- e) Kontraindikasi dilakukan MOW meliputi adanya peradangan dalam rongga panggul, peradangan pada liang senggama, kavum douglas yang tidak bebas, serta adanya perlekatan yang menyulitkan prosedur. Selain itu terdapat kontraindikasi relatif, misalnya kondisi tertentu yang masih bisa dipertimbangkan dengan evaluasi lebih lanjut, serta obesitas berlebihan yang dapat meningkatkan risiko teknis dan komplikasi operasi.

Meskipun tubafalopi sudah di potong atau diikat dapat disambung kembali, namun tingkat keberhasilan untuk hamil kembali sangat kecil. Oleh sebab itu jika ingin menggunakan kontrasepsi ini perlu diperhatikan bahwa kontrasepsi ini merupakan kontrasepsi permanen. Menurut hasil penelitian dukungan suami bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, sebagai sumber dan validator anggota keluarga diantaranya memberikan dukungan, penghargaan dan perhatian.

Bentuk dukungan suami dalam hal ini melibatkan pemberian informasi, saran dan umpan balik tentang situasi dan kondisi istri. Keputusan yang didapatkan dari istri adalah atas campur tangan suami, penelitian lain menunjukkan bahwa pasangan suami istri harus bersama memilih metode kontrasepsi yang terbaik, saling bekerjasama dalam pemakaian metode kontrasepsi yang terbaik, saling bekerjasama dalam pemakaian kontrasepsi.

2) Kontrasepsi Mantap pada Pria

Vasektomi merupakan metode kontrasepsi pria yang efektif untuk mencegah kehamilan. Prosedurnya aman dilakukan dan tidak memerlukan waktu yang lama. Metode kontrasepsi mantap pada pria adalah proses sayatan kecil dan penyumbatan saluran sperma (vas deferens) 0,5 – 1 cm atau biasa disebut vasektomi, hal ini tidak akan

mempengaruhi ereksi dan proses senggama, setelah tindakan vasektomi pada pria tidak segera efektif untuk metode KB ini, sehingga pria tersebut masih harus menggunakan kondom terlebih dahulu minimal lebih dari 20 kali ejakulasi jika akan melakukan hubungan seks.

a) Ada dua jenis vasektomi, yaitu metode sayatan (konvensional) dan metode tanpa pemotongan.

i. Metode sayatan.

Pertama-tama dokter melakukan anastesi lokal kedalam kulit skrotum kemudian dilakukan dua sayatan kecil di kulit di setiap sisi skrotum setelah menemukan saluran vas deferens kemudian dilakukan pemotongan atau pengikatan saluran vas deferens. Bekas luka kemudian akan dijahit sebagai tahap terakhir.

ii. Metode tanpa sayatan.

Vasektomi tanpa sayatan dilakukan dengan cara menggunakan penjepit kecil untuk menahan saluran yang akan dipotong. Selanjutnya dibuat lubang kecil untuk pada kulit skrotum lalu dokter memotong bagian saluran sebelum mengikatnya. Prosedur ini tidak memerlukan jahitan dan bisa dikatakan bahwa prosedur ini paling populer karena minim resiko dan komplikasi.

b) Syarat-syarat Kontrasepsi mantap

i. Sukarela

Calon peserta kontrasepsi mantap ini harus tanpa paksaan, dan mendapatkan persetujuan dari pasangan untuk itu peran serta petugas kesehatan dalam pelayanan informasi konseling sangatlah penting.

ii. Memiliki anak minimal 2

Calon peserta kontrasepsi mantap ini harus berstatus dalam suatu perkawinan yang sah dan memiliki anak hidup minimal 2 orang dan anak paling kecil harus berusia di atas dua tahun.

iii. Kesehatan

Setiap Calon peserta kontrasepsi mantap harus memenuhi syarat kesehatan artinya tidak ditemukan kontras indikasi kesehatan dalam tubuh calon peserta kontrasepsi mantap.

c) Manfaat vasektomi

- i. Sangat efektif Vasektomi merupakan metode yang sangat efektif jika dibandingkan dengan metode KB yang lainnya bahkan dari hasil penelitian dikatakan bahwa 99 % efektif untuk mencegah terjadinya kehamilan.
- ii. Kenyamanan dan efek samping Vasektomi adalah metode kontrasepsi permanen yang tidak akan dipengaruhi kadar hormon testosteron, ereksi, klimaks, libido atau hal-hal yang berhubungan dengan kehidupan seks.

d) Indikasi dan Kontraindikasi MOP

- i. Indikasi MOP yaitu menunda kehamilan, mengakhiri kesuburan, membatasi kehamilan dan setiap pria dari pasangan usia subur yang sudah mempunyai anak lebih dari dua dan tidak ingin menambah anak.
- ii. Kontra indikasi MOP yaitu infeksi kulit lokal misalnya scabies, infeksi traktus genitalia, kelainan skrotum atau sekitarnya (varicocele, hydrocele besar, filariasis, hernia inguinalis, orchiopexy, luka parut bekas operasi hernia, skrotum yang sangat tebal) Penyakit sistemik (penyakit-penyakit perdarahan, diabetes melitus, penyakit jantung coroner).

e) Perawatan Pasca Operasi

- i. Sangga skrotum dengan perban dan menggunakan pakaian dalam yang ketat sampai minimal 48 jam setelah vasektomi.
- ii. Kompres dingin pada bagian skrotum selama dua hari pertama.
- iii. Batasi aktivitas setelah operasi, bedrest selama 24 jam setelah operasi, setelah dua atau tiga hari baru boleh melakukan aktivitas ringan.
- iv. Hindari berolahraga dan angkat beban dan pekerjaan yang berat selama 1 minggu.
- v. Hindari berhubungan intim selama satu minggu atau lebih setelah vasektomi.

Sekitar 3 bulan setelah vasektomi, air mani yang keluar saat ejakulasi tidak akan mengandung sperma lagi. Hal ini dikarenakan Vasektomi menghalangi sperma yang diproduksi oleh testis untuk mencapai air mani. Sebaliknya, tubuh akan menyerap sperma dimana hal ini tidak berbahaya.

Vasektomi pada pria adalah KB permanen sama seperti tubektomi pada wanita, akan tetapi masih ada kemungkinan untuk membatalkan prosedur ini, jika ingin kembali subur, langkah yang harus ditempuh yaitu operasi pembatalan vasektomi (Vasectomy reversal) prosedur ini lebih rumit dan memerlukan waktu 2 kali lipat lebih lama, hal ini dikarenakan dokter bedah harus menemukan kedua ujung vas deferens yang dipotong dan membuka kembali ikatannya, dan kembali menyatukan kedua ujung tersebut, prosedur ini harus dilakukan dengan perlahan dan sangat teliti.

Walaupun prosedur ini sukses dilakukan, belum tentu pasangan tersebut secara otomatis bisa memiliki anak kembali, hal ini dipengaruhi juga oleh tingkat kesuburan pasangan tersebut.

1. Alat Kontrasepsi Darurat

Kontrasepsi darurat adalah kontrasepsi yang dapat diberikan pada hubungan seks yang tidak terlindungi dalam waktu 72 jam sampai 7 hari, sehingga dapat menghindari kehamilan. Kontrasepsi darurat merupakan kontrasepsi yang dapat mencegah kehamilan bila digunakan segera setelah hubungan seksual. Hal ini sering disebut “Kontrasepsi pasca senggama” atau “*morning after pill*” atau “*morning after treatment*”.

Istilah kontrasepsi sekunder atau kontrasepsi darurat asalnya untuk menepis anggapan obat tersebut harus segera dipakai/digunakan setelah hubungan seksual atau harus menunggu hingga keesokan harinya dan bila tidak, berarti sudah terlambat sehingga tidak dapat berbuat apa-apa lagi. Sebutan kontrasepsi darurat menekankan juga bahwa dalam cara KB ini lebih baik dari pada tidak ada sama sekali. Namun tetap kurang efektif dibandingkan dengan cara KB yang sudah ada. Kontrasepsi darurat tidak boleh dipakai sebagai metode KB secara rutin atau terus menerus. Kontrasepsi darurat dapat mencegah kehamilan bila digunakan segera setelah senggama.

1) Jenis-jenis Alat Kontrasepsi Darurat

Tabel 3. Jenis-jenis alat kontrasepsi darurat

Cara	Merk Dagang	Dosis	Waktu Pemberian	Gambar
Mekanik AKDR-cu	Copper T Multiload Nova T	Satu kali pemasangan	Dalam waktu 7 hari pasca senggama	
Medik pil kombinasi dosis tinggi	Microgynon 50 Ovrul Neogynon Nordiol Eugynon	2 x 2 tablet	Dalam waktu 5 hari pasca senggama, dosis kedua 12 jam kemudian.	

Dosis rendah	Microgynon 30 Mikrodiol Nordette	2 x 4 tablet	Dalam waktu 5 hari pasca senggama, dosis kedua 12 jam kemudian.	
Progestin	Postinor-2	2 x 1 tablet	Dalam waktu 5 hari pasca senggama, dosis kedua 12 jam kemudian	
Estrogen	Lynoral Premarin Progynova	2,5 mg/dosis 0,625 mg/dosis 10 mg/dosis	Dalam waktu 5 hari pasca senggama, 2 x 1 dosis selama 5 hari	
Mifepristone	RU-486	1 x 600 mg	Dalam waktu 5 hari setelah senggama	
Danazol	Danocrine Azol	2 x 4 tablet	Dalam waktu 5 hari pasca senggama, dosis kedua 12 jam kemudian.	

- 2) Alat Kontrasepsi Darurat (Emergency Contraception) adalah metode yang digunakan segera setelah hubungan seksual tanpa perlindungan atau ketika kontrasepsi lain gagal.
- 3) Manfaat kontrasepsi darurat antara lain sangat efektif dengan tingkat kehamilan kurang dari 3%, serta AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) yang digunakan sebagai kontrasepsi darurat juga memberi manfaat jangka panjang.
- 4) Keterbatasan kontrasepsi darurat adalah pil kombinasi hanya efektif bila digunakan dalam 72 jam setelah hubungan seksual tanpa perlindungan, dan dapat menimbulkan efek samping seperti mual,

muntah, atau nyeri payudara. AKDR hanya efektif bila dipasang dalam 7 hari setelah berhubungan, serta pemasangannya memerlukan tenaga terlatih dan tidak dianjurkan pada klien dengan risiko IMS.

- 5) Indikasi penggunaan kontrasepsi darurat meliputi kegagalan kontrasepsi seperti kondom bocor atau lepas, diafragma robek, kegagalan sanggama terputus, salah hitung masa subur, ekspulsi AKDR, lupa minum pil KB lebih dari 2 tablet, terlambat suntik KB lebih dari 2 minggu, kasus pemerkosaan, atau tidak menggunakan kontrasepsi sama sekali.
- 6) Efek samping kontrasepsi darurat biasanya berupa mual dan muntah, sehingga perlu konseling. Jika muntah terjadi dalam 2 jam setelah minum pil, dosis ulang harus diberikan. Selain itu, sekitar 8% pengguna pil kombinasi mengalami bercak-bercak, dan sebagian besar tetap mendapat haid pada waktunya atau lebih awal.
- 7) Mekanisme kerja kontrasepsi darurat terbagi menjadi tiga: efek terhadap sperma, efek terhadap perkembangan sperma dan ovulasi, serta efek terhadap tuba fallopi. Data menunjukkan bahwa levonorgestrel (LNG) tidak memiliki efek langsung pada fungsi sperma, namun bekerja terutama dengan menghambat atau menunda ovulasi, serta memengaruhi lingkungan tuba dan endometrium sehingga mencegah pertemuan sperma dan ovum atau implantasi.

m. *Pathway* Pelayanan KB Secara UmumTabel 4. *Pathway* pelayanan KB secara umum

TAHAP	KEGIATAN	TUJUAN
Identifikasi Akseptor	Menilai identitas, usia, paritas, status kesehatan, riwayat obstetri/medis	Menentukan kelayakan dan kebutuhan KB
Konseling (KIE)	Memberikan informasi tentang berbagai metode KB (jangka pendek, jangka panjang, mantap), cara kerja, efektivitas, efek samping, serta tanda bahaya	Membantu akseptor membuat keputusan yang tepat dan sadar
Pemilihan Metode	Akseptor memilih metode sesuai kebutuhan, kondisi kesehatan, dan rencana reproduksi	Menyesuaikan metode dengan tujuan keluarga
Tindakan/Pelayanan KB	Pemasangan/pemberian kontrasepsi sesuai standar prosedur (pil, suntik, implan, IUD, kondom, kontrasepsi mantap)	Memberikan perlindungan kontrasepsi
Pencatatan dan Dokumentasi	Mencatat Tindakan dalam register KB, rekam medis, dan system pelaporan	Menjamin akuntabilitas dan tindak lanjut
Edukasi Lanjutan	Menyampaikan cara penggunaan, efek samping, tanda bahaya, serta edukasi Kesehatan umum (nutrisi, personal hygiene)	Mendukung keberhasilan penggunaan KB
Tindak Lanjut dan Monitoring	Kontrol ulang, pemantauan keberlanjutan penggunaan, konseling ulang apabila ada efek samping	Menjaga keberhasilan KB jangka panjang

Pedoman Pelayanan KB Kementerian Kesehatan RI, 2021