

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

Pengkajian dan pemantauan perkembangan keadaan ibu dilakukan secara langsung dengan kunjungan di Puskesmas, kunjungan rumah dan secara online menggunakan media *WhatsApp*. Jenis data yang digunakan yaitu data primer dan data sekunder yang diperoleh melalui buku KIA dan rekam medis di Puskesmas.

1. Kehamilan

Pada tanggal 25 Februari 2026 kunjungan pertama, Ny. E, usia 30 tahun, G2P1Ab0Ah1, datang untuk kunjungan ulang kehamilan di ruang KIA Puskesmas Sleman. Kehamilan ini adalah kehamilan kedua dengan usia kehamilan 37 minggu 6 hari berdasarkan HPHT 6 Juni 2025 dan HPL 13 Maret 2026. Ibu mengatakan tidak memiliki keluhan yang mengganggu saat ini, namun ingin melakukan pemeriksaan laboratorium ulang dikarenakan pada pemeriksaan laboratorium pada tanggal Januari 2026 kadar Hemoglobin (HB) ibu 8,6gr/dL.

Ibu telah melakukan kunjungan ANC secara rutin sejak usia kehamilan 7 minggu dan telah memeriksakan kehamilannya sebanyak 17 kali sampai saat ini. Riwayat ANC trimester I disertai keluhan mual, trimester II tidak ada keluhan, serta trimester III dengan keluhan terkadang terasa pegal pada pinggang.

Pola nutrisi ibu tergolong baik dengan frekuensi makan 3 kali sehari dan minum air putih 10 kali sehari, tanpa keluhan pencernaan. Pola eliminasi baik, BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lunak, BAK 7–10 kali sehari dengan warna kuning jernih dan bau khas urin, tanpa keluhan nyeri. Aktivitas harian ibu adalah mengurus rumah tangga, tidur malam 7–8 jam, serta hubungan seksual tetap berjalan normal 1–2 kali seminggu tanpa keluhan.

Pemeriksaan umum menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran composmentis, tekanan darah 120/74 mmHg, nadi 95x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 36,3°C, TB 159 cm, dan BB saat ini 73 kg (sebelum hamil 66 kg), IMT 26.1 kg/m², LLA 29 cm.

Hasil palpasi Leopold menunjukkan TFU 28 cm, janin tunggal intrauterin, posisi kepala di bawah (presentasi kepala), punggung di sisi kiri, dan bokong di fundus. DJJ teratur 142x/menit, TBJ diperkirakan 2635 gram. Pemeriksaan laboratorium hari ini menunjukkan Hb 10 g/dL.

Ibu telah mendapatkan imunisasi TT lengkap (TT5). Tidak ada riwayat penyakit sistemik, alergi, atau kelainan keturunan dalam keluarga. Kehamilan ini direncanakan, diinginkan, dan diterima baik oleh ibu dan keluarga. Persiapan persalinan telah dilakukan, termasuk pemilihan tempat bersalin di Klinik Bidan dengan pendamping dan donor darah dari pihak keluarga. Edukasi tambahan diberikan pada ibu untuk mengonsumsi makanan bergizi yang tinggi zat besi dan mengonsumsi tablet tambah darah teratur untuk membantu meningkatkan kadar Hb ibu. Selain itu, diberikan edukasi mengenai cara mengonsumsi tablet tambah darah yang benar, menghindari konsumsi minuman yang mengandung kafein yang dapat menghambat penyerapan zat besi dalam tubuh.

Kunjungan kedua dilakukan pada tanggal 7 Maret 2026 dengan kunjungan kerumah pasien, Ny. E menyampaikan bahwa tidak ada keluhan. Ibu mengatakan gerakan janin aktif lebih dari 10 kali dalam 12 jam. Tidak ada tanda-tanda ketuban pecah dini maupun perdarahan. Ibu telah mendapat penjelasan mengenai hasil laboratorium sebelumnya yang menunjukkan kadar Hb ibu 10gr/dL, masih kurang dari normal bagi ibu hamil trimester III, dan ibu mengatakan telah melakukan konsultasi untuk mempersiapkan persalinan normal di Klinik Bidan Amalina. Hasil konsultasi Klinik Bidan Amalina dapat melayani persalinan.

Pola makan dan minum tetap terjaga baik, pola istirahat juga cukup, dan hubungan dengan suami serta dukungan keluarga sangat positif. Pemeriksaan fisik menunjukkan tidak ada tanda-tanda kegawatdaruratan,

keadaan umum baik, tekanan darah 115/84 mmHg, Nadi 90x/menit, suhu tubuh normal, dan DJJ tetap teratur 138x/menit.

Ibu telah dianjurkan untuk meningkatkan asupan makanan tinggi zat besi dan rutin mengonsumsi zat besi, menjaga kebersihan area genital, dan melanjutkan pemantauan kehamilan secara rutin untuk mengantisipasi risiko komplikasi pada akhir kehamilan.

Edukasi tambahan diberikan terkait tanda-tanda persalinan, pentingnya kebersihan pribadi, serta anjuran melakukan kontrol lebih sering menjelang HPL. Ibu memahami dan bersedia mengikuti saran tenaga kesehatan.

2. Persalinan

Pengkajian asuhan kebidanan yang pertama dilakukan pada tanggal 13 Maret 2026 pada Ny. E, usia 30 tahun, G2P1A0Ah1 dengan usia kehamilan 40 minggu melalui media *WhatsApp*. Ibu mengatakan sudah mulai merasakan kontraksi namun intensitas kontraksi belum sering dan teratur. Ibu juga mengatakan belum ada tanda persalinan seperti keluar lendir darah, ketuban pecah, maupun kontraksi yang intens dan teratur. Ibu mengatakan gerakan janin aktif lebih dari 10 kali dalam 12 jam. Diberikan edukasi pada ibu untuk dapat melakukan aktivitas fisik ringan seperti jalan santai, *gym ball*, berhubungan seksual (jika tidak ada kontradiktif). KIE pada ibu dan keluarga mengenai tanda bahaya kehamilan seperti gerakan janin berkurang atau tidak aktif seperti biasanya,

Pada tanggal 17 Maret 2026, dilakukan pengkajian asuhan kebidanan persalinan pada Ny. E, usia 30 tahun, G2P1A0Ah1 dengan usia kehamilan 40 minggu 6 hari. Pengkajian dilakukan melalui komunikasi *WhatsApp* dan wawancara mendalam. Ny. E menyampaikan bahwa kontraksi mulai dirasakan sejak tanggal 13 Maret 2026, dengan intensitas dan frekuensi yang masih jarang. Ia datang ke Klinik Bidan Amalina pada 17 Maret 2026 pukul 17.00 WIB untuk kontrol karena belum merasakan tanda persalinan seperti keluar lendir darah, ketuban pecah, atau kontraksi yang semakin sering dan teratur. Pemeriksaan dalam dilakukan dan

menunjukkan pembukaan serviks 1 cm pemeriksaan USG menunjukkan kondisi ibu dan janin baik, dan dianjurkan untuk dilakukan induksi persalinan.

Selanjutnya, pada pukul 02.00 WIB tanggal 18 Maret 2026, dilakukan tindakan induksi pada Ny. E. Selama masa observasi, ibu mengatakan merasa nyeri kontraksi yang terus meningkat. Pada pukul 09.00 WIB, pembukaan lengkap dan ibu mulai dipimpin untuk proses persalinan. Proses persalinan berlangsung dengan baik selain karena ini merupakan pengalaman kedua ibu bersalin, dukungan suami dan keluarga juga memegang peranan penting. Pada pukul 09.40 WIB, bayi lahir dalam kondisi sehat dengan berat badan 3.000 gram, panjang badan 49 cm, lingkar kepala 33 cm, dan lingkar lengan atas 11 cm.

Kala III berlangsung fisiologis, dengan plasenta lahir secara spontan dan lengkap sekitar 10 menit setelah bayi lahir. Tidak ditemukan perdarahan berlebihan. Setelah itu, ibu diinformasikan tidak mengalami ruptur perineum dan perdarahan normal. Keseluruhan proses persalinan berlangsung secara normal, dan ibu serta bayi dalam kondisi stabil pasca persalinan. Tindak lanjut berupa perawatan nifas dan edukasi menyusui telah direncanakan untuk memastikan pemulihan ibu dan tumbuh kembang bayi berjalan optimal.

3. Bayi Baru Lahir

Pada tanggal 18 Maret 2026, dilakukan pengkajian data subjektif pada bayi baru lahir dari Ny. E yang lahir pukul 09.40 WIB melalui persalinan spontan pervaginam yang ditolong oleh bidan di Klinik Bidan Amalina. Menurut keterangan ibu, bayi lahir dalam keadaan menangis kuat sesaat setelah dilahirkan, menunjukkan respons spontan yang baik, dan tidak memerlukan tindakan resusitasi neonatal.

Segera setelah lahir, bayi dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) selama kurang lebih satu jam. Bayi berjenis kelamin perempuan. Berdasarkan hasil observasi awal dan pemeriksaan fisik, bayi tidak

menunjukkan tanda-tanda kelainan kongenital maupun kecacatan bawaan. Kondisi umum bayi dinyatakan dalam keadaan sehat.

Hasil pemeriksaan antropometri bayi menunjukkan berat badan 3000 gram, panjang badan 49 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 32 cm, dan lingkar lengan atas (LiLA) 11 cm. Penatalaksanaan bayi baru lahir telah dilakukan sesuai standar pelayanan kebidanan. Prosedur awal yang dilakukan meliputi pemberian salep mata untuk mencegah oftalmia neonatorum, pemberian suntikan vitamin K1 dosis 1 mg secara intramuskular pada paha kiri untuk mencegah perdarahan akibat defisiensi vitamin K, serta imunisasi Hepatitis B dosis nol (Hb-0) sesuai jadwal imunisasi nasional.

Setelah dilakukan tindakan awal, bayi dirawat gabung bersama ibu. Ibu menyampaikan bahwa bayi tampak aktif mengisap dan menyusui dengan baik. Tidak ditemukan hambatan dalam proses menyusui awal, dan bayi tidak menunjukkan tanda-tanda kesulitan bernapas maupun hipotermia. Ibu merasa senang karena ibu dan bayi semua dalam keadaan normal dan ibu sudah mulai memberikan ASI sejak dini, sesuai prinsip rawat gabung dan pemberian ASI eksklusif.

4. Neonatus

Pada tanggal 25 Maret 2026, dilakukan kunjungan neonatus pertama ke rumah Ny. E yang telah melahirkan bayinya 7 hari yang lalu. Selama kunjungan, ibu menyampaikan bahwa bayinya dalam keadaan sehat, menyusui dengan kuat dan sering, serta buang air besar dan kecil lancar setiap hari. Ibu tampak tenang dan mengatakan bahwa bayinya tidur nyenyak, aktif saat bangun, serta menangis kuat saat lapar atau popoknya basah. Ibu menyusui bayinya setiap dua jam sekali.

Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan bahwa bayi memiliki berat badan 3000 gram, panjang 49 cm, dan suhu tubuh 36,7°C. Keadaan umum bayi baik, terdapat tanda bayi ikterik pada muka hingga dada. Ubun-ubun besar datar dan tidak tegang, refleks bayi baik, serta tali pusat sudah mulai kering dan tidak ada tanda infeksi.

Intervensi dilakukan berupa edukasi menyeluruh kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan bayi, pentingnya ASI eksklusif, tanda bayi cukup ASI. Ibu juga diberikan informasi tentang kondisi bayi yang mengalami ikterik pada muka dan dada, menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin atau 2 jam sekali, dan menganjurkan ibu untuk kontrol rutin bayi.

Selain itu, edukasi diberikan kepada suami mengenai bahaya paparan asap rokok terhadap kesehatan ibu dan bayi. Ibu diberi pengetahuan tentang tanda-tanda bahaya pada bayi yang harus diwaspadai dan didorong untuk melakukan kunjungan ulang sesuai jadwal. Ibu menunjukkan pemahaman yang baik, tampak senang, antusias, dan percaya diri dalam merawat bayinya.

Kunjungan kedua dilakukan pada tanggal 30 Maret 2026 ke rumah Ny. E. Saat kunjungan, ibu menyampaikan bahwa tidak ada keluhan dan bayi dalam keadaan sehat. Pemeriksaan menunjukkan keadaan umum bayi baik, dengan nadi 120x/menit, respirasi 44x/menit, suhu tubuh 36,7°C, refleks hisap positif, dan warna kulit kemerahan. Tali pusat telah puput dan tampak bersih. Selama kunjungan, dilakukan edukasi kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan yang menunjukkan pertumbuhan bayi dalam batas normal dan ikterik pada bayi mulai memudar ditandai dengan bagian dada sudah tidak ikterik hanya tersisa sebagian kecil pada muka bayi. Ibu diberi pujian atas keberhasilan dalam merawat bayinya, termasuk menjaga kehangatan tubuh bayi dengan bedong ringan, topi, dan kaus kaki. Kembali ditekankan pentingnya ASI eksklusif, frekuensi menyusui, serta larangan pemberian makanan atau minuman tambahan. Ibu juga diajarkan teknik pemerahan ASI dan penyimpanan ASI yang aman sesuai suhu.

Meskipun tali pusat sudah lepas, ibu tetap diingatkan pentingnya menjaga kebersihan daerah pusar tetap bersih, kering, dan menghindari tekanan dari popok. Edukasi mengenai tanda bahaya pada bayi kembali diberikan, serta informasi tentang imunisasi BCG bagi bayi usia kurang dari satu bulan. Ibu menyampaikan bahwa jadwal imunisasi sudah

ditentukan dan berkomitmen menjaga kebersihan tangan saat merawat bayinya. Kunjungan ditutup dengan anjuran untuk kontrol rutin ke posyandu atau puskesmas serta kesiapan ibu untuk kembali menghubungi bila terdapat keluhan. Ibu tampak kooperatif, penuh perhatian, dan telah menunjukkan pemahaman yang baik terhadap asuhan neonatus.

5. Nifas

Kunjungan nifas dilakukan pada 25 Maret 2026 secara langsung dengan kunjungan kerumah pasien. Ny. E, usia 30 tahun, P2AB0Ah2, melahirkan secara spontan pada tanggal 18 Maret 2026. Saat dilakukan kunjungan pertama pada hari ke-7 nifas (KF II, 25 Maret 2026), ibu mengatakan telah merasa lebih pulih dan mampu melakukan aktivitas ringan di rumah. Ia menyampaikan bahwa hanya merasakan nyeri perut terkadang.

Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan kesadaran composmentis dengan keadaan umum baik. Tanda-tanda vital stabil (TD 118/76 mmHg, N 92x/menit, RR 20x/menit, S 36.6°C). Payudara tampak sehat dengan ASI lancar, puting menonjol dan tidak lecet. Tinggi fundus uteri setinggi pertengahan antara pusat dan simpisis, lochia serosa jumlah sedang tanpa bekuan. Psikologis ibu stabil, tampak tenang dan menunjukkan bonding yang baik dengan bayinya.

Pada kunjungan ini, dilakukan berbagai intervensi edukatif dan suportif, termasuk memberikan KIE tentang pentingnya istirahat cukup, menganjurkan ibu untuk menjaga pola makan bergizi seimbang khususnya tinggi zat besi untuk mencegah terjadi anemia berat, memperbanyak minum air putih, KIE pada ibu untuk menjaga *personal hygiene* dengan mengganti pembalut maksimal tiap 4 jam sekali, memakai celana dalam katun, dan tetap mengonsumsi tablet Fe harian hingga akhir masa nifas.

Dalam hal menyusui, ibu dianjurkan menyusui setiap 2–3 jam sekali, memastikan pelekatan sudah benar dan bergantian dari kedua payudara. Bila payudara terasa penuh, ibu disarankan memerah ASI untuk mencegah terjadinya bendungan ASI. Ibu juga mendapatkan dukungan emosional

dan edukasi tentang tanda bahaya masa nifas serta pentingnya kontrol lanjutan. Evaluasi menunjukkan ibu memahami dan telah mulai menerapkan anjuran yang diberikan, termasuk dukungan dari suami dalam aktivitas rumah tangga.

Pada tanggal 30 Maret 2026 dilakukan pengkajian data ibu nifas hari ke-12 postpartum, dilakukan kunjungan rumah lanjutan. Ibu mengatakan kondisinya baik, tidak ada keluhan, dan darah nifas sudah semakin sedikit serta berwarna kekuningan (lochia serosa). Ibu mengganti pembalut tiga kali sehari untuk menjaga kebersihan.

Pemeriksaan menunjukkan keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, dengan tanda vital stabil (TD 110/84 mmHg, N 93x/menit, RR 20x/menit, suhu 36.5°C). ASI tetap lancar, payudara sehat, dan tinggi fundus uteri 3 jari di atas simfisis pubis.

KIE kembali diberikan untuk mempertahankan kebersihan diri, konsumsi gizi seimbang dan tablet Fe, serta menjaga hidrasi dengan minimal 3 liter air per hari. Ibu juga dimotivasi untuk melanjutkan pemberian ASI eksklusif dan menjaga posisi serta pelekatan yang benar saat menyusui. Edukasi tentang tanda bahaya masa nifas diulang, dan ibu mampu menyebutkannya dengan baik. Suami juga menunjukkan dukungan dalam pengasuhan bayi dan pekerjaan rumah.

Evaluasi menunjukkan bahwa ibu semakin percaya diri, aktif menyusui, menjaga kebersihan dan kesehatannya, serta siap untuk melakukan kontrol nifas selanjutnya sesuai jadwal.

6. KB

Pada tanggal 2 April 2026, dilakukan kunjungan pertama tindak lanjut asuhan kebidanan keluarga berencana kepada Ny. E, seorang ibu berusia 30 tahun dengan status obstetri P2AB0Ah2. Sebelum kehamilan ibu yang kedua ini, ibu merupakan akseptor KB kondom. Saat ini, ibu belum tau ingin menggunakan KB jenis apa setelah selesai nifas. Ibu mengatakan sudah cukup memiliki 2 anak, dan tidak ingin menambah anak

lagi. Ibu juga mengatakan tidak ada larangan penggunaan kontrasepsi dari suami maupun keluarga.

Dari hasil pengkajian, kondisi umum ibu dalam keadaan baik, dengan tanda vital dalam batas normal: tekanan darah 110/78 mmHg, nadi 89x/menit, respirasi 20x/menit, suhu tubuh 36°C. Kesadaran ibu compos mentis, tampak tenang dan kooperatif. Pemeriksaan fisik secara umum menunjukkan tidak ada pengeluaran abnormal dari jalan lahir, tidak ditemukan edema atau varises pada ekstremitas, dan kondisi payudara serta abdomen dalam batas normal.

Rencana asuhan yang diberikan kepada Ny. E meliputi berbagai edukasi dan konseling terkait penggunaan kontrasepsi. Pertama, bidan memberikan penjelasan bahwa kondisi umum ibu saat ini dalam keadaan sehat dan tidak ada indikasi masalah. Ibu merasa tenang dan puas setelah mengetahui bahwa kesehatannya dalam kondisi baik.

Selanjutnya, ibu diberi edukasi mengenai pentingnya menggunakan kontrasepsi pasca persalinan karena kesuburan dapat cepat kembali setelah selesai masa nifas. Ibu juga diberikan edukasi mengenai berbagai jenis kontrasepsi seperti IUD, implan, suntik, pil, kondom, vasektomi, tubektomi. Menjelaskan mengenai cara kerja, kelebihan, kekurangan, dan efek samping yang dapat timbul dari masing-masing jenis KB yang dijelaskan. Ibu telah mengerti akan jenis kontrasepsi dan pentingnya penggunaan kontrasepsi pasca persalinan. Menganjurkan ibu untuk menggunakan kontrasepsi jangka panjang mengingat sampai saat ini ibu tidak memiliki rencana untuk menambah anak lagi. Memberi waktu pada ibu untuk dapat mempertimbangkan jenis kontrasepsi yang cocok dengan ibu.

Pada tanggal 6 April 2026 dilakukan kunjungan kedua tindak lanjut asuhan kebidanan keluarga berencana kepada Ny. E. Ibu mengatakan tidak ada keluhan, dan saat ini ibu memilih untuk memakai kontrasepsi kondom terlebih dahulu. Dilakukan pengkajian data objektif didapatkan keadaan umum ibu baik, kesadaran compos mentis, TD 118/74mmHg, N 87x/menit,

R 20x/menit, S 36,4°C. keadaan psikologis ibu tampak senang dan menikmati dalam mengasuh bayinya saat ini.

Rencana asuhan yang diberikan kepada Ny. E meliputi edukasi mengenai efektivitas, kelebihan, kekurangan, efek samping yang mungkin dapat timbul dari kontrasepsi kondom. Mengajukan ibu untuk dapat mempertimbangkan kembali dalam pemilihan kontrasepsi jangka panjang tanpa paksaan.

B. Kajian Teori

1. Asuhan Berkelanjutan (Continuity of Care)

Continuity of care merupakan suatu konsep yang menekankan pentingnya kesinambungan dalam pemberian pelayanan kesehatan sejak hamil hingga pasca melahirkan, dengan tujuan untuk meningkatkan kemandirian keluarga dalam mencegah komplikasi kehamilan.⁴ Kemenkes RI menyatakan bahwa Asuhan Kebidanan Berkelanjutan terdiri dari Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual diselenggarakan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara menyeluruh terpadu dan berkesinambungan. *Continuity of care* yang dilakukan oleh bidan pada umumnya berorientasi untuk meningkatkan kesinambungan pelayanan dalam suatu periode.⁵

Continuity of care memiliki 3 jenis pelayanan yaitu manajemen, informasi dan hubungan. Kesinambungan manajemen melibatkan komunikasi antar perempuan dan bidan. Kesinambungan informasi menyangkut ketersediaan waktu yang relevan. Kedua hal tersebut penting untuk mengatur dan memberikan pelayanan kebidanan.⁶ Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan dari bidan hampir delapan kali lipat lebih besar untuk melakukan persalinan di bidan yang sama. Perempuan yang mendapat pelayanan

berkesinambungan oleh bidan melaporkan kepuasan lebih tinggi terkait informasi, saran, penjelasan, tempat persalinan, persiapan persalinan, pilihan untuk menghilangkan rasa sakit dan pengawasan oleh bidan. Penelitian di Denmark memiliki kesamaan hasil penelitian bahwa dengan *Continuity of care* mendapatkan pengalaman yang membaik, mengurangi morbiditas maternal, mengurangi penggunaan intervensi pada saat persalinan, meningkatkan jumlah persalinan normal dibandingkan dengan perempuan yang merencanakan persalinan dengan tindakan. Hasil yang signifikan secara *continuity of care* secara *women center* meliputi dukungan, partisipasi dalam pengambilan keputusan, perhatian terhadap psikologis, kebutuhan dan harapan pada saat akan melahirkan, informasi dan menghargai perempuan.

2. Kehamilan

a. Definisi

Kehamilan adalah kondisi tertanamnya hasil konsepsi yang terletak di rahim atau di bagian tubuh lainnya. Kehamilan berakhir melalui aborsi atau persalinan spontan atau elektif. Selama masa ini, tubuh ibu mengalami perubahan besar yang melibatkan semua sistem organ untuk mendukung pertumbuhan janin. Semua penyedia layanan kesehatan harus menyadari perubahan yang terjadi selama kehamilan agar dapat memberikan perawatan terbaik bagi ibu dan janin.⁷

Kehamilan biasanya berlangsung sekitar 40 minggu, atau lebih dari 9 bulan, dihitung dari periode menstruasi terakhir hingga melahirkan. Penyedia layanan kesehatan merujuk pada tiga segmen kehamilan, yang disebut trimester. Trimester pertama dimulai sejak terjadinya pembuahan, ketika sel sperma membuahi sel telur dan membentuk zigot yang kemudian menempel pada dinding rahim dan berkembang menjadi janin serta plasenta. Memasuki trimester kedua, janin mengalami pertumbuhan yang signifikan, ditandai

dengan mulai terbentuknya ciri fisik seperti sidik jari, gerakan janin yang mulai terasa oleh ibu, serta peningkatan kelangsungan hidup bila terjadi kelahiran prematur di akhir fase ini. Pada trimester ketiga, organ-organ vital seperti paru-paru, otak, dan hati terus menyempurna, dan kelahiran pada usia 39 hingga 40 minggu dianggap paling ideal karena memberikan peluang terbaik bagi bayi untuk lahir dalam kondisi sehat dan optimal.⁸

b. Perubahan anatomi dan fisiologis

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

Selama kehamilan, rahim mengalami perubahan besar untuk mendukung pertumbuhan janin, termasuk pembesaran ukuran dan penyesuaian struktur. Hormon seperti estrogen dan progesteron berperan penting dalam merangsang pertumbuhan dan menjaga kondisi rahim tetap rileks agar tidak berkontraksi. Ukuran rahim meningkat dari 70 gram menjadi sekitar 1100 gram, dengan kapasitas volume naik dari 10 mL menjadi 5 liter, dan proses pemanjangan rahim berlangsung paling cepat antara minggu ke-20 hingga ke-32, sebelum akhirnya kembali ke ukuran semula beberapa minggu setelah melahirkan.⁷

Tabel 1. TFU Sesuai Usia Kehamilan

| Tinggi Fundus Uteri | Usia Kehamilan |
|-----------------------------|-----------------------|
| 1/3 di atas simfisis | 12 minggu |
| ½ di atas simfisis – pusat | 16 minggu |
| 2/3 di atas simfisis | 20 minggu |
| Setinggi pusat | 22 minggu |
| 1/3 di atas pusat | 28 minggu |
| ½ pusat –prosesus xifoideus | 34 minggu |
| Setinggi prosesus xifoideus | 36 minggu |

Dua jari di bawah prosesus

40 minggu

Xifoideus

Dalam memantau tumbuh kembang janin dengan mengukur Tinggi Fundus Uteri (TFU) dalam satuan sentimeter (cm) dengan alat pengukur metlin bahwa TFU sama dengan ± 2 cm dari usia kehamilan saat itu.⁹

b) Vagina dan Vulva

Akibat peningkatan hormon estrogen, vagina dan vulva mengalami hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva berwarna tampak lebih cerah, agak kebiruan (livide).⁹

2) Mammae

Mammae akan membesar, tegang, memiliki unsur laktogenik, dan memengaruhi sejumlah perubahan metabolik akibat adanya hormon somatomotropin korionik (human placental lactogen atau HPL). Progesteron dan estrogen juga menstimulasi melanosit sehingga puting dan areola mammae primer menjadi gelap. Pada kehamilan 12 minggu ke atas keluar cairan berwarna putih agak jernih dari puting yang disebut kolostrum.¹⁰

3) Sistem Muskuloskeletal

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

menyebabkan hiperpigmentasi pada wajah, puting susu, perineum, garis perut, dan pusar.¹¹

4) Trakus Urinaria

Pada akhir kehamilan, akan terjadi poliuria akibat kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul menekan kandung kemih dan disebabkan oleh adanya peningkatan sirkulasi darah di ginjal pada kehamilan, sehingga filtrasi di glomerulus juga meningkat.¹²

5) Sistem Metabolisme

Selama kehamilan, plasenta menghasilkan hormon laktogen plasenta manusia (hPL) yang berperan dalam menyediakan nutrisi bagi janin, meningkatkan pemecahan lemak untuk energi ibu, serta menurunkan sensitivitas insulin sehingga menciptakan kondisi diabetogenik ringan. Kadar kolesterol dan trigliserida meningkat, terutama kolesterol LDL dan trigliserida, yang penting untuk produksi hormon plasenta dan penyediaan energi, sedangkan kolesterol HDL naik pada awal kehamilan dan menurun di trimester akhir. Selain itu, kebutuhan nutrisi ibu juga meningkat, termasuk protein, zat besi, kalsium, dan vitamin, dengan penyerapan kalsium usus yang meningkat untuk memenuhi kebutuhan janin tanpa mengganggu kadar kalsium dalam darah ibu.¹³

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

disarankan mengalami kenaikan berat badan lebih besar dibandingkan wanita dengan BMI lebih tinggi.

Tabel 2. Rekomendasi Penambahan Berat Badan Selama Kehamilan¹⁵

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

6) Sistem Integumen

Pigmentasi kulit dipengaruhi oleh meningkatnya melanophore stimulating hormone (MSH) yang dikeluarkan oleh hipofisis anterior. Deposit pigmen ini dapat terjadi pada muka yang disebut kloasma gravidarum, areola mammae, linea alba, linea nigra dan pada perut seperti retak-retak yang disebut striae livide.¹²

c. Faktor Risiko

Faktor risiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan risiko/bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan atau bayinya.¹³

1) Pengertian faktor risiko

Faktor risiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan risiko/bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan kematian atau kesakitan pada ibu dan/ bayinya. Skrining kehamilan dilakukan dengan menggunakan skor Poedji Rohjati. Skor Poedji Rochjati dalam buku Skrining Antenatal Pada Ibu Hamil merupakan cara untuk mendeteksi dini kehamilan berisiko. Skor Poedji Rochjati

berfungsi sebagai alat komunikasi untuk edukasi kepada ibu hamil, suami maupun keluarga untuk kebutuhan pertolongan mendadak ataupun rujukan terencana dan sebagai alat pengingat bagi petugas kesehatan.¹⁴

2) Kelompok faktor risiko

Faktor risiko pada ibu hamil dikelompokkan dalam 3 kelompok, berdasarkan kapan ditemukannya, cara pengenalan dan sifat/tingkat risikonya. Kelompok faktor risiko dikelompokkan sebagai berikut:¹⁴

a) Kelompok I

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

Tabel 3. Faktor Risiko yang Terdapat dalam Kelompok I¹⁴

| No Faktor Risiko (FR I) | Batasan Kondisi Ibu |
|-----------------------------|--|
| 1 Primi Muda | Terlalu muda, hamil pertama ≤ 16 tahun |
| 2 Primi Tua | a. Terlalu tua, hamil pertama umur ≥ 35 tahun |
| | b. Terlalu lambat hamil, setelah kawin ≥ 4 tahun |
| 3 Primi Tua Sekunder | Terlalu lama punya anak lagi, terkecil ≥ 10 tahun |
| 4 Anak Terkecil < 2 tahun | Terlalu cepat punya anak lagi, terkecil ≥ 2 tahun |
| 5 Grande Multi | Terlalu banyak punya anak, 4 atau lebih |

| | | |
|----|---------------------------|--|
| 6 | Umur >35 tahun | Terlalu tua, hamil umur 35 tahun atau lebih |
| 7 | Tinggi Badan <145 cm | Terlalu pendek dengan ibu hamil pertama; hamil kedua atau lebih, tetapi belum pernah melahirkan normal/spontan dengan bayi cukup bulan dan hidup |
| 8 | Pernah gagal kehamilan | a. Hamil kedua, pertama gagal b. Hamil ketiga/lebih mengalami gagal (abortus, lahir mati) 2 kali |
| 9 | Pernah melahirkan dengan: | a. Pernah melahirkan dengan tarikan tang/vakum b. Pernah uri dikeluarkan oleh penolong dari dalam rahim c. Pernah diinfus/transfusi pada perdarahan pasca persalinan |
| 10 | Pernah Operasi Sesar | Pernah melahirkan bayi dengan operasi sesar sebelum kehamilan ini |

b) Kelompok II

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

Tabel 4. Faktor Risiko yang Terdapat dalam Kelompok II¹⁴

| No | Faktor Risiko (FR II) | Batasan Kondisi Ibu |
|----|-----------------------|--|
| 1 | Penyakit ibu hamil | |
| | Anemia | Pucat, lemas badan, lekas, berkunang-kunang, lelah, lesu, mata |
| | Malaria | Panas tinggi, mengigil keluar keringat, sakit kepala |

| | | |
|---|-----------------------------------|--|
| | Tuberkulosa paru | Batuk lama tidak sembuh-sembuh, batuk darah, badan lemah, lesu dan kurus |
| | Payah jantung | Sesak nafas, jantung berdebar-debar, kaki bengkak |
| | Kencing manis | Diketahui diagnosa dokter dengan pemeriksaan laboratorium |
| | PMS, dll | Diketahui diagnosa dokter dengan pemeriksaan laboratorium |
| 2 | Preeklamsia ringan | Bengkak tungkai dan tekanan darah tinggi |
| 3 | Hamil kembar/gemeli | Perut ibu sangat besar, gerak anak terasa dibanyak tempat |
| 4 | Hamil kembar air/Hidramnion | Perut ibu sangat membesar, gerak anak kurang terasa karena air ketuban terlalu banyak, biasanya anak kecil |
| 5 | Hamil lebih bulan/hamil serotinus | Ibu hamil 9 bulan dan lebih 2 minggu belum melahirkan |
| 6 | Janin mati di dalam rahim | Ibu hamil tidak merasakan gerakan anak lagi, perut mengecil |
| 7 | Presentasi sungsang | Rasa berat menunjukkan letak dari kepala janin di atas perut; kepala bayi ada di atas dalam rahim |
| 8 | Latak lintang | Rasa berat menunjukkan letak kepala janin di samping perut; kepala bayi dalam rahim terletak di sebelah kanan atau kiri. |

c) Kelompok III

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

Tabel 5. Faktor Risiko yang Terdapat dalam Kelompok III¹⁴

| No | Faktor Risiko (FR II) | Batasan Kondisi Ibu |
|----|-------------------------------|---|
| 1 | Perdarahan sebelum bayi lahir | Mengelurkan darah pada waktu hamil, sebelum melahirkan bayi |
| 2 | Pereklampsia berat | Pada hamil 6 bulan lebih; sakit kepala/pusing, bengkak tungkai/wajah, tekanan darah tinggi, pemeriksaan urine ada albumin |
| 3 | Eklampsia | Ditambah dengan terjadi kejang-kejang |

d. Anemia

Anemia pada kehamilan merupakan salah satu masalah kesehatan yang sering terjadi pada ibu hamil dan masih menjadi perhatian utama dalam pelayanan kesehatan maternal. World Health Organization (WHO) mendefinisikan anemia sebagai kondisi ketika kadar hemoglobin (Hb) dalam darah lebih rendah dari normal sehingga kemampuan darah membawa oksigen ke jaringan tubuh menurun. Pada ibu hamil, anemia ditetapkan apabila kadar hemoglobin kurang dari 11 g/dL pada trimester I dan III, serta kurang dari 10,5 g/dL pada trimester II. Kondisi ini terjadi akibat peningkatan kebutuhan zat besi selama kehamilan untuk mendukung pertumbuhan janin, plasenta, dan peningkatan volume darah ibu.

Anemia pada kehamilan paling banyak disebabkan oleh defisiensi zat besi. Selama kehamilan kebutuhan zat besi meningkat secara signifikan karena adanya peningkatan massa eritrosit dan kebutuhan

janin terhadap oksigen. Apabila kebutuhan tersebut tidak terpenuhi melalui asupan makanan maupun suplementasi, maka ibu hamil berisiko mengalami anemia. Selain defisiensi zat besi, anemia pada ibu hamil juga dapat dipengaruhi oleh faktor usia, paritas, status gizi, jarak kehamilan, kepatuhan konsumsi tablet Fe, tingkat pendidikan, serta kondisi sosial ekonomi ibu.

Secara klinis, anemia pada ibu hamil dapat dibedakan menjadi anemia ringan, sedang, dan berat berdasarkan kadar hemoglobin. Anemia ringan terjadi apabila kadar Hb berada pada rentang 10–10,9 g/dL, anemia sedang apabila Hb 7–9,9 g/dL, dan anemia berat apabila Hb kurang dari 7 g/dL. Gejala yang sering muncul pada ibu hamil dengan anemia antara lain mudah lelah, lemah, pucat, pusing, sesak napas, berdebar, dan penurunan konsentrasi. Namun pada beberapa kasus, anemia ringan sering tidak menimbulkan gejala yang jelas sehingga diperlukan pemeriksaan hemoglobin secara rutin selama kehamilan sebagai upaya deteksi dini.

Anemia dalam kehamilan dapat memberikan dampak buruk bagi ibu maupun janin. Pada ibu, anemia dapat meningkatkan risiko abortus, partus lama, infeksi, perdarahan postpartum, syok, hingga kematian maternal. Selain itu, ibu hamil dengan anemia memiliki cadangan oksigen yang lebih rendah sehingga lebih rentan mengalami komplikasi saat persalinan. Pada janin, anemia dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan intrauterin, bayi berat lahir rendah (BBLR), prematuritas, asfiksia neonatorum, hingga peningkatan risiko kematian perinatal. Penelitian juga menunjukkan bahwa anemia pada ibu hamil berhubungan dengan meningkatnya kejadian persalinan prematur dan BBLR.

Penatalaksanaan anemia pada ibu hamil dilakukan melalui pendekatan promotif, preventif, dan kuratif. Upaya promotif dan preventif meliputi edukasi mengenai gizi seimbang, konsumsi makanan tinggi zat besi, peningkatan asupan protein dan vitamin C,

serta kepatuhan konsumsi tablet tambah darah (Fe). Pemerintah Indonesia melalui program pelayanan antenatal terpadu juga menganjurkan pemberian minimal 90 tablet Fe selama kehamilan untuk mencegah dan mengatasi anemia. Selain itu, pemantauan kadar hemoglobin secara berkala diperlukan untuk mengevaluasi kondisi ibu dan efektivitas terapi yang diberikan. Pada kasus anemia sedang dan berat, diperlukan penatalaksanaan lebih lanjut sesuai kondisi ibu dan penyebab anemia.

3. Persalinan

a. Definisi

Definisi persalinan normal menurut WHO adalah persalinan yang dimulai secara spontan, berisiko rendah pada awal persalinan, dan tetap demikian selama proses persalinan. Bayi dilahirkan secara spontan dalam presentasi belakang kepala pada usia kehamilan antara 37 minggu sampai dengan 24 minggu lengkap. Setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam kondisi sehat.¹⁸

Definisi persalinan menurut Helen Varney adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan aterm (bukan Prematur atau postmatur), mempunyai onset yang spontan (tidak diinduksi), tidak lebih dari 24 jam sejak saat awitanya (bukan partus presipitatus atau partus lama), mempunyai janin (tunggal) dengan presentasi vertex (puncak kepala) dan oksiput pada bagian anterior pelvis, terlaksana tanpa bantuan artificial (seperti Forceps), tidak mencakup komplikasi (seperti perdarahan hebat), dan mencakup kelahiran plasenta yang normal.¹⁸

Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir kemudian berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau

bukan jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) kemudian berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum masuk tahap inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks.¹⁸

b. Macam-Macam Persalinan

Berdasarkan caranya persalinan dapat dibedakan menjadi dua, yaitu:

1) Persalinan Normal

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

2) Persalinan Abnormal

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

Berdasarkan proses berlangsungnya persalinan dapat dibedakan menjadi tiga, yaitu:

1) Persalinan Spontan

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

2) Persalinan Buatan

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

3) Persalinan Anjuran

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

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

1) Abortus

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

2) Immaturus

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

3) Prematurus

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

4) Aterem

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

5) Serotinus/Postmatur

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

6) Presipitatus

Persalinan berlangsung kurang dari 3 jam.

c. Sebab-Sebab Terjadinya Persalinan

1) Teori Penurunan Kadar Hormon Progesteron

Hormon progesteron merupakan hormon yang mengakibatkan relaksasi pada otot-otot rahim, sedangkan hormon estrogen meningkatkan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan, terdapat keseimbangan antara progesterone dan estrogen di dalam darah. Progesteron menghambat kontraksi selama kehamilan sehingga mencegah ekspulsi fetus.¹⁸

Sebaliknya, estrogen mempunyai kecenderungan meningkatkan derajat kontraktilitas uterus. Baik progesteron maupun estrogen disekresikan dalam jumlah yang secara

progresif makin bertambah selama kehamilan. Namun saat kehamilan mulai masuk usia 7 bulan dan seterusnya, sekresi estrogen terus meningkat, sedangkan sekresi progesterone tetap konstan atau mungkin sedikit menurun sehingga terjadi kontraksi brakton hicks saat akhir kehamilan yang selanjutnya bertindak sebagai kontraksi persalinan. ¹⁸

2) Teori Oksitosin

Menjelang persalinan terjadi peningkatan reseptor oksitosin dalam otot rahim sehingga mudah terangsang saat disuntikkan oksitosin dan menimbulkan kontraksi, diduga bahwa oksitosin dapat menimbulkan pembentukan prostaglandin dan persalinan dapat berlangsung. ¹⁸

3) Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh deciduas menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi, baik dalam air ketuban maupun darah perifer ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan. ¹⁸

4) Teori Plasenta Menjadi Tua

Plasenta yang menjadi tua seiring bertambahnya usia kehamilan menyebabkan kadar estrogen dan progesteron turun. Hal ini juga mengakibatkan kejang pada pembuluh darah sehingga akan menimbulkan kontraksi. ¹⁸

5) Distensi Rahim

Seperti halnya kandung kemih yang bila dindingnya meregang karena isinya, demikian pula dengan rahim. Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan maka otot-otot rahim akan semakin meregang. Rahim yang membesar dan meregang menyebabkan iskemi otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenter kemudian timbullah kontraksi. ¹⁸

6) Teori Iritasi Mekanik

Dibelakang serviks terletak ganglion servikale (Fleksus Franker Hauser). Bila ganglion ini digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin maka akan timbul kontraksi.¹⁸

7) Pengaruh Janin

Hypofise dan kelenjar suprarenal janin juga memegang peranan dalam terjadinya persalinan pada janin anancepalus kehamilan lebih lama dari biasanya.¹⁸

d. Tahapan-Tahapan Persalinan

1) Kala I

Kala I disebut juga dengan kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0 sampai dengan pembukaan lengkap (10 cm). Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga pasien masih dapat berjalan-jalan.¹⁸ Proses pembukaan serviks sebagai akibat his dibedakan menjadi dua fase, yaitu:

a) Fase Laten

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

b) Fase Aktif

(1) Fase Akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

(2) Fase Dilatasi Maksimal

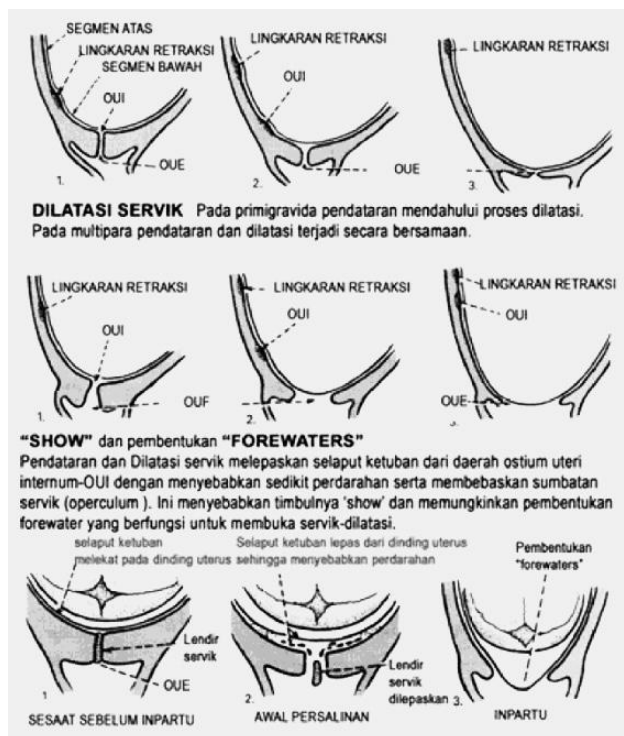
Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm sampai dengan 9 cm.

(3) Fase Dilatasi

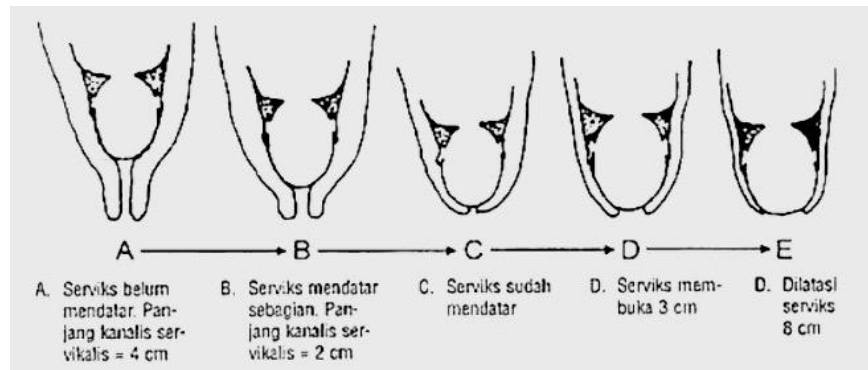
Pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan berubah menjadi pembukaan lengkap. Di dalam fase aktif ini, frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap, biasanya terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10

menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih. Biasanya dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi kecepatan rata-rata yaitu 1 cm per jam untuk primigravida dan 2 cm untuk multigravida. Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida begitu pula pada multigravida, tetapi pada fase laten, fase aktif, dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Mekanisme pembukaan serviks berbeda antara primi atau multigravida.¹⁸

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.¹⁸



Gambar 1. Dilatasi Serviks



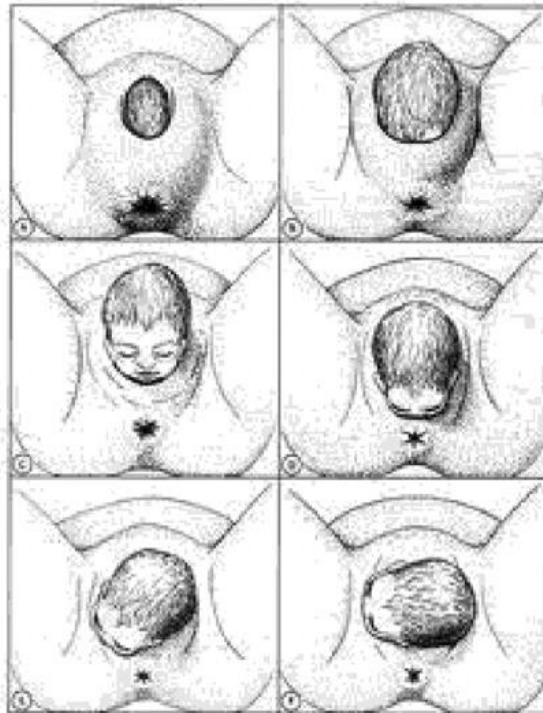
Gambar 2. Mekanisme Pembukaan Serviks

2) Kala II

Kala II disebut juga dengan kala pengeluaran, kala ini dimulai dari pembukaan lengkap (10cm) sampai bayi lahir.¹⁸ Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida, gejala utama dari kala II adalah:

- His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- Ketuban pecah pada pembukaan merupakan pendeteksi lengkap diikuti keinginan mengejan karena fleksus frankenhauser tertekan.
- Kedua kekuatan, his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga kepala bayi membuka pintu, subocciput bertindak sebagai hipomoglion berturut-turut lahir dari dahi, muka, dagu yang melewati perineum.
- Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
- Setelah putar paksi luar berlangsung maka persalinan bayi ditolong dengan jalan:

- (1) Kepala dipegang pada oksiput dan di bawah dagu, ditarik curam ke bawah untuk melahirkan bahu belakang.
- (2) Setelah kedua bahu lahir, ketiak diikat untuk melahirkan sisa badan bayi.
- (3) Bayi kemudian lahir diikuti oleh air ketuban.



Gambar 2. Kala II Persalinan

3) Kala III

Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Melalui kelahiran bayi, plasenta sudah mulai terlepas pada lapisan Nitabisch karena sifat retraksi otot rahim. Dimulai segera setelah bayi lahir sampai plasenta lahir, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, jika lebih maka harus diberi penanganan lebih atau dirujuk.¹⁸ Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda:

- a) Uterus menjadi bundar.

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

Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara crede pada fundus uteri. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir. Lepasnya plasenta secara Schultze, biasanya tidak ada pendarahan sebelum plasenta lahir dan banyak mengeluarkan darah setelah plasenta lahir, sedangkan cara Duncan yaitu plasenta lepas dari pinggir, biasanya darah mengalir keluar antara selaput ketuban.¹⁸

4) Kala IV

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

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

e. Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya. Hal ini dilakukan melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap, serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal.¹⁸

Fokus utama asuhan persalinan normal telah mengalami pergeseran paradigma. Dahulu fokus utamanya adalah menunggu dan menangani komplikasi, namun sekarang fokus utamanya adalah mencegah terjadinya komplikasi selama persalinan dan setelah bayi

lahir. Fokus tersebut adalah untuk mengurangi kesakitan dan kematian ibu serta bayi baru lahir.¹⁸

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

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

e) Mengidentifikasi tindakan-tindakan yang merugikan dengan maksud menghilangkan tindakan tersebut.

f. Tanda - Tanda Persalinan

1) Tanda bahwa persalinan sudah dekat

a) Lightening

Menjelang minggu ke-36, tanda pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh kontraksi Barkton Hiks, ketegangan dinding perut, ketegangan ligamentum rotundum, dan gaya berat janin di mana kepala ke arah bawah. Masuknya bayi ke pintu atas panggul menyebabkan ibu merasakan:¹⁸

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

b) Terjadinya his permulaan

Makin tua kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesterone juga makin berkurang sehingga produksi oksitosin meningkat, dengan demikian dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering. His permulaan ini lebih sering distilahkan sebagai his palsu. Sifat his palsu, antara lain:¹⁸

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

2) Tanda-tanda timbulnya persalinan

a) Terjadinya his persalinan

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

Kondisi ini juga menyebabkan adanya intensitas kontraksi yang maksimal di antara dua kontraksi, irama teratur dan frekuensi yang kian sering, lama his berkisar 45-60 detik. Pengaruh his dapat menimbulkan dinding menjadi tebal pada korpus uteri, istmus uterus menjadi teregang dan menipis, kanalis servikalis mengalami effacement dan pembukaan. His persalinan memiliki ciri-ciri sebagai berikut:¹⁸

- (1) Pinggangnya terasa sakit dan menjalar ke depan.
 - (2) Sifat his teratur, interval semakin pendek, dan kekuatan semakin besar.
 - (3) Terjadi perubahan pada serviks.
 - (4) Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan maka
 - (5) kekuatan hisnya akan bertambah.
- b) Keluarnya lendir bercampur darah perbagian (show)
Lendir berasal dari pembukaan, yang menyebabkan lepasnya lendir berasal dari kanalis servikalis. Dengan pengeluaran darah disebabkan robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka.¹⁸
- c) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya

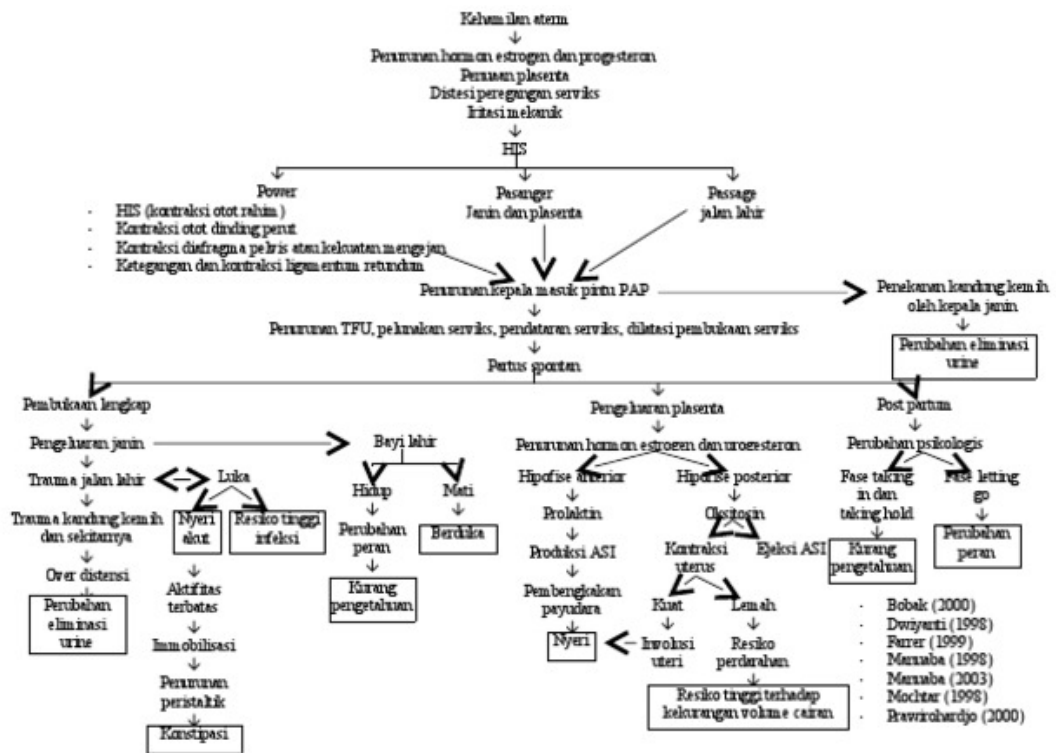
Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun, apabila tidak tercapai maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum atau section caesaria.¹⁸

d) Dilatasi dan effacement

Dilatasi adalah terbukanya kanalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. Effacement adalah pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semula panjangnya 1-2 cm menjadi hilang sama sekali sehingga hanya tinggal ostium yang tipis, seperti kertas.¹⁸

g. Pathways Persalinan Normal

Gambar 1. Pathways Persalinan Normal



4. Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang berusia 0-28 hari. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram, bayi segera menangis, bergerak aktif kulit kemerahan, mengisap ASI dengan baik, tidak ada cacat bawaan.²⁰

Bayi baru lahir merupakan masa transisi dari suatu sistem yang teratur dan sebagian besar tergantung pada organ-organ ibunya, ke suatu sistem yang tergantung kemampuan genetik dan mekanisme homeostatik bayi itu sendiri. Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan oleh paparan atau kontaminasi mikroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Bayi baru lahir harus mendapat ASI dalam waktu satu jam setelah lahir. Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan mencoba segera menyusukan bayi setelah tali pusat diklem dan dipotong.²¹

b. Klasifikasi Neonatus²⁰

1) Neonatur menurut masa gestasinya

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

2) Neonatus menurut berat badan lahir

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

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

- a) Neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)

b) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan
(SMK/KMK/BMK)

c. Penanganan Bayi Baru Lahir

1) Pemotongan Dan Pengikatan Tali Pusat

Setelah penilaian sepintas dan tidak ada tanda asfiksia pada bayi, dilakukan manajemen bayi baru lahir normal dengan mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, kemudian bayi diletakkan di atas dada atau perut ibu. Setelah pemberian oksitosin pada ibu, lakukan pemotongan tali pusat dengan satu tangan melindungi perut bayi. Perawatan tali pusat adalah dengan tidak membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apa pun pada tali pusat. Perawatan rutin untuk tali pusat adalah selalu cuci tangan sebelum memegangnya, menjaga tali pusat tetap kering dan terpapar udara, membersihkan dengan air, menghindari dengan alkohol karena menghambat pelepasan tali pusat, dan melipat popok di bawah umbilicus.²²

2) Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu 10 untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusui. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusui pertama biasanya berlangsung pada menit ke- 45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusui dari satu payudara.²¹

3) Mempertahankan suhu tubuh bayi

Mekanisme pengaturan temperatur bayi belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak dilakukan

pencegahan kehilangan panas maka bayi akan mengalami hipotermia. Hipotermia dapat terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada dalam ruangan yang hangat. Pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi.²¹

4) Pemberian salep mata

Pemberian salep atau tetes mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis (tetrasiklin 1%, oxytetrasiklin 1% atau 11 antibiotika lain). Pemberian salep atau tetes mata harus tepat 1 jam setelah kelahiran. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari 1 jam setelah kelahiran.²¹

5) Penyuntikan Vitamin K1

Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (*Phytomenadione*) 1 mg intramuskuler di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir.²¹

6) Pemberian imunisasi Hepatitis B

Pemberian imunisasi Hepatitis B (HB0) dosis tunggal di paha kanan. Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam di paha kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati.²¹

7) Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (BBL)

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi. Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan dianjurkan tetap berada di fasilitas tersebut selama 24 jam karena risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24

jam pertama kehidupan. Serta dilanjutkan saat kunjungan tindak lanjut (KN) yaitu 1 kali pada umur 1-3 hari, 1 kali pada umur 4-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari.²¹

8) Pemberian ASI Eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berusia 0-6 bulan dan jika memungkinkan dilanjutkan dengan pemberian ASI dan makanan pendamping sampai usia 2 tahun. Pemberian ASI eksklusif mempunyai dasar hukum yang diatur dalam SK Menkes Nomor 450/Menkes/SK/IV/2004 tentang pemberian ASI Eksklusif pada bayi 0-6 bulan. Setiap bayi mempunyai hak untuk dipenuhi kebutuhan dasarnya seperti Inisiasi Menyusu Dini (IMD), ASI Eksklusif, dan imunisasi serta pengamanan dan perlindungan bayi baru lahir dari upaya penculikan dan perdagangan bayi.²¹

d. Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya tiga kali yaitu:²³

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

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

5. Nifas dan Menyusui

a. Definisi

Masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan. Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira – kira 6 minggu.²⁴

b. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

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

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

Involusi uteri dapat dikatakan sebagai proses kembalinya uterus pada keadaan semula atau keadaan sebelum hamil setelah melahirkan. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah seperti berikut ini:^{24 25}

Tabel 6. Perubahan Uterus Masa Nifas

| Involusi | TFU | Berat Uterus |
|------------|------------------------------|--------------|
| Bayi lahir | Setinggi pusat | 1000 gr |
| Uri lahir | 2 jari bawah pusat | 750 gr |
| 1 minggu | Pertengahan simpisis pusat | 500 gr |
| 2 minggu | Tidak teraba diatas simpisis | 350 gr |
| 6 minggu | Normal | 50 gr |
| 8 minggu | Normal tapi sebelum hamil | 30 gr |

Selama masa nifas, ibu akan mengeluarkan lochea, Lokia adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas yang berasal dari campuran antara darah dan decidua, biasanya berwarna merah muda atau putih pucat, memiliki bau amis meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda – beda pada setiap wanita. Lochea mengalami perubahan warna karena proses involusi.

Tabel 7. Perubahan Warna Lochea

| Lochea | Waktu | Warna | Ciri-ciri |
|-------------|--------------|----------------------------------|--|
| Rubra | 1-3 hari | Merah kehitaman | Terdiri dari desidua |
| Sanguilenta | 3-7 hari | Putih bercampur merah | Sisa darah bercampur lendir |
| Serosa | 7-14 hari | Kekuningan Atau kecoklatan | Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri leukosit dan robekan laserasi plasenta. |
| Alba | >14 hari | Putih | Mengandung leukosit, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. |

b) Payudara

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

pituitary untuk menyekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang reflek *let down* (mengalirkan), sehingga menyebabkan ejeksi ASI melalui *sinus aktiferus* payudara ke duktus yang terdapat pada puting. Ketika ASI dialirkan karena isapan bayi atau dengan dipompa sel-sel acini terangsang untuk menghasilkan ASI lebih banyak.²⁴

2) Tanda tanda vital²⁶

a) Suhu Badan

Pasca melahirkan dapat naik +0,5o Celcius dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan diakibatkan karena kerja keras sewaktu persalinaan, kehilangan cairan, maupun kelelahan

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60 – 80 kali per menit. Pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi lebih cepat. Namun, jika denyut nadi lebih dari 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum.

c) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari.

d) Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16-24 kali per menit. Pada ibu post partum umumnya pernafasan lambat atau normal karena dalam masa pemulihan atau kondisi istirahat.

3) Penurunan Berat badan

Wanita mengalami penurunan berat badan rata-rata 12 pon (4,5 kg) pada waktu melahirkan. Penurunan ini mewakili gabungan berat bayi, plasenta dan cairan amnion. Wanita dapat kembali mengalami penurunan berat badan sebanyak 5 pon selama minggu pertama pascapartum karena kehilangan cairan.²⁷

4) Sistem Sistem kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam hilang darah sekitar 300-400 cc. Perubahan terdiri dari volume darah dan hemokonsentrasi. Apabila pada persalinan pervaginam, hemokonsentrasi akan naik dan pada SC hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4- 6 minggu.²⁷

5) Sistem muskuloskeletal

Sistem muskuloskeletal pada ibu selama masa pemulihan/postpartum termasuk penyebab relaksasi dan kemudian hipermobilitas sendi serta perubahan pada pusat gravitasi. Stabilisasi sendi lengkap akan terjadi pada minggu ke-6 sampai ke-8 setelah wanita melahirkan. Dinding abdominal lembek setelah proses persalinan karena peregangan selama kehamilan.³¹

6) Perubahan Sistem Pencernaan

Setelah kelahiran plasenta, maka terjadi pula penurunan produksi progesteron. Sehingga hal ini dapat menyebabkan heartburn dan konstipasi terutama dalam beberapa hari pertama. Kemungkinan terjadi hal ini karena kurangnya keseimbangan cairan selama persalinan dan adanya reflek hambatan defekasi dikarenakan adanya rasa nyeri pada perineum karena adanya luka episiotomy.²⁸

7) Perubahan Sistem Perkemihan

Diuresis dapat terjadi setelah 2-3 hari postpartum. Dieresis terjadi karena saluran urinaria mengalami dilatasi. Kondisi

ini akan kembali normal setelah 4 minggu postpartum. Pada awal postpartum, kandung kemih mengalami edema, kongesti, dan hipotonik. Hal ini disebabkan oleh adanya overdistensi pada saat kala dua persalinan dan pengeluaran urine yang tertahan selama proses persalinan. Sumbatan pada uretra disebabkan oleh adanya trauma saat persalinan berlangsung dan trauma ini dapat berkurang setelah 24 jam postpartum.³³

c. Perubahan Psikologis Ibu Nifas

Periode Postpartum menyebabkan stress emosional terhadap ibu baru, bahkan lebih menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang hebat. Faktor-faktor yang mempengaruhi suksesnya masa transisi ke masa menjadi orang tua pada masa postpartum, yaitu:²⁹

- 1) Respon dan dukungan dari keluarga dan teman
- 2) Hubungan antara pengalaman melahirkan dan harapan serta aspirasi
- 3) Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lain
- 4) Pengaruh budaya

Dalam menjalani adaptasi psikososial menurut Rubin setelah melahirkan, ibu akan melalui fase-fase sebagai berikut.³⁵

1) Masa *Taking In* (Fokus pada Diri Sendiri)

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

2) Masa *Taking On* (Fokus pada Bayi)

Masa ini terjadi 3-10 hari pasca-persalinan, ibu menjadi khawatir tentang kemampuannya merawat bayi dan menerima tanggung jawabnya sebagai ibu dalam merawat

bayi semakin besar. Perasaan yang sangat sensitive sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati.

3) Masa *Letting Go* (Mengambil Alih Tugas sebagai Ibu Tanpa Bantuan NAKES)

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

d. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

1) Kebersihan diri

- a) Perawatan 3-4 hari di rumah sakit cukup untuk mengembalikan fisik ibu yang baru bersalin dengan operasi. Sebelum pulang, sebaiknya ibu menguasai bagaimana cara merawat luka operasi. Biasanya, pasien diminta datang kembali ke dokter untuk pemantauan perawatan luka tujuh hari setelah pulang. Pasien boleh mandi seperti biasanya, setelah hari ke-5 operasi. Setelah itu keringkan dan rawat luka seperti biasa.
- b) Jahitan bekas luka di perut ibu akan ditutupi kain kasa lembut. Kasa perut harus di lihat satu hari pascabedah. Apabila basah dan berdarah arus dibuka dan diganti. Umumnya, kasa perut dapat diganti pada hari ke 3-4 sebelum pulang dan seterusnya pasien menggantinya setiap hari. Luka dapat diberi salep Betadin sedikit.
- c) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Memastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah di sekitar vulva

terlebih dahulu, dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Memberikan nasehat ibu untuk membersihkan diri setiap kali selesai buang air kecil atau besar.

- d) Memberikan saran kepada ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik, dan dikeringkan di bawah matahari atau disterika.
- e) Memberikan saran kepada ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.²⁷

2) Nutrisi dan Cairan

Ibu yang melahirkan secara normal, tidak ada pantangan diet. Dua jam setelah melahirkan ibu boleh minum dan makan seperti biasa bila ingin. Namun perlu diperhatikan jumlah kalori dan protein ibu menyusui harus lebih besar daripada ibu hamil, kecuali apabila ibu tidak menyusui bayinya. Kebutuhan pada masa menyusui meningkat hingga 25% yaitu untuk produksi ASI dan memenuhi kebutuhan cairan yang meningkat tiga kali dari biasanya. Penambahan kalori pada ibu menyusui sebanyak 500 kkal tiap hari.^{27,37} Makanan yang dikonsumsi ibu berguna untuk melaksanakan aktivitas, metabolisme, cadangan dalam tubuh, proses produksi ASI serta sebagai ASI itu sendiri yang akan dikonsumsi bayi untuk pertumbuhan dan perkembangannya. Makanan yang dikonsumsi juga perlu memenuhi syarat, seperti susunanya harus seimbang, porsinya cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung alkohol, nikotin serta bahan pengawet dan pewarna. Menu makanan yang seimbang mengandung unsur-unsur, seperti sumber tenaga, pembangunan, pengatur dan perlindungan.

3) Ambulasi

Pada masa nifas, perempuan sebaiknya melakukan ambulasi dini. Ambulasi dini adalah beberapa jam setelah melahirkan, segera bangun dari tempat tidur dan segera bergerak, agar lebih kuat dan lebih baik. Gangguan kemih dan buang air besar juga dapat teratasi. Mobilisasi sangat bervariasi, tergantung pada komplikasi persalinan, nifas, atau sembuh luka (jika ada luka). Jika tidak ada kelainan, lakukan mobilisasi sedini mungkin, yaitu dua jam setelah persalihan normal. Ini berguna untuk mempercepat sirkulasi darah dan mengeluarkan cairan vagina (lochea).

Tahapan mobilisasi dini dilakukan setelah kala IV. Setelah kala IV ibu bisa turun dari tempat tidurnya dan beraktivitas seperti biasa, hal ini dikarenakan pada masa persalinan kala IV ibu memerlukan istirahat yang cukup untuk memulihkan tenaga pada proses penyembuhan.²⁷ Dalam persalinan normal, setelah 1 atau 2 jam persalinan ibu harus melakukan rentang gerak dalam tahapan mobilisasi dini, jika ibu belum melakukannya dalam rentang waktu tersebut maka ibu belum melakukan mobilisasi secara dini (late ambulation). Dalam waktu sekitar 2-6 jam bidan akan membantu ibu untuk melakukan mobilisasi dini, misalnya duduk di tempat tidur, duduk di bagian samping tempat tidur, serta mulai jalan dengan jarak yang dekat. Jika semakin cepat ibu dapat bergerak kembali maka proses menyusui dan merawat anak akan semakin cepat dan mudah dilakukan oleh ibu. Mobilisasi dini yang baik dapat mengurangi terjadinya perdarahan abnormal karena dengan melakukan mobilisasi dini maka kontraksi uterus akan baik, sehingga fundus uteri akan keras. Mobilisasi yang tidak baik dapat menyebabkan involusi uteri

yang tidak baik sehingga darah-darah yang tersisa tidak dapat dikeluarkan dan menyebabkan infeksi.

4) Eliminasi

Rasa nyeri kadangkala menyebabkan keengganan untuk berkemih, tetapi ibu harus tetap berkemih secara teratur, karena kantung kemih yang penuh dapat menyebabkan gangguan kontraksi rahim, yang dapat menyebabkan timbulnya perdarahan dari rahim. Seperti halnya dengan berkemih, perempuan pascapersalinan sering tidak merasakan sensasi ingin buang air besar, yang dapat disebabkan pengosongan usus besar (klisma) sebelum melahirkan atau ketakutan menimbulkan robekan pada jahitan dikemaluan. Sebenarnya kotoran yang dalam beberapa hari tidak dikeluarkan akan mengeras dan dapat menyulitkan dikemudian hari.

Pengeluaran air seni akan meningkat 24-48 jam pertama sampai hari ke-5 setelah melahirkan. Hal ini terjadi karena volume darah meningkat pada saat hamil tidak diperlukan lagi setelah persalinan. Oleh karena itu, ibu perlu belajar berkemih secara spontan dan tidak menahan buang air kecil ketika ada rasa sakit pada jahitan. Menahan buang air kecil akan menyebabkan terjadinya bendungan air seni dan gangguan kontraksi rahim sehingga pengeluaran cairan vagina tidak lancar. Sedangkan buang air besar akan sulit karena ketakutan akan rasa sakit, takut jahitan terbuka atau karena adanya haemoroid (wasir). Kesulitan ini dapat dibantu dengan mobilisasi dini, mengonsumsi makanantinggi serat dan cukup minum.

5) Istirahat

Wanita pasca persalinan harus cukup istirahat. Delapan jam pasca persalinan, ibu harus tidur terlentang untuk

mencegah perdarahan. Sesudah 8 jam, ibu boleh miring kekiri atau kekanan untuk mencegah trombosis. Ibu dan bayi ditempatkan pada satu kamar. Pada hari kedua, bila perlu dilakukan latihan senam. Pada hari ketiga umumnya sudah dapat duduk, hari keempat berjalan dan hari kelima sudah dapat dipulangkan. Makanan yang diberikan harus bermutu tinggi dan cukup kalori, cukup protein dan banyak buah. Anjurkan untuk mencegah kelelahan yang berlebihan, usahakan untuk rileks dan istirahat yang cukup, terutama saat bayi sedang tidur. Meminta bantuan suami atau keluarga ketika ibu merasa lelah. Putarkan dan dengarkan lagu-lagu klasik disaat ibu dan bayi sedang istirahat untuk menghilangkan rasa tegang dan lelah.

6) Seksualitas

Setelah persalinan pada masa ini ibu menghadapi peran baru sebagai orang tua sehingga sering melupakan perannya sebagai pasangan. Namun segera setelah ibu merasa percaya diri dengan peran barunya dia akan menemukan waktu dan melihat sekelilingnya serta menyadari bahwa dia telah kehilangan aspek lain dalam kehidupannya yang juga penting. Oleh karena itu perlu memahami perubahan yang terjadi pada istri sehingga tidak punya perasaan diabaikan. Anjuran:

- a) Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu ibu merasakan aman untuk melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.
- b) Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai waktu tertentu setelah 40 hari atau 6 minggu pasca persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan.

- c) Kerjasama dengan pasangan dalam merawat dan memberikan kasih sayang kepada bayinya sangat dianjurkan.
- e. Tanda bahaya masa nifas
- Tanda-tanda bahaya masa nifas adalah sebagai berikut:
- 1). Perdarahan pervaginam yang luar biasa atau tiba-tiba bertambah banyak (lebih dari perdarahan haid biasa atau bila memerlukan pergantian pembalut-pembalut 2 kali dalam setengah jam).
 - 2). Pengeluaran cairan vagina yang berbau busuk.
 - 3). Rasa sakit dibagian bawah abdomen atau punggung.
 - 4). Sakit kepala yang terus menerus, nyeri ulu hati, atau masalah penglihatan.
 - 5). Pembengkakan diwajah atau ditangan.
 - 6). Demam, muntah, rasa sakit sewaktu BAK atau jika merasa tidak enak badan.
 - 7). Payudara yang bertambah atau berubah menjadi merah panas dan atau terasa sakit.
 - 8). Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama.
 - 9). Rasa sakit merah, lunak dan atau pembengkakan dikaki.
 - 10). Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya atau dirinya sendiri.
 - 11). Merasa sangat letih dan nafas terengah-engah.
- f. Kunjungan Ulang Masa Nifas (KF)
- Waktu kunjungan nifas KF1-KF3 menurut Panduan pelayanan operasional persalinan dan nifas normal bagi tenaga kesehatan (2015) menganjurkan ibu untuk melakukan kontrol/ kunjungan masa nifas setidaknya 4 kali:
- 1) Kunjungan Nifas Pertama (KF1) Adalah kunjungan nifas pada masa mulai dari 6-48 jam setelah persalinannya. Asuhan yang diberikan meliputi mencegah perdarahan masa nifas karena

atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, memberikan konseling bagaimana cara mencegah atonia uteri, pemberian ASI awal, melakukan hubungan antara ibu dan bayi, menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.

- 2) Kunjungan Nifas Kedua (KF2) Adalah kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah persalinan. Asuhan yang diberikan pada KF2 yaitu memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal; menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal; memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup; memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi; memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit; memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
- 3) Kunjungan Nifas Ketiga (KF3) Adalah kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah persalinan. Asuhan pada KF3 yaitu menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang Ny. E alami dan memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, dan tandatanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.
- a) Kunjungan Nifas Keempat (KF4) Adalah kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 setelah persalinan. Asuhan yang diberikan yaitu Menanyakan penyulit-penyulit yang di alami ibu selama masa nifas dan Memberikan konseling KB secara dini.

6. Keluarga Berencana

a. Definisi Kontrasepsi

Kontrasepsi merupakan berbagai macam alat atau metode yang digunakan oleh satu pihak atau kedua belah pihak untuk menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel sperma dan sel telur (ovum) yang sudah matang.³⁰ Kontrasepsi berasal dari kata kontra, berarti “mencegah” atau “melawan” dan konsepsi yang berarti pertemuan sel telur yang matang dan sel sperma yang mengakibatkan kehamilan. Kontrasepsi adalah menghindari terjadinya kehamilan akibat pertemuan sel telur matang (ovum) dengan sel sperma yang telah dibuahi.³¹

Program keluarga berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. Kontrasepsi merupakan komponen penting dalam pelayanan Kesehatan reproduksi sehingga dapat mengurangi risiko kematian dan kesakitan selama kehamilan.³¹ Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan. Upaya yang dilakukan dalam pelayanan kontrasepsi dapat bersifat sementara maupun bersifat permanen.³²

b. Pelayanan Kontrasepsi

Pelayanan kontrasepsi adalah pemberian atau pemasangan kontrasepsi maupun tindakan-tindakan lain yang berkaitan kontrasepsi kepada calon dan peserta Keluarga Berencana yang dilakukan dalam fasilitas pelayanan KB. Penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi dilakukan dengan cara yang dapat dipertanggungjawabkan dari segi agama, norma 6 budaya, etika, serta segi kesehatan.³³

Pelayanan kontrasepsi merupakan komponen utama program KB dengan fungsi memberikan layanan konseling dan pemakaian kontrasepsi. Pelayanan Kontrasepsi dilakukan secara berkesinambungan mulai dari Pra pelayanan, Pelayanan Kontraspesi

dan Pasca Pelayanan. Pada saat pra pelayanan dilakukan: pemberian komunikasi, informasi dan edukasi, pelayanan konseling, penapisan kelayakan medis dan permintaan persetujuan tindakan tenaga Kesehatan.³⁴

Konseling yang diberikan meliputi manfaat, kesesuaian alat kontrasepsi, kemungkinan gejala samping dan cara-cara mengatasi, dan alternatif pilihan alat kontrasepsi. Pelayanan kontrasepsi perlu dibarengi dengan pelayanan konseling. Prinsip konseling membuat ibu mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan kebutuhan kesehatan mereka. Pilihan alat kontrasepsi termasuk metode kontrasepsi jangka panjang: Metode Operatif Pria (MOP) atau Metode Operatif Wanita (MOW) sebagai sterilisasi, Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR), Implan; dan metode kontrasepsi jangka pendek: Pil, Suntikan, dan alat/cara kontrasepsi lain.³⁴

Pelayanan Kontrasepsi adalah Pemberian kondom, pil, suntik, pemasangan atau pencabutan implant, pemasangan atau pencabutan AKDR, pelayanan tubektomi, pelayanan vasektomi. Pelayanan kontrasepsi dapat dilakukan pada: Masa Interval, Pasca Persalinan, Pasca Keguguran dan Pelayanan kontrasepsi darurat. Pascapelayanan Kontrasepsi meliputi Pemberian konseling dan Pelayanan medis/rujukan apabila di perlukan setelah dilakukan pelayanan kontrasepsi.³⁴

c. Standarisasi Pelayanan Kontrasepsi

Langkah-langkah dalam pelayanan kontrasepsi dilakukan meliputi:

1) Pra Pelayanan

a) Komunikasi, Informasi dan Edukasi

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

- (2) Tujuan untuk memberikan pengetahuan, mengubah sikap dan perilaku terhadap perencanaan keluarga baik untuk menunda, menjarangkan/membatasi kelahiran melalui penggunaan kontrasepsi.
- (3) KIE dapat dilakukan melalui pertemuan, kunjungan rumah dengan menggunakan/memanfaatkan media antara lain media cetak, media sosial, media elektronik, Mobil Unit Penerangan (MUPEN), dan Public Service Announcement (PSA).
- (4) Penyampaian materi KIE disesuaikan dengan kearifan dan budaya lokal.³⁵

b) Konseling

Konseling dilakukan untuk memberikan berbagai masukan dalam metode kontrasepsi dan hal-hal yang dianggap perlu untuk diperhatikan dalam metode kontrasepsi yang menjadi pilihan klien berdasarkan tujuan reproduksinya. Tindakan konseling ini disebut sebagai *informed choice*.³⁵

c) Penapisan

Penapisan klien merupakan upaya untuk melakukan kajian tentang kondisi kesehatan klien dengan menggunakan alat bantu berupa diagram lingkaran Kriteria Kelayakan Medis Kontrasepsi (Roda 19 KLOP). Kondisi kesehatan dan karakteristik individu akan menentukan pilihan metode kontrasepsi yang diinginkan dan tepat untuk klien. Tujuan utama penapisan klien adalah:³⁵

- (1) Ada atau tidak adanya kehamilan;
- (2) Menentukan keadaan yang membutuhkan perhatian khusus misalnya menyusui atau tidak menyusui pada penggunaan KB pasca persalinan;

- (3) Menentukan masalah kesehatan yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut misalnya klien dengan HIV.

Klien tidak selalu memberikan informasi yang benar tentang kondisi kesehatannya, sehingga petugas kesehatan harus mengetahui bagaimana keadaan klien sebenarnya, bila diperlukan petugas dapat mengulangi pertanyaan yang berbeda. Perlu juga diperhitungkan masalah sosial, budaya atau agama yang mungkin berpengaruh terhadap respon klien tersebut termasuk pasangannya. Untuk sebagian besar klien bisa diselesaikan dengan cara anamnesis terarah, sehingga masalah utama dikenali atau kemungkinan hamil dapat dicegah. Beberapa metode kontrasepsi tidak membutuhkan pemeriksaan fisik maupun pemeriksaan panggul, kecuali AKDR, tubektomi, dan vasektomi dan pemeriksaan laboratorium untuk klien dilakukan apabila terdapat indikasi medis.³⁵

d) Persetujuan

Tindakan Tenaga Kesehatan Persetujuan tindakan tenaga kesehatan merupakan persetujuan tindakan yang menyatakan kesediaan dan kesiapan klien untuk ber-KB. Persetujuan tindakan medis secara tertulis diberikan untuk pelayanan kontrasepsi seperti suntik KB, AKDR, implan, tubektomi dan vasektomi, sedangkan untuk metode kontrasepsi pil dan kondom dapat diberikan persetujuan tindakan medis secara lisan. Setiap pelayanan kontrasepsi harus memperhatikan hak-hak reproduksi individu dan pasangannya, sehingga harus diawali dengan pemberian informasi yang lengkap, jujur dan benar 20 tentang metode kontrasepsi yang akan digunakan oleh klien tersebut.³⁵

Penjelasan persetujuan tindakan tenaga kesehatan sekurang-kurangnya mencakup beberapa hal berikut:

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

2) Pelayanan Kontrasepsi

Menurut waktu pelaksanaannya, pelayanan kontrasepsi dilakukan pada:

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

Tindakan pemberian pelayanan kontrasepsi meliputi pemasangan atau pencabutan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR), pemasangan atau pencabutan Implan, pemberian Suntik, Pil, Kondom, pelayanan Tubektomi dan Vasektomi serta pemberian konseling Metode Amenore Laktasi (MAL).³⁵

3) Pasca Pelayanan

Konseling pasca pelayanan dari tiap metode kontrasepsi sangat dibutuhkan. Konseling ini bertujuan agar klien dapat mengetahui berbagai efek samping dan komplikasi yang mungkin terjadi. Klien diharapkan juga dapat membedakan masalah yang dapat ditangani sendiri di rumah dan efek samping atau komplikasi yang harus mendapat pelayanan medis. Pemberian informasi yang baik akan membuat klien

lebih memahami tentang metode kontrasepsi pilihannya dan konsisten dalam penggunaannya.³⁵

d. Metode Kontrasepsi

1) Pengklasifikasian Metode Kontrasepsi

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

Tabel Pengklasifikasian Metode Kontrasepsi

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

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

Pemahaman yang jelas dan transparan diperlukan untuk klasifikasi Metode Kontrasepsi Modern/Tradisional yang umum digunakan. Departemen Kesehatan Reproduksi dan Riset dari Organisasi Kesehatan Dunia (The World Health Organization Department of Reproductive Health and Research) dan United States Agency for International

Development (USAID) mengadakan konsultasi teknis pada bulan Januari 2015 untuk mengatasi masalah yang berkaitan dengan klasifikasi Metode Kontrasepsi Modern/Tradisional. Dalam konsultasi tersebut disepakati bahwa Metode Kontrasepsi Modern harus memiliki karakteristik sebagai berikut: dasar yang kuat dalam biologi reproduksi, protokol yang tepat untuk penggunaan yang benar dan data yang ada menunjukkan bahwa metode tersebut telah diuji dalam studi yang dirancang dengan tepat untuk menilai kemanjuran dalam berbagai kondisi. Dengan karakteristik ini, metode kontrasepsi baru ketika mereka datang di pasar umumnya akan dimasukkan sebagai modern. Semua inovasi kontrasepsi baru harus diuji terhadap kriteria ini untuk didefinisikan sebagai "modern".

2) Efektivitas Kontrasepsi

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

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

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

3) Macam-macam Metode Kontrasepsi

Macam-macam metode kontrasepsi dibagi atas antara lain.^{36,37}

a) Metode Tradisional

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

b) Metode Alamiah tanpa Alat

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

c) Metode Alamiah dengan Alat (Metode Barrier)

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

d) Metode Modern

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

e) Metode mantap

(1) Kontrasepsi mantap pada wanita

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

(2) Kontrasepsi mantap pada pria

Medis Operatif Pria (MOP), penyumbatan vas deferens secara mekanis dan penyumbatan vas deferens secara kimiawi.³⁶

4) Jenis Alat Kontrasepsi

Macam-macam alat kontrasepsi yang aman dan tidak mengganggu laktasi meliputi metode amenorea laktasi (MAL),

pil progestin, suntik progestin, implan dengan progestin dan alat kontrasepsi dalam rahim. Semua metode baik hormonal maupun non hormonal dapat digunakan sebagai metode dalam pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan, akan tetapi pada masa menyusui bayi ini beberapa yang disarankan agar tidak mengganggu produksi ASI yaitu diantaranya:³⁶

a) Metode Amenore Laktasi (MAL)

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

(1) Keuntungan kontrasepsi

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

(2) Keuntungan Nonkontrasepsi

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

b) Pil Progestin

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

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

(2) Keterbatasan

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

c) Suntik Progestin

Suntik progestin merupakan suntik yang digunakan untuk tujuan kontrasepsi parenteral, mempunyai efek progestagen yang kuat dan sangat efektif. Jenisnya yaitu Depo Medroksi Progesteron Asetat (Depo Provera) dan Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat).

(1) Keuntungan dari suntik progestin yaitu: Pencegahan kehamilan jangka panjang, tidak berpengaruh pada hubungan suami istri, tidak pengaruh pada ASI, sedikit efek samping, dapat digunakan pada perempuan usia > 35 tahun.

(2) Keterbatasan suntik progesteron Sering ditemukan gangguan haid, klien tergantung pada pelayanan kesehatan, tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu, terlambatnya kembali kesuburan setelah berhenti penghentian pemakaian

d) Implant

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

(1) Keuntungan Implant

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

(2) Keterbatasan Implant

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

e) IUD

IUD merupakan kontrasepsi sangat efektif dan berjangka panjang. Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi. Sangat efektif yaitu 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan). Cara kerja IUD antara lain menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, mencegah sperma dan ovum bertemu.³⁸

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

pemasangan, 3 bulan berikutnya, berikutnya setiap 6 bulan sekali.

f) Kondom

Yakni alat kontrasepsi yang dibuat dari karet yang dipergunakan dipenis laki laki untuk menghindari sperma masuk kedalam vagina. Kondom termasuk kontrasepsi non hormonal.³⁸ Yaitu alat kontrasepsi guna menghalangi secara mekanik. Alat ini dapat mengantisipasi kehamilan dengan menghalangi pertemuan sel telur dengan sperma secara mencegah sperma agar tidak masuk ke vagina. kondom aman untuk ibu menyusui karena tidak mengganggu proses laktasi.

(1) Keuntungan penggunaan kondom

Efektif apabila digunakan dengan benar, tidak mengganggu produksi ASI, tidak mengganggu kesehatan, harganya murah dan dapat dibeli secara umum dan tidak perlu resep bidan maupun dokter.

(2) Kekurangan penggunaan kondom

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