

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

1. Asuhan Kehamilan

Pengkajian dilakukan di Puskesmas turi dimulai sejak pengambilan data awal pada tanggal 12 Desember 2022. Jenis data yaitu data primer dari anamnesa dan pemeriksaan, serta data sekunder yang diperoleh melalui rekam medis dan buku KIA pasien:

a. Pengkajian tanggal 13 Desember 2022

Asuhan kebidanan kehamilan pada Ny. D pertama kali dilakukan pada tanggal 13 Desember 2022 dengan kunjungan rumah dan melakukan pemeriksaan kehamilannya dan saat ini ibu mengalami keluhan kaki bengkak, tekanan darah ada kenaikan sedikit tetapi tidak sampe 140/90 mmHg, posisi bayi mengalami presentasi bokong. Berdasarkan riwayat menstruasi, *menarche* 13 tahun, siklus 28 hari, teratur, lama menstruasi 6-7 hari, tidak mengalami disminorea, ganti pembalut 3-4 kali/hari serta mengalami keputihan menjelang menstruasi. HPHT 25 April 2022, HPL 01 Februari 2023, saat ini umur kehamilan 33⁺¹ minggu. Kehamilan ini merupakan kehamilan kedua bagi Ny. D dan pernah mengalami abortus ketika kehamilan pertamanya dikarenakan janin tidak berkembang. Berdasarkan riwayat kesehatan, Ny. D tidak pernah dan tidak sedang menderita penyakit hipertensi, DM, asma, jantung, HIV dan Hepatitis B. untuk riwayat kesehatan keluarga ibu dan ayah kandung mengalami hipertensi.

Berdasarkan pengkajian data objektif, keadaan umum ibu baik, TD 125/87 mmHg, nadi 88 kali/menit, respirasi 20 kali/menit, suhu 36,7°C, BB sebelum hamil 49 kg, BB saat ini 62 kg, TB 157,5cm, Lila 26,5 cm, IMT 19,9 kg/m². Berdasarkan palpasi leopold TFU 26 cm, punggung kanan, presentasi bokong, DJJ 131 kali/menit, teratur. TBJ 2170 gram, ada oedema di ekstermitas bawah. Hasil cek laboratorium protein urine

negatif. HB 11,5 gr%. Penatalaksanaan yang diberikan pada Ny. D adalah memberitahu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, menjelaskan cara mencegah atau mengatasi hipertensi pada kehamilan secara dini, memberikan ibu terapi obat penambah darah, kalsium, KIE pelaksanaan posisi *kneechest*, mengurangi odema pada kaki dan memberitahukan jadwal kunjungan ulang.

b. Pengkajian tanggal 27 Desember 2022

Ny. D datang untuk memeriksakan kehamilannya dengan keluhan kaki bengkak dan tangan terasa kebas. Ibu mengatakan gerakan janin aktif > 10 kali dalam 12 jam. Ibu mengatakan dari kedua orang tua ada riwayat penyakit hipertensi. Saat ini umur kehamilan 35⁺¹ minggu. Berdasarkan hasil pemeriksaan keadaan umum baik, TD 136/87 mmHg, nadi 78 kali/menit, respirasi 20 kali/menit, suhu 36,6°C dan BB 63,45 kg. Berdasarkan palpasi leopard TFU 26 cm, punggung kanan, presentasi bokong, DJJ 145 x/menit. Cek laboratorium dengan hasil: protein urine negatif, GDS 92 mg/dL, HbsAg negatif, VCT HIV non reaktif, sifilis negatif, Hb 12,3 gr/dL. Penatalaksanaan yang diberikan yaitu memberitahukan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, mengingatkan ibu untuk mengatasi gejala hipertensi dalam kehamilan, edukasi untuk posisi *kneechest* dan memberitahukan jadwal kunjungan ulang.

c. Pengkajian tanggal 10 Januari 2023

Tanggal 10 Januari 2023, Ny. D melakukan pemeriksaan rutin kehamilan dan saat ini merasa kebas dijari-jari tangan sudah berkurang, kaki masih bengkak. Obat yang diberikan sudah habis. Ibu mengatakan gerakan janin aktif > 10 kali dalam 12 jam. Saat ini umur kehamilan 37⁺¹ minggu. Berdasarkan hasil pemeriksaan keadaan umum baik, TD 124/88 mmHg, nadi 78 kali/menit, respirasi 20 kali/menit, suhu 36,6°C dan BB 65,2 kg. Berdasarkan palpasi leopard TFU 27 cm, punggung kiri, presentasi kepala, dan sudah masuk panggul. DJJ 144x/menit. Pemeriksaan laboratorium diperoleh Hb 11,4%, protein urine negatif. Penatalaksanaan yang diberikan yaitu memberitahukan hasil pemeriksaan

yang telah dilakukan, penatalaksanaan yang diberikan KIE persiapan persalinan, ibu untuk selalu memantau gerak janin, memberikan terapi obat penambah darah, kalsium, dan memberitahukan jadwal kunjungan ulang.

d. Pengkajian tanggal 31 Januari 2023

Tanggal 31 Januari 2023, Ny. D melakukan pemeriksaan kehamilan di dokter Sp. OG dan dilakukan USG saat ini merasa kebas jari-jari tangan sudah berkurang, kaki masih bengkak. Ibu mengatakan gerakan janin aktif > 10 kali dalam 12 jam. Saat ini umur kehamilan 39⁺⁶ minggu. Berdasarkan hasil pemeriksaan keadaan umum baik, TD 141/97 mmHg, nadi 88 kali/menit, respirasi 22 kali/menit, suhu 36,6°C dan BB 65,35 kg. Berdasarkan hasil USG TBJ 2544gram, plasenta kalsifikasi grade II. DJJ 140x/menit. Penatalaksanaan yang diberikan yaitu memberitahukan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, penatalaksanaan yang diberikan KIE persiapan persalinan, ibu untuk selalu memantau gerak janin KIE untuk persalinan di RS.

2. Asuhan Kebidanan pada Persalinan

Pada tanggal 01 Februari 2023 jam 08.00 WIB datang memeriksakan kehamilannya di puskesmas turi ditemani suaminya, keluhan saat ini belum merasakan kenceng-kenceng teratur, dari hasil USG di Klinik dokter tanggal 31 Januari 2023 TBJ 2544gram dan plasenta mengalami kalsifikasi grade II, namun belum ada tanda-tanda persalinan. Berdasarkan hasil pemeriksaan keadaan umum baik, TD 141/98 mmHg, nadi 88 kali/menit, respirasi 20 kali/menit, suhu 36,6°C dan BB 66,65 kg. Penatalaksanaan yang diberikan pada Ny. D yaitu memberikan rujukan ke RS karena kehamilan dengan hipertensi gestasional dan belum mengalami tanda-tanda persalinan. Ibu dan suami memutuskan untuk dirujuk ke RSUD Sleman. Kemudian tanggal 01 Februari 2023 Pukul 11.00 WIB ibu dan suami datang ke RSUD Sleman, setelah dilakukan pemeriksaan dan USG oleh dokter Sp. OG, hasil pemeriksaan USG kepala sudah masuk panggul detak jantung janin baik, plasenta posisi baik, tetapi ada kalsifikasi plasenta grade II. dan hasil TD

154/104 mmHg, dilakukan cek protein urine hasil negatif. Sehingga dokter langsung menyarankan untuk dilakukan opname dan induksi persalinan menggunakan obat dengan dosis yang sudah ditentukan. Ny. D dan suami menyetujui anjuran yang diberikan oleh dokter, kemudian setelah 1,5 jam dilakukan induksi persalinan melalui obat dosis minimal diberikan peroral sampai dengan 2 kali pemberian obat setelah itu dilanjutkan stimulasi persalinan dengan menggunakan infus drip oxytosin 5IU. Pada tanggal 02 Februari 2023 pukul 06.30 WIB bayi lahir secara spontan dan menangis merintih, A/S 7/9, jenis kelamin perempuan, berat lahir 2205 gram, panjang badan 47,5 cm, lingk kepala 31 cm, lingk dad 31 cm, lingk lengan atas 9 cm, dan ibu dilakukan penjahitan perineum. Ny. D setelah melahirkan dilakukan observasi TD 130/90 mmhg, dan diberikan obat penurun tekanan darah. Setelah dua hari dirawat kondisi tekanan darah stabil dan ibu diijinkan pulang oleh dokter RSUD Sleman pada tanggal 04 Februari 2023 tetapi bayi masih di rawat di NICU karena BBLR, distress nafas dan dilakukan pemasangan CPAP, bayi terjadi hiperbilirubin/ ikterus hari ke dua dan dilakukan fototerapi 5x3 jam, dilakukan cek laboratorium leukosit tinggi dan mendapatkan injeksi antibiotik dari dokter anak diberikan sampai dengan tiga hari. Pada hari ke tujuh bayi Ny. D sudah diperbolehkan pulang dengan kondisi baik, sehat meskipun kenaikan berat badan masih sedikit tetapi perkembangan bayi sudah bagus.

3. Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir dan Neonatus

a. Pengkajian tanggal 02 Februari 2023 (KN I)

Bayi Ny. D lahir tanggal 02 Februari 2023 pukul 06.30 WIB secara pervaginam dan lahir menangis. Hasil pemeriksaan antropometri berdasarkan buku KIA diperoleh BB 2205 gram, panjang badan 47,5 cm, lingk kepala 31 cm, lingk dad 31 cm, lingk lengan atas 9 cm. pemeriksaan fisik bayi menunjukkan bayi dalam keadaan BBLR, tidak ada kelainan maupun kecacatan. Kemudian dilakukan pemberian salep mata kanan dan mata kiri serta injeksi vitamin K 1 mg secara IM pada paha kiri 1/3 bagian luar. Bayinya sudah BAK, tali pusat dalam kondisi bersih, tidak

ada tanda-tanda infeksi, tidak mengalami ikterik dan bayi masih diobservasi diruang NICU karena ada distress nafas dan akan dilakukan pemasangan CPAP. Penatalaksanaan yang dilakukan adalah memberitahu hasil pemeriksaan bayinya pada ibu dan keluarga, melakukan cap kaki kanan dan kiri bayi untuk bukti kelahiran bayi dan kelengkapan rekam medis bayi baru lahir dan buku KIA. Memberikan suntikan imunisasi Hb0, konseling tentang pemberian ASI eksklusif dan cara perah asi, konseling tentang menjaga kehangatan pada bayi BBLR dengan metode *Kangaroo Mother Care* (KMC) dan menjelaskan mengenai tanda bahaya bayi baru lahir.

b. Pengkajian tanggal 09 Februari 2023 (KN II)

Ibu mengatakan saat ini bayinya sudah dalam kondisi baik, sehat tidak kuning dan sudah diperbolehkan untuk pulang oleh dokter Sp.A meskipun berat badan bayi masih kurang. Pada pemeriksaan fisik, keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, berat bayi mengalami kenaikan saat pulang menjadi 2226 gram, PB 47,5 cm, suhu 36,5°C, tali pusat kering, tidak ada tanda infeksi. Sebelumnya bayi Ny. D sudah mendapatkan injeksi antibiotik, mengalami hiperbilirubin di hari ke dua dan dilakukan fototerapi 5x3 jam. Penatalaksanaan yang dilakukan pada kasus ini adalah mengingatkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin atau minimal 2 jam sekali, mengingatkan ibu untuk menjemur bayi di bawah sinar matahari selama 15-30 menit setiap hari pada rentang pukul 07.00-09.00 WIB, memberikan konseling Ny. D dan suami untuk menjaga kehangatan bayinya, menjelaskan untuk melakukan kangaroo *Mather Care* (KMC) ketika dirumah untuk menjaga suhu bayi tetap hangat, menjelaskan tanda bahaya pada bayi.

c. Pengkajian tanggal 21 Februari 2022 (KN III)

Ibu mengatakan saat ini bayinya dalam kondisi sehat dan tidak ada keluhan, menyusu kuat. Hasil pemeriksaan yaitu keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, BB bayi sudah mengalami kenaikan menjadi 2625 gram, PB 48 cm, LK 35 cm, LLA 9 cm, suhu 36,8°C.

Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberi konseling untuk tetap menjaga kehangatan bayi, konseling mengenai ASI eksklusif, memberitahu ibu untuk selalu mencuci tangan sebelum memegang atau memberikan ASI pada bayinya agar bayi terhindar dari virus penyakit dan mengingatkan ibu untuk melakukan imunisasi BCG pada bayinya dan bisa dilakukan dipuskesmas atau bidan praktik sesuai jadwal

4. Asuhan Kebidanan pada Nifas

a. Pengkajian tanggal 02 Februari 2023 (KF I)

Kunjungan Nifas pertama ibu mengatakan melahirkan 6 jam yang lalu di RSUD Sleman, keadaan saat ini baik dan sehat di cek oleh bidan yang bertugas hasil TD 118/80 mmHg. Ibu mengatakan kolostrum sudah keluar, tetapi belum menyusui bayinya secara langsung karena bayi masih di observasi di ruang NICU dan bayi terpasang alat bantu nafas. Ibu mengatakan sudah bisa beraktivitas berjalan ke kamar mandi dan sudah BAK. Ibu merasakan perut terasa masih mules-mules dan sedikit nyeri di jalan lahir. Pemeriksaan fisik didapatkan hasil yaitu perdarahan pervaginam ibu dalam batas normal, lochea rubra. Kondisi perineum atau jahitan baik, kontraksi uterus keras dan TFU 2 jari dibawah pusat, serta tidak ada varices, oedem pada kaki masih ada. Ibu sudah mengonsumsi obat oral yang diberikan oleh RS. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberitahukan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, kebersihan diri dan daerah kewanitaan, mengajarkan cara menjaga kehangatan bayi dengan metode *Kangaroo Mother Care* (KMC), melakukan perah ASI untuk diberikan pada bayi di NICU, edukasi untuk memberikan ASI eksklusif agar tercipta *bonding* yang baik antara ibu dan bayi, tanda-tanda bahaya nifas, serta pemenuhan nutrisi untuk pemulihan kondisi ibu.

b. Pengkajian tanggal 09 Februari 2023 (KF II)

Kunjungan nifas kedua pada hari ke tujuh pada tanggal 09 Februari 2023 Ibu mengatakan tidak ada keluhan. Ibu mengatakan sudah bisa BAB dan beraktivitas seperti biasanya. Bayi Ny. D sudah pulang kerumah dan bisa menyusu dengan kuat. Pada pemeriksaan Ny. D, didapatkan hasil

bahwa keadaan umum baik, kesadaran *compos mentis*, TD 110/87 mmHg, nadi 80 kali/menit, respirasi 22 kali/menit, suhu 36,2°C, dan BB 62 kg. Wajah tidak pucat, edema pada kaki sudah berkurang, payudara simetris, simetris, puting menonjol, ASI sudah keluar lancar, TFU pertengahan *sympisis* pusat, vulva bersih, tidak ada tanda infeksi, lochea *sanguilenta*, anus tidak ada hemoroid, dan pada ekstremitas tidak ada tromboemboli. Penatalaksanaan yang diberikan yaitu memberitahu hasil pemeriksaan, memberi konseling mengenai *personal hygiene*, pola nutrisi masa nifas, ASI *on demand*, istirahat yang cukup, edukasi perawatan bayi baru lahir dengan BBLR dirumah, menyarankan agar suami ikut bergantian membantu merawat bayi dan memotivasi ibu untuk tetap ASI eksklusif selama 6 bulan pertama, edukasi untuk menjaga kehangatan bayi dengan tetap melakukan KMC dirumah.

c. Pengkajian tanggal 16 Februari 2023 (KF III)

Kunjungan nifas ketiga, pada hari ke 14 *postpartum*. Ibu mengatakan tidak ada keluhan. Luka jahitan sudah kering. Darah nifas masih keluar berwarna kecoklatan. ASI lancar. Ibu mengatakan bayinya sangat aktif dan hanya minum ASI saja. Dalam pemeriksaan fisik bayi dalam keadaan sehat. Pada pemeriksaan ibu didapatkan hasil bahwa keadaan umum baik, kesadaran *compos mentis*, TD 115/80 mmHg, nadi 86 kali/menit, respirasi 22 kali/menit, suhu 36,7°C, dan BB 58 kg. Penatalaksanaan yang diberikan yaitu memberitahu hasil pemeriksaan, memberi konseling mengenai *personal hygiene*, pola nutrisi masa nifas, ASI *on demand*, istirahat yang cukup, edukasi perawatan bayi baru lahir dengan BBLR dirumah, menyarankan agar suami ikut bergantian membantu merawat bayi dan memotivasi ibu untuk tetap ASI eksklusif selama 6 bulan pertama, edukasi untuk menjaga kehangatan bayi dengan tetap melakukan KMC dirumah. Dan mengingatkan ibu untuk melakukan imunisasi BCG pada bayinya sesuai jadwal.

d. Pengkajian tanggal 11 Maret 2023 (KF IV)

Kunjungan Nifas ke empat pada hari ke *37 postpartum*, saat ini sudah tidak ada keluhan, darah nifas sudah tidak keluar hanya keluar seperti keputihan, pemberian ASI masih berlanjut dan lancar, bayi menyusu kuat dan ibu mengatakan bayi sudah diberikan imunisasi BCG di puskesmas turi pada tanggal 4 maret 2023 berat bayi sekarang sudah naik menjadi 3250 gram. Pada pemeriksaan ibu didapatkan hasil bahwa keadaan umum baik, kesadaran *compos mentis*, TD 120/80 mmHg, nadi 86 kali/menit, respirasi 22 kali/menit, suhu 36,2°C, dan BB 54 kg. Wajah tidak pucat, tidak ada edema, payudara simetris, puting menonjol dan tidak lecet, ASI keluar lancar dan sudah mulai stok ASIP untuk persiapan ketika sudah masuk kerja, TFU tidak teraba, vulva bersih, tidak ada tanda infeksi, lochea alba, anus tidak ada hemoroid, dan ekstremitas tidak ada tromboemboli. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu, memotivasi ibu untuk selalu memberikan ASI eksklusif pada bayinya, KIE penyimpanan ASIP dikulkas secara benar, memberikan KIE mengenai kontrasepsi yang aman digunakan untuk ibu menyusui dan mendiskusikan dengan suami. Ibu mengatakan ingin menggunakan KB suntik yang bisa untuk menyusui atau tidak mengganggu pengeluaran ASI. Menjelaskan tentang metode KB suntik. Menjelaskan pada ibu apabila belum sempat melakukan KB suntik setelah masa nifas selesai, bisa menggunakan alternatif KB alamiah yaitu metode kalender dan menggunakan pengaman (kondom).

5. Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

Pengkajian pada tanggal 21 Maret 2023 dilakukan dengan komunikasi. Ny. D mengatakan datang ke PMB widowati ingin KB suntik yang cocok untuk ibu menyusui dan sudah selesai masa nifas sejak lima hari yang lalu. Ibu saat ini memberikan ASI eksklusif kepada bayinya. Ibu belum mendapatkan haid kembali. Ibu ada riwayat penyakit hipertensi dalam kehamilan ini, tidak ada penyakit jantung, DM, kanker payudara, tumor payudara, mioma. Pada pemeriksaan fisik didapatkan hasil bahwa keadaan umum baik, kesadaran *compos mentis*, TD 120/80 mmHg, 86 kali/menit,

respirasi 22 kali/menit, suhu 36,2°C, dan BB 52 kg. Wajah tidak pucat, tidak ada edema, tidak ada bekas luka di abdomen, tidak teraba massa, tidak ada nyeri tekan, ekstremitas simteris, tidak ada varices.

Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberitahukan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan, memberikan KIE mengenai profil KB suntik 3 bulan yang terdiri dari efektivitas, cara kerja, prosedur pemberian, efek samping, keuntungan, dan kerugian penggunaan KB suntik 3 bulan (DMPA). Kemudian, meminta surat persetujuan tindakan dan menjelaskan prosedur yang akan dilakukan, selanjutnya menjelaskan tentang kunjungan ulang.

B. Kajian Teori

1. Asuhan Berkelanjutan (*Continuity of Care*)

Continuity Of Care dalam kebidanan merupakan serangkaian kegiatan pelayanan berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, serta keluarga berencana.⁷ Kemenkes RI menyatakan bahwa Asuhan Kebidanan Berkelanjutan terdiri dari Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual diselenggarakan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara menyeluruh terpadu dan berkesinambungan. *Continuity Of Care* yang dilakukan oleh bidan pada umumnya berorientasi untuk meningkatkan kesinambungan pelayanan dalam suatu periode.

Continuity Of Care memiliki tiga 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.⁸ 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 termasuk operasi Caesar, 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.⁹

2. Kehamilan

a. Definisi

Proses kehamilan merupakan mata rantai yang bersinambung dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm.⁵ Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi menjadi 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan.¹⁰

b. Etiologi

Konsepsi fertilisasi (pembuahan) ovum yang telah dibuahi segera membela diri sambil bergerak menuju tuba fallopi/ruang rahim kemudian melekat pada mukosa rahim dan bersarang di ruang rahim. Peristiwa ini disebut nidasi (implantasi) dari pembuahan sampai nidasi diperlukan waktu kira-kira enam sampai dengan tujuh hari. Jadi dapat dikatakan bahwa untuk setiap kehamilan harus ada ovum (sel telur), spermatozoa (sel mani), pembuahan (konsepsi-fertilisasi), nidasi dan plasenta.

c. Pertumbuhan dan perkembangan janin

- 1) Minggu 0, sperma membuahi ovum membagi dan masuk kedalam uterus menempel sekitar hari ke-11
- 2) Minggu ke-4 jantung, sirkulasi darah dan saluran pencernaan terbentuk. Embrio kurang dari 0,64 cm.
- 3) Minggu ke-8 perkembangan cepat, Jantungnya mulai memompa darah. Anggota badan terbentuk dengan baik.
- 4) Minggu ke-12 embrio menjadi janin.
- 5) Minggu ke-16 semua organ mulai matang dan tumbuh. Berat janin sekitar 0,2 kg.
- 6) Minggu ke-20 verniks melindungi tubuh, lanugo menutupi tubuh dan menjaga minyak pada kulit, alis bulu mata dan rambut terbentuk.
- 7) Minggu ke-24 perkembangan pernafasan dimulai. Berat janin 0,7-0,8 kg
- 8) Minggu ke-28 janin dapat bernafas, menelan dan mengatur suhu. Ukuran janin 2/3 ukuran pada saat lahir.
- 9) Minggu ke-32 bayi sudah tumbuh 38-43 cm.
- 10) Minggu ke-38 seluruh uterus terisi oleh bayi sehingga ia tidak bisa bergerak dan berputar banyak.

d. Tanda- tanda Kehamilan

Tanda-tanda kehamilan ada 3 sebagai berikut:

1) Tanda presumtif/tanda tidak pasti

Tanda presumtif/tanda tidak pasti adalah perubahan-perubahan yang dirasakan oleh ibu (subyektif) yang timbul selama kehamilan, yang termasuk tanda presumtif/tanda tidak pasti sebagai berikut:

- a) Tidak haid
- b) Nausea (enek) dan emesis (muntah)
- c) Mengidam
- d) Mamae menjadi tegang dan membesar
- e) Anoreksia (tidak ada nafsu makan)
- f) Sering kencing

2) Tanda kemungkinan hamil

Tanda kemungkinan hamil adalah perubahan-perubahan yang diobservasi oleh pemeriksa (bersifat obyektif), namun berupa dugaan kehamilan saja. Yang termasuk tanda kemungkinan hamil yaitu:

- a) Tanda hegar (konsistensi rahim menjadi lunak)
- b) Tanda *chadwick* (adanya hipervaskularisasi)
- c) Tanda *piscaseck* (uterus membesar)
- d) Tanda *braxton hicks* (mudah berkontraksi)

3) Tanda pasti hamil

Tanda pasti hamil adalah tanda-tanda obyektif yang didapatkan oleh pemeriksa yang dapat digunakan untuk menegakkan diagnosa pada kehamilan. Yang termasuk tanda pasti hamil yaitu:

- a) Terasa gerakan janin
- b) Teraba bagian janin
- c) Terdapat denyut jantung janin
- d) Telihat kerangka janin pada pemeriksaan sinar rontgen
- e) Dengan menggunakan USG dapat terlihat gambar janin berupa ukuran kantong janin, panjang janin, dan diameter biparetalis hingga dapat diperkirakan usia kehamilan.⁵

e. Faktor Risiko Kehamilan

1) Faktor yang berhubungan dengan kehamilan saat ini

- a) Perdarahan pervaginam
- b) Hipertensi: Tekanan darah lebih dari 130 / 90 mmHg
- c) Kenaikan berat badan lebih dari 13,5 g atau kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kenaikan BB lebih dari ½ kg/ minggu pada triwulan akhir kehamilan
- d) Oedema pada tungkai, mata kaki, dan kelopak mata
- e) Pusing, penglihatan berkunang – kunang
- f) Kehamilan ganda
- g) Kematian janin dalam kandungan
- h) Usia kehamilan lebih dari 42 minggu

- i) Ibu hamil mengidap penyakit menahun seperti TBC, jantung, ginjal, penyakit kelainan metabolisme, anemia berat (Hb < 8g %)
 - j) Pada primi gravida kepala anak belum turun pada bulan terakhir kehamilan
 - k) Proteinuria
 - l) Muntah berlebihan Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas lalu banyak penyulit(hyperemesis, SC, mastitis, perdarahan)
- 2) Faktor di luar kehamilan
- a) Usia ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun
 - b) Pendidikan ibu rendah khususnya pengetahuan tentang kesehatan kurang
 - c) Tinggi badan ibu kurang dari 145 cm
 - d) Social ekonomi rendah
 - e) Paritas lebih dari 5
 - f) Ibu mengidap penyakit seperti ginjal, jantung, hipertensi, TBC
 - g) Jarak waktu antara 2 kehamilan kurang dari 2 tahun
 - h) Riwayat kematian janin / bayi/ anak lebih dari satu
- f. Perubahan Anatomi dan Fisiologis
- 1) Sistem Reproduksi
- a) Uterus

Pada kehamilan cukup bulan ketebalan dinding uterus awalnya 5 mm dan beratnya 2 ons menjadi lebih dari 2 pon. Kapasitas awal kurang dari 10 ml meningkat menjadi 5000 ml atau lebih.¹¹

Tabel 1. Tinggi Fundus Uteri 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
2 jari di bawah prosesus Xifoideus	40 minggu

Dalam memantau tumbuh kembang janin dengan mengukur Tinggi Fundus Uteri (TFU) dalam satuan sentimeter (cm) dengan alat pengukur metlin bahwa TFU sama dengan ± 2 cm dari usia kehamilan saat itu.¹²

b) Vagina dan Vulva

Akibat peningkatan hormon estrogen, vagina dan vulva mengalami hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva berwarna tampak lebih cerah, agak kebiruan (*livide*).¹³

2) Mammae

Mammae akan membesar, tegang, memiliki unsur laktogenik, dan memengaruhi sejumlah perubahan metabolik akibat adanya hormon somatomamotropin korionik (*human placental lactogen* atau HPL). Progesteron dan estrogen juga menstimulasi melanosit sehingga puting dan areola mammae primer menjadi gelap.¹⁴

3) Sistem Muskuloskeletal

Ligamen pelvis mengalami relaksasi dalam pengaruh relaksin dan esterogen, yang memungkinkan pelvis meningkat kemampuan mengakomodasi bagian presentasi selama kala akhir kehamilan dan persalinan. Simfisis pubis akan melebar dan sendi sakro-koksigeal menjadi longgar, memungkinkan koksigis tergeser. Perubahan ini menyebabkan rasa tidak nyaman di punggung bawah seperti nyeri punggung bawah dan nyeri ligamen.¹⁵

4) Traktus 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.¹⁶

5) Sistem Metabolisme

Pada ibu hamil *Basal Metabolic Rate* (BMR) bertambah tinggi hingga 15-20 % yang umumnya ditemui pada trimester ketiga dan membutuhkan banyak kalori untuk dipenuhi sesuai kebutuhannya.¹⁶

Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah BB per minggu sebesar 0,4 kg, sedangkan pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing 0,5 kg dan 0,3 kg.¹⁰

Tabel 2. Rekomendasi Penambahan Berat Badan Selama kehamilan

Kategori	IMT (Kg/m ²)	Rekomendasi (Kg)
Rendah	< 19,8	12,5 – 18
Normal	19,8 – 26	11,5 – 16
Tinggi	26–29	7 – 11,5
Obesitas	>29	≥ 7
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*.¹⁶

g. Tanda Bahaya Kehamilan

1) Tanda Bahaya Kehamilan

Menurut Prawirohardjo, deteksi dini gejala dan tanda bahaya selama kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah terjadinya gangguan yang serius terhadap kehamilan ataupun keselamatan ibu hamil.⁴

a) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan dibawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Sekitar 10-12% kehamilan akan berakhir dengan keguguran yang pada umumnya (60-80%) disebabkan oleh kelainan kromosom yang ditemui pada spermatozoa ataupun ovum. Perdarahan pada kehamilan lanjut atau diatas 20 minggu pada umumnya disebabkan oleh plasenta previa. Perdarahan yang terjadi sangat terkait dengan luas plasenta dan kondisi segmen bawah rahim yang menjadi tempat implantasi plasenta tersebut. Pada plasenta yang tipis dan menutupi

sebagian jalan lahir, maka umumnya terjadi perdarahan bercak berulang dan apabila segmen bawah rahim mulai terbentuk disertai dengan sedikit penurunan bagian terbawah janin, maka perdarahan mulai meningkat hingga tingkatan yang dapat membahayakan keselamatan ibu.

b) Hipertensi dalam Kehamilan

Hipertensi merupakan tekanan darah tinggi yang bersifat abnormal dan diukur paling tidak pada tiga kesempatan yang berbeda. Seseorang dianggap mengalami hipertensi apabila tekanan darahnya lebih tinggi dari 140/90 mmHg. Menurut American Heart Association atau AHA dalam Kemenkes (2018), hipertensi merupakan silent killer dimana gejalanya sangat bermacam-macam pada setiap individu dan hampir sama dengan penyakit lain. Gejala-gejala tersebut adalah sakit kepala atau rasa berat ditengkuk. Vertigo, jantung berdebar-debar, mudah lelah, penglihatan kabur, telinga berdenging atau tinnitus dan mimisan.⁶

Terdapat beberapa perbedaan mengenai klasifikasi hipertensi pada hipertensi secara umum dengan hipertensi dalam kehamilan. NHBPEP (*National High Blood Pressure Education Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy*) memiliki klasifikasi tersendiri karena pada kehamilan, terjadi beberapa perubahan hemodinamik yang mempengaruhi tekanan darah. Hipertensi dalam kehamilan memiliki terminology tersendiri. Disadur dari *Report on the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy* (AJOG Vol 183: S1, July 2000).⁷

Hipertensi Gestasional adalah dimana di dapatkan tekanan darah \geq 140/90 mmHg untuk pertama kalinya pada kehamilan, tidak disertai dengan proteinuria dan tekanan darah kembali normal $<$ 12 minggu pasca persalinan. Hipertensi gestasional terjadi sekitar 6% dari total kehamilan dan separuhnya berkembang menjadi preeklamsia

dengan ditemukannya proteinuri. Diagnosis pasti sering dibuat di belakang, Jika tes laboratorium tetap normal dan tekanan darah menurun setelah melahirkan, maka diagnosis adalah hipertensi gestational (sebelumnya disebut *transcient hypertension*). Wanita dengan hipertensi gestational harus dianggap berisiko terjadinya preeklampsia, yang dapat berkembang setiap saat, termasuk minggu pertama setelah melahirkan. Sekitar 15% hingga 45% perempuan awalnya didiagnosis dengan hipertensi gestational akan mengembangkan preeklampsia, dan kemungkinan lebih besar pada pasien yang memiliki riwayat preeklampsia sebelumnya dan riwayat hipertensi kehamilan sebelumnya.⁸

Kriteria diagnosis pada hipertensi gestasional antara lain:⁸

- (1)TD 140/90 mmHg yang timbul pertama kali selama kehamilan.
- (2)Tidak ada proteinuria.
- (3)TD kembali normal < 12 minggu postpartum.
- (4)Diagnosis akhir baru bisa ditegakkan postpartum
- (5)Mungkin ada gejala preeklampsia lain yang timbul, contohnya nyeri epigastrium atau trombositopenia

c) Preeklampsia dan Eklampsia

Preeklampsia adalah sindrom yang memiliki manifestasi klinis seperti *new-onset* hypertension pada saat kehamilan (setelah usia kehamilan 20 minggu, tetapi biasanya mendekati hari perkiraan lahir), berhubungan dengan proteinuria: 1+ dipstick atau 300 mg dalam 24 jam urin tampung. Sindrom ini terjadi pada 5-8 % dari seluruh kehamilan. Pengobatan antihipertensi pada pasien ini bukan ditujukan untuk menyembuhkan atau memulihkan preeklampsia. Preeklampsia dapat berkembang secara tiba-tiba pada wanita muda, pada wanita yang sebelumnya normotensive, sehingga perlu pencegahan gangguan kardiovaskular dan serebrovaskular sebagai konsekuensi dari berat dan cepat peningkatan tekanan darah, hal ini adalah tujuan utama manajemen klinis yang membutuhkan

kebijaksanaan penggunaan obat antihipertensi.⁷

Eklampsia adalah serangan konvulsi pada wanita dengan preeklampsia yang tidak dapat dihubungkan dengan sebab lainnya disebut eklamsi. Konvulsi terjadi secara general dan dapat terlihat sebelum, selama, atau setelah melahirkan. Pada studi terdahulu, sekitar 10% wanita eklamsi, terutama nulipara, serangan tidak muncul hingga 48 jam setelah postpartum. Setelah perawatan prenatal bertambah baik, banyak kasus antepartum dan intrapartum sekarang dapat dicegah, dan studi yang lebih baru melaporkan bahwa seperempat serangan eklampsia terjadi di luar 48 jam postpartum.⁷ Gejala dan tanda lain dari pre-eklamsia adalah sebagai berikut:

- (1) Hiperfleksia
- (2) Sakit kepala atau sefalgia yang tidak membaik dengan pengobatan umum.
- (3) Gangguan penglihatan seperti pandangan mata kabur, skotomata, silau atau berkunang – kunang.
- (4) Nyeri epigastrik.
- (5) Oliguria (luaran kurang dari 500 ml/jam).
- (6) Tekanan darah sistolik 20 – 30 mmHg dan diastolik 10 – 20 mmHg di atas normal.
- (7) Proteinuria (>+1)
- (8) Edema menyeluruh.

d) Nyeri Hebat di Daerah Abdominopelvikum

Bila hal tersebut di atas terjadi pada kehamilan trimester kedua atau ketiga dan disertai dengan riwayat dan tanda dibawah ini, maka diagnosis nya mengarah pada solusio plasenta, baik dari jenis yang disertai perdarahan (*revealed*) maupun tersembunyi (*concealed*):⁹

- (1) Trauma abdomen.
- (2) Preeklamsia.
- (3) Tinggi fundus uteri lebih besar dari usia kehamilan (UK).

- (4) Bagian – bagian janin sulit diraba.
- (5) Uterus tegang dan nyeri.
- (6) Janin mati dalam rahim.

Beberapa gejala dan tanda lain yang harus diwaspadai terkait dengan gangguan serius selama kehamilan adalah sebagai berikut:

- (a) Muntah berlebihan yang berlangsung selama kehamilan.
- (b) Disuria.
- (c) Menggigil atau demam.
- (d) Ketuban pecah dini atau sebelum waktunya.
- (e) Uterus lebih besar atau lebih kecil dari Usia Kehamilan (UK) yang sesungguhnya.

Menurut buku Kesehatan Ibu dan Anak, tanda bahaya kehamilan adalah sebagai berikut:⁸

- (a) Perdarahan pervaginam pada hamil mudah dan hamil tua.
- (b) Sakit kepala yang hebat.
- (c) Penglihatan kabur.
- (d) Bengkak kaki, tangan dan wajah, atau sakit kepala disertai kejang.
- (e) Keluar cairan pervaginam (Air ketuban keluar sebelum waktunya).
- (f) Janin dirasakan kurang bergerak dibandingkan sebelumnya.
- (g) Nyeri perut yang hebat
- (h) Demam tinggi.
- (i) Muntah terus dan tidak mau makan

h. Deteksi Dini Kehamilan dengan Risiko Tinggi

1) Kehamilan risiko tinggi

Kehamilan risiko tinggi adalah keadaan yang dapat mempengaruhi keadaan ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi.¹⁰

2) Faktor resiko pada ibu hamil (Depkes RI, 2010)

- a) Primigravida < 20 tahun atau > 35 tahun
- b) Jumlah anak sebelumnya > 4

- c) Jarak persalinan terakhir dan kehamilan sekarang < 2 tahun
- d) KEK dengan Lingkar Lengan Atas < 23,5 cm atau penambahan berat badan < 9 kg selama masa kehamilan
- e) Anemia dengan Haemoglobin < 11 g/dl
- f) Tinggi badan < 145 cm atau dengan kelainan bentuk panggul dan tulang belakang
- g) Sedang atau pernah menderita penyakit kronis, antara lain: tuberkulosis, kelainan jantung, ginjal, hati, psikosis, kelaianan endokrin (diabetes militus, sistemik lupus, eritematosus, dll), tumor dan keganasan
- h) Riwayat kehamilan buruk seperti keguguran berulang, kehamilan ektopik terganggu, mola hidatidosa, ketuban pecah dini, partus prematur dan bayi dengan cacat kongenital
- i) Kelainan jumlah janin seperti kehamilan ganda dan janin dempet
- j) Kelainan besar janin seperti pertumbuhan janin terhambat, janin besar

i. *Antenatal Care* Terpadu

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 97 tahun 2014 tentang pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan, dan masa sesudah melahirkan, penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi, serta pelayanan kesehatan seksual. Pelayanan kesehatan pada ibu hamil tidak dapat dipisahkan dengan pelayanan persalinan, pelayanan nifas dan pelayanan kesehatan bayi baru lahir. Kualitas pelayanan antenatal yang diberikan akan mempengaruhi kesehatan ibu hamil dan janinnya, ibu bersalin dan bayi baru lahir serta ibu nifas.⁸

Dalam pelayanan antenatal terpadu, tenaga kesehatan harus dapat memastikan bahwa kehamilan berlangsung normal, mampu mendeteksi dini masalah dan penyakit yang dialami ibu hamil, melakukan intervensi secara adekuat sehingga ibu hamil siap untuk menjalani persalinan normal. Setiap kehamilan, dalam perkembangannya mempunyai risiko mengalami penyulit atau komplikasi. Oleh karena itu, pelayanan antenatal harus

dilakukan secara rutin, sesuai standar dan terpadu untuk pelayanan antenatal yang berkualitas.

Menurut Permenkes semua ibu hamil dan suami/keluarga diharapkan ikut serta minimal 1x pertemuan. Untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar minimal 4 kali selama kehamilan. Kontak 4 kali dilakukan sebagai berikut: 1. 1x pada trimester I, yaitu sebelum usia kehamilan 14 minggu 2. 1x pada trimester II, yaitu selama umur kehamilan 14–28 minggu 3. 2x pada trimester ketiga, yaitu selama kehamilan 28–36 minggu dan setelah umur kehamilan 36 minggu. Pelayanan antenatal bisa lebih dari 4 kali bergantung pada kondisi ibu dan janin yang dikandungnya. Pelayanan kesehatan pada ibu hamil tidak dapat dipisahkan dengan pelayanan persalinan, pelayanan nifas dan pelayanan kesehatan bayi baru lahir. Kualitas pelayanan antenatal yang diberikan akan mempengaruhi kesehatan ibu hamil dan janinnya, ibu bersalin dan bayi baru lahir serta ibu nifas.⁸

Dalam pelayanan antenatal terpadu, tenaga kesehatan harus dapat memastikan bahwa kehamilan berlangsung normal, mampu mendeteksi dini masalah dan penyakit yang dialami ibu hamil dan melaksanakan rujukan dengan cepat dan tepat sesuai dengan indikasi medis, dan dengan melakukan intervensi yang adekuat diharapkan ibu hamil siap menjalani persalinan.⁶ Dalam pemberian antenatal terpadu, diharapkan ibu hamil dapat melakukan kontak dengan dokter setidaknya minimal 1 kali, yaitu: a. Kontak dengan dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi (SpOG) b. Kontak dengan dokter gigi. c. Kontak dengan dokter umum. d. Kontak dengan dokter paru-paru. e. Kontak dengan ahli gizi⁸

Pelayanan antenatal terpadu merupakan pelayanan komprehensif dan berkualitas mencakup pelayanan promotif, preventif, PTM, KTP selama kehamilan, yang bertujuan untuk memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh pelayanan antenatal yang berkualitas sehingga mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat, dan melahirkan bayi yang sehat. Yang disebut dengan standar pelayanan

antenatal adalah pelayanan yang dilakukan kepada ibu hamil dengan memenuhi kriteria 10 T yaitu¹⁵:

1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor risiko pada ibu hamil. Tinggi kurang dari 145 cm meningkatkan risiko terjadinya CPD (*Cephal Pelvic Disproportion*).

2) Ukur Tekanan darah

Tekanan darah normal 120/80 mmHg. Bila tekanan darah lebih besar atau sama dengan 140/90mmHg, ada faktor risiko hipertensi (tekanan darah tinggi) dalam kehamilan.

3) Nilai status Gizi (Ukur lingkaran lengan atas / LILA)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko Kurang Energi Kronis (KEK). KEK disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LILA kurang dari 23,5cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

4) Ukur Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah 24 minggu.

5) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini

dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika, pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120 kali/menit atau DJJ cepat lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin.

6) Skrining Status Imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskriming status T-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi TT ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 agar mendapat perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status imunisasi T5 (TT Long Life) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi.

7) Beri Tablet tambah darah (tablet besi)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan Asam Folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama. Tablet tambah darah diminum pada malam hari untuk mengurangi rasa mual.

8) Periksa Laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal tersebut meliputi:

- a) Pemeriksaan golongan darah, untuk mempersiapkan donor darah bagi ibu hamil bila diperlukan
- b) Pemeriksaan kadar Hemoglobin darah (Hb), untuk mengetahui apakah ibu kekurangan darah (Anemia)
- c) Pemeriksaan protein dalam urin
- d) Pemeriksaan kadar gula darah
- e) Pemeriksaan darah Malaria
- f) Pemeriksaan tes Sifilis
- g) Pemeriksaan HIV

h) Pemeriksaan BTA

9) Tatalaksana/penanganan

Kasus Jika ibu mempunyai masalah kesehatan pada saat hamil

10) Temu wicara (Konseling)

Tenaga kesehatan memberi penjelasan mengenai perawatan kehamilan, pencegahan kelainan bawaan, persalinan, dan inisiasi menyusui dini (IMD), nifas, perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, keluarga berencana dan imunisasi pada bayi.

3. Persalinan

a. Definisi

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau telah dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain dengan adanya bantuan atau tanpa adanya bantuan (kekuatan ibu). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan yang regular, perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan keluarnya plasenta.¹¹

Persalinan dianggap normal jika terjadi pada kehamilan usia cukup bulan (>37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks. Persalinan dapat dibedakan menjadi tiga, yaitu:¹²

1) Persalinan spontan

Persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir.

2) Persalinan buatan

Persalinan yang dibantu dengan tenaga dari luar, misalnya dengan ekstraksi vakum, forsep, ataupun *sectio caecarea*.

3) Persalinan anjuran

Persalinan yang berlangsung dengan pemberian obat untuk merangsang timbulnya kontraksi, misalnya dengan pemecahan ketuban, pemberian pitocin, atau prostaglandin.

b. Etiologi Persalinan

Etiologi persalinan meliputi:

1) Keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.¹⁸ Otot hormon mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Apabila batas tersebut telah terlewati maka akan terjadi kontraksi, sehingga persalinan dapat dimulai.¹⁹

2) Penurunan progesterone

Villi korionales mengalami perubahan-perubahan dan produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone.¹⁸ Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibat otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu.⁵

3) Teori Iritasi Mekanis

Di belakang serviks terletak ganglion servikalis (fleksus frankenhauser), bila ganglion ini digeser dan ditekan (misalnya oleh kepala janin), maka akan timbul kontraksi uterus.²⁰

4) Teori Oksitosin

a) Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior

b) Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga terjadi kontraksi Braxton Hicks.

c) Menurunnya konsentrasi progesteron karena magangnya usia kehamilan menyebabkan ok di fisik meningkatkan aktivitasnya dalam merangsang otot rahim untuk berkontraksi, dan akhirnya persalinan dimulai.²¹

5) Prostaglandin

Akan terjadi peningkatan prostaglandin pada umur kehamilan 15 minggu, sehingga akan memicu terjadinya kontraksi dan persalinan.¹⁸ Prostaglandin yang dikeluarkan oleh deciduas konsentrasinya meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu. Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan, pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim.²²

6) Hipotalamus-hipofisis dan glandula suprarenalis

Grandula suprarenalis merupakan memicu terjadinya persalinan. Teori ini menunjukkan, pada kehamilan dengan bayi anensefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuk nya hipotalamus.²³

7) Induksi Persalinan

Persalinan dapat juga di timbulkan dengan jalan sebagai berikut.

- a) Gagang laminaria: dengan cara laminaria dimasukkan ke dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang fleksus frankenhauser.
- b) Amniotomi: pemecahan ketuban
- c) Oksitosin drip: pemberian oksitosin menurut tetesan per infuse.²³

c. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Ada 5 (lima) faktor penting yang mempengaruhi persalinan yang dimana jika terdapat malfungsi salah satu diantaranya dapat menyebabkan komplikasi pada ibu dan janin.

- 1) *Passage way* merupakan jalan lahir dalam persalinan berkaitan dengan keadaan segmen atas dan segmen bawah rahim pada persalinan. Segmen atas memegang peran yang aktif karena berkontraksi dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan. Sebaliknya segmen bawah rahim memegang peran pasif dan makin tipis karena majunya persalinan karena peregangan. Jalan lahir terdiri dari pelvis

dan jaringan lunak serviks, dasar panggul, vagina, introitus (bagian luar/lubang luar dari vagina). Walaupun jaringan lunak terutama otot dasar panggul membantu kelahiran bayi tetapi pelvik ibu jauh lebih berperan dalam proses kelahiran. Pelvik terbagi menjadi 2, yaitu:¹³

- a) Bagian keras, bagian ini terdiri dari tulang panggul
- b) Bagian lunak, dibentuk oleh otot-otot dan ligamentum.¹⁴

Bidang hodge berfungsi untuk menentukan sampai dimana bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan. Bidang hodge tersebut antara lain:

- a) Hodge I merupakan bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promontorium
 - b) Hodge II yakni bidang yang sejajar Hodge I setinggi bagian bawah simfisis
 - c) Hodge III yakni bidang yang sejajar Hodge I setinggi spina ischiadika
 - d) Hodge IV merupakan bidang yang sejajar Hodge I setinggi tulang koksigis
- 2) *Passanger* merupakan faktor yang juga sangat mempengaruhi persalinan adalah faktor janin. Meliputi sikap janin, letak janin, dan bagian terendah. Sikap janin menunjukkan hubungan bagian-bagian janin dengan sumbu tubuh janin, misalnya bagaimana sikap fleksi kepala, kaki, dan lengan. Ini berarti seorang janin dapat dikatakan letak longitudinal (preskep dan presbo), letak lintang, serta letak oblik. Bagian terbawah adalah istilah untuk menunjukkan bagian janin apa yang paling bawah.^{13,14}
- 3) *Power* merupakan tenaga yang mendorong keluar janin. Kekuatan yang berguna untuk mendorong keluar janin adalah his, kontraksi otot-otot perut, dan kontraksi diafragma, ada dua power yang bekerja dalam proses persalinan yaitu HIS dan Tenaga mengejan ibu. HIS merupakan kontraksi uterus karena otot-otot polos bekerja dengan baik dan sempurna, pada saat kontraksi, otot-otot rahim menguncup sehingga

menjadi tebal dan lebih pendek. Kavum uteri lebih kecil mendorong janin dan kantong amnion ke arah bawah rahim dan serviks. Sedangkan tenaga mengejan ibu adalah tenaga selain HIS yang membantu pengeluaran.¹³

4) *Position*, posisi yang nyaman selama persalinan sangat diperlukan bagi pasien. Selain mengurangi ketegangan dan rasa nyeri, posisi tertentu justru akan membantu proses penurunan kepala janin sehingga persalinan berjalan lebih cepatselama tidak ada kontra indikasi dari keadaan Pasien.¹⁵ Faktor posisi sangat penting disini, posisi dapat membantu mengatasi faktor-faktor penyebab persalinan yang lama seperti diatas. Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. posisi tegak memberi sejumlah keuntungan. Mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman dan melancarkan sirkulasi darah. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk, jongkok. Posisi tegak memungkinkan gaya gravitasi untuk membantu bagian terendah janin. Kontraksi uterus lebih kuat dan lebih efisien untuk membantu penipisan dan dilatasi serviks sehingga persalinan lebih cepat. Posisi tegak dapat mengurangi insiden penekanan tali pusat.¹⁶

5) *Psychology* merupakan tingkat kecemasan perempuan selama bersalin akan meningkat jika perempuan tersebut tidak memahami apa yang terjadi pada dirinya, ibu bersalin biasanya akan mengutarakan kekhawatirannya jika ditanya.¹⁶ Perilaku dan penampilan perempuan serta pasangannya merupakan petunjuk berharga tentang jenis dukungan yang akan diperlukan. Membantu perempuan berpartisipasi sejauh yang diinginkan dalam melahirkan, memenuhi harapan perempuan akan hasil akhir persalinan. dukungan psikologi dari orang - orang terdekat akan membantu memperlancar proses persalinan yang sedang berlangsung.¹⁴

d. Tanda Persalinan

Tanda-tanda persalinan diantaranya adalah:¹⁷

- 1) Kontraksi uterus (rasa nyeri dari punggung menjalar ke perut intensitas nyeri semakin bertambah dan tidak berkurang untuk istirahat) minimal 2-3 kali setiap 10 menit dengan durasi 40 detik.
- 2) Keluarnya lendir darah (*bloody show*) yang disebabkan karena adanya penipisan dari serviks.
- 3) Premature rupture membrane adalah keluarnya cairan banyak dari jalan lahir yang terjadi akibat ketuban pecah atau selaput yang robek.

e. Tahapan Persalinan

1) Kala I (Pembukaan)

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga dapat berjalan jalan. Lama kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan *kurva fiedman*, diperhitungkan pembukaan primigravida 1cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Dengan penghitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan.⁵ Multigravida dilatasi akan lebih cepat karena mulai usia kehamilan 38 minggu serviks mungkin sudah mengalami pembukaan sehingga saat memasuki inpartu perlunakan dan dilatasi terjadi bersama-sama. Sedangkan pada primigravida saat hamil tidak ada pembukaan sehingga saat inpartu serviks akan melunak diikuti dengan pembukaan.⁵ Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu:¹⁸

- a) Fase laten, dimana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung selama 7-8 jam.²⁴ Yang perlu dicatat di lembar observasi pada kala I fase laten, yaitu denyut jantung janin (DJJ) diperiksa setiap 1 jam, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus diperiksa setiap 1 jam, nadi diperiksa setiap 30-60 menit, suhu tubuh diperiksa setiap 4 jam, tekanan darah

diperiksa setiap 4 jam, pembukaan serviks dan penurunan kepala diperiksa setiap 4 jam sekali.

b) Fase aktif (pembukaan serviks 4-10 cm), berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase.

(1) Periode akselerasi: berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.

(2) Periode dilatasi maksimal: berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.

(3) Periode deselerasi: berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap.²⁴

2) Kala II (Pengeluaran bayi)

Kala II merupakan kala pengeluaran bayi dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Uterus dengan kekuatan hisnya ditambah kekuatan meneran akan mendorong bayi hingga lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Diagnosis persalinan ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm.¹¹ Gejala utama kala II yakni:¹⁸

a) His semakin kuat dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50 sampai 100 detik.

b) Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.

c) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan untuk mengejan akibat tertekannya pleksus frankenhauser.

d) Kedua kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga kepala membuka pintu, subocciput bertindak sebagai hipoglobin kemudian secara berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, serta kepala seluruhnya.

- e) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
- f) Setelah putar paksi luar berlangsung maka persalinan bayi ditolong dengan dengan cara memegang kepala pada os occiput dan di bawah dagu, kemudian ditarik dengan menggunakan cunam ke bawah untuk melahirkan bahu depan dan ke atas untuk melahirkan bahu belakang. Setelah kedua bahu lahir ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi, kemudian bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.¹¹

Penatalaksanaan Kala II, yaitu memberikan dukungan terus menerus kepada ibu dengan: menjaga kebersihan ibu, mengipasi dan massase untuk menambah kenyamanan ibu, memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan ibu, mengatur posisi sesuai kenyamanan ibu, menjaga kandung kemih tetap kosong, memberikan minum yang cukup, memimpin persalinan, memantau DJJ, melahirkan bayi, merangsang bayi.¹⁹

3) Kala III (Pelepasan Plasenta)

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh prosesnya biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi. Penatalaksanaan kala III yaitu dengan manajemen aktif kala III. Manajemen aktif kala III berupa jepit potong tali pusat, sedini mungkin, pemberian oksitosin 10 IU sesegera mungkin dengan mengecek janin tunggal, melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT) dan masase fundus setelah plasenta lahir. Plasenta dan selaput ketuban harus diperiksa secara teliti setelah dilahirkan, bagian plasenta lengkap atau tidak. Bagian permukaan maternal yang normal memiliki 6 sampai 20 kotiledon. Jika plasenta tidak lengkap maka disebut ada sisa plasenta serta dapat mengakibatkan perdarahan yang banyak dan infeksi.²⁰

4) Kala IV

Kala pengawasan selama 2 jam setelah plasenta lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama bahaya perdarahan postpartum. Perdarahan

dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 cc sampai 500 cc. Observasi yang harus dilakukan pada kala IV antara lain:²¹

- a) Kesadaran pasien, mencerminkan kebahagiaan karena tugasnya untuk mengeluarkan bayi telah selesai.
- b) Pemeriksaan yang dilakukan: tekanan darah, nadi, dan pernapasan dan suhu; kontraksi rahim yang keras; perdarahan yang mungkin terjadi dari plasenta rest, luka episiotomi, perlukaan pada serviks; kandung kemih dikosongkan karena dapat mengganggu kontraksi rahim.
- c) Bayi yang telah dibersihkan diletakkan disamping ibunya agar dapat memulai pemberian ASI.
- d) Observasi dilakukan selama 2 jam dengan interval pemeriksaan setiap jam.¹¹

f. Langkah-langkah Asuhan Persalinan Normal

1) Melihat Tanda Dan Gejala Kala Dua

- a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
- b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/atau vaginanya.
- c) Perineum menonjol.
- d) Vulva-vagina dan sfingter anal membuka.

2) Menyiapkan Pertolongan Persalinan

- a) Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
- b) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
- c) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
- d) Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.

- e) Mengisap oksitosin 10unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).
- 3) Memastikan Pembukaan Lengkap dengan Janin Baik
- a) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi.
 - b) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
 - c) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti di atas).
 - d) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-180 kali / menit).
 - e) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - f) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.
- 4) Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk Membantu Proses Pimpinan Meneran.
- a) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
 - b) Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin

- sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.
- c) Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
 - d) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
 - e) Melakukan pimpinan meneran saat Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran
 - f) Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran
 - g) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.
 - h) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang).
 - i) Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.
 - j) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
 - k) Menganjurkan asupan cairan per oral.
 - l) Menilai DJJ setiap lima menit.
 - m) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60/menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera.
- g. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi.
- a) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
 - b) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
 - c) Membuka partus set.
 - d) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
- h. Menolong Kelahiran Bayi

- a) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir. Jika ada mekonium dalam cairan ketuban, segera hisap mulut dan hidung setelah kepala lahir menggunakan penghisap lendir DeLee disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau bola karet penghisap yang baru dan bersih.
- b) Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.
- c) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi
- d) Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
- e) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.
- f) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- g) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan kearah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
- h) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan.

Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

- i) Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat panggul dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

i. Penanganan Bayi Baru Lahir

- 1) Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan).
- 2) Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian pusat.
- 3) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
- 4) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
- 5) Mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka.
- 6) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya.

j. Penanganan setelah Bayi Baru Lahir

- 1) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
- 2) Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.
- 3) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, memberikan suntikan oksitosin 10unit IM di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.
- 4) Penegangan tali pusat terkendali
- 5) Memindahkan klem pada tali pusat

- 6) Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
- 7) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) denganhati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.
- 8) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva.
- 9) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinlin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.
- 10) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).

k. Menilai Perdarahan

- 1) Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus.
- 2) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

1. Melakukan Prosedur Pasca Persalinan

- 1) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
- 2) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
- 3) Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
- 4) Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
- 5) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5 %.
- 6) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
- 7) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
- 8) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam.
- 9) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
- 10) Mengevaluasi kehilangan darah.
- 11) Memeriksa tekanan darah, nadi dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
- 12) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi
- 13) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
- 14) Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

- 15) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
- 16) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5%
- 17) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 18) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 19) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang)

3. Masa Nifas/Puerpurium

1) 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.²²

2) 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:²³

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

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

Tabel 3. Perubahan Uterus Masa Nifas

Involusi	TFU	Berat Uterus (gr)
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000
Uri lahir	2 jari dibawah pusat	750
1 minggu	Pertengahan simfisis	500
2 minggu	Tidak teraba di simfisis	350
6 minggu	Normal	50
8 minggu	Normal tapi sebelum hamil	30

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.²²

Tabel 4. Perubahan Warna Lochea

Lochea	Waktu (hari)	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1 – 3	Merah kehitaman	Terdiri dari desidua
Sanguinolenta	3 – 7	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7 – 14	Kekuningan atau kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri leukosit dan robekan laserasi plasenta
Alba	> 14	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.²⁵

2) 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.¹³

3) 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.²⁸

4) 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.²⁶

5) 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.²⁷

6) 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.²⁷

7) 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 suksinya masa transisi ke masa menjadi orang tua pada masa *postpartum*, yaitu:²⁸

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

Dalam menjalani adaptasi psikososial menurut Rubin setelah melahirkan, ibu akan melalui fase-fase sebagai berikut:²⁸

(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 sensitif 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

3) Kebutuhan Dasar Masa Nifas

1) 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 jumpal 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.²⁹ 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 alcohol, nikotin serta bahan pengawet dan pewarna. Menu makanan yang seimbang mengandung unsur-unsur, seperti sumber tenaga, pembangunan, pengatur dan perlindungan.²⁹

2) Kebutuhan 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 sembuhnya luka (jika ada luka). Jika tidak ada kelainan, lakukan mobilisasi sedini mungkin, yaitu dua jam setelah persalian normal. Ini berguna untuk mempercepat sirkulasi darah dan mengeluarkan cairan vagina (lochea).²⁹

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.²⁹ 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.

3) Kebutuhan Eliminasi

a) Buang air kecil (BAK)

Pengeluaran urine akan meningkat pada 24-48 jam pertama sampai hari ke-5 *postpartum* karena volume darah ekstra yang dibutuhkan waktu hamil tidak diperlukan lagi setelah persalinan. Sebaiknya, ibu tidak menahan buang air kecil ketika ada rasa sakit pada jahitan karena dapat menghambat uterus berkontraksi dengan

baik sehingga menimbulkan perdarahan yang berlebihan. Dengan mengosongkan kandung kemih secara adekuat, tonus kandung kemih biasanya akan pulih kembali dalam 5-7 hari *postpartum*. Ibu harus berkemih spontan dalam 6-8 jam *postpartum*. Pada ibu yang tidak bisa berkemih beri motivasi ibu untuk berkemih dengan membasahi bagian vagina atau melakukan katektisasi.²⁹

b) Buang air besar (BAB)

Kesulitan buang air besar (konstipasi) dapat terjadi karena ketakutan akan rasa sakit, takut jahitan terbuka, atau karena hemoroid. Kesulitan ini dapat dibantu dengan mobilisasi dini, mengkonsumsi makanan tinggi serat dan cukup minum sehingga bisa buang air besar. Jika sudah pada hari ketiga ibu masih belum bisa buang air besar, ibu bisa menggunakan pencahar berbentuk supositoria sebagai pelunak tinja. Ini penting untuk menghindari gangguan pada kontraksi uterus yang dapat menghambat pengeluaran cairan vagina. Dengan melakukan pemulangan dini pun diharapkan ibu dapat segera BAB.

4) Kebutuhan Istirahat

Istirahat membantu mempercepat proses involusi uterus dan mengurangi perdarahan, memperbanyak jumlah pengeluaran ASI dan mengurangi penyebab terjadinya depresi:²⁹

- a) Anjurkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
- b) Sarankan ibu untuk kembali ke kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, serta untuk tidur atau beristirahat selagi bayi tidur.
- c) Kurang istirahat akan mempengaruhi jumlah ASI yang diproduksi, dan memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan.

Anjurkan untuk mencegah kelelahan yang berlebihan, usahakan untuk rileks dan istirahat yang cukup, terutama saat bayi sedang tidur.

Memintah 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.

5) Kebersihan Diri

Untuk mencegah terjadinya infeksi baik pada luka jahitan dan maupun kulit, maka ibu harus menjaga kebersihan diri secara keseluruhan. Anjurkan kebersihan seluruh tubuh:²⁹

a) Perawatan perineum

Bidan memberi konseling ibu untuk membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Bersihkan daerah disekitar vulva terlebih dahulu, dari depan kebelakang, kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Nasihatkan kepada ibu untuk membersihkan vulva setiap selesai BAB/BAK. Jika terdapat luka episiotomi sarankan untuk tidak menyentuh luka.

Bidan memberikan saran ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah di cuci dengan baik dan dikeringkan dibawah matahari atau disetrika. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.

b) Pakaian

Pakaian terbuat dari bahan yang mudah menyerap keringat karna produksi keringat menjadi banyak. Sebaiknya pakaian agak longgar didaerah dada sehingga payudara tidak tertekan dan kering. Demikian juga dengan pakian dalam, agar tidak terjadi iritasi pada daerah sekiranya akibat *lokhea*.

c) Kebersihan rambut

Setelah bayi lahir mungkin ibu akan mengalami kerontokan pada rambut akibat gangguan perubahan hormon sehingga keadaanya menjadi lebih tipis dibandingkan keadaan normal. Namun akan pulih kembali setelah beberapa bulan. Cuci rambut

dapat kondisioner yang cukup, lalu sisir menggunakan sisir yang lembut. Hindari penggunaan pengering rambut.

d) Kebersihan kulit

Setelah persalinan, ekstra cairan tubuh yang dibutuhkan saat hamil akan dikeluarkan kembali melalui air seni dan keringat untuk menghilangkan pembengkakan pada wajah, kaki, betis dan tangan ibu. Oleh karena itu, dalam minggu-minggu pertama setelah melahirkan, ibu akan merasakan jumlah keringat yang lebih banyak dari biasanya. Usahakan mandi lebih sering dan jaga agar kulit tetap kering.

e) Perawatan payudara

Perawatan yang dilakukan terhadap payudara bertujuan melancarkan sirkulasi darah dan mencegah terjadinya sumbatan susu sehingga memperlancar pengeluaran susu. Lakukan perawatan payudara secara teratur, perawatan payudara hendaknya dimulai sedini mungkin, yaitu 1-2 hari setelah bayi dilahirkan dan dilakukan dua kali sehari.

6) Kebutuhan 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.

7) Senam Hamil

Latihan *pasca* persalinan dikenal sebagai senam nifas sesungguhnya lebih sekedar mengencangkan kembali otot-otot yang kendur dan membuang lemak tubuh yang tidak perlu, banyak lagi manfaat yang didapat dari senam ini sehingga bidan perlu memberikan penjelasan dan petunjuk senam nifas kepada ibu *pasca* bersalin dan keluarganya. Kondisi yang kendor setelah melahirkan harus segera dipulihkan, karena selain bayi yang dilahirkan membutuhkan kasih sayang dari seorang ibunya, juga suami yang kita cintai. Untuk itulah pemulihan kondisi harus dilakukan seawal mungkin sesuai kondisi.

Mobilisasi dan gerakan-gerakan sederhana sudah dapat dimulai selagi ibu masih ada diklinik atau rumah sakit, supaya involusi berjalan dengan baik dan otot-otot mendapat tonus, elastisitas dan fungsinya kembali. Senam nifas adalah senam yang dilakukan saat seseorang ibu menjalani masa nifas atau masa setelah melahirkan. Senam nifas adalah latihan gerak yang dilakukan secepat mungkin setelah melahirkan, supaya otot-otot yang mengalami peregangan selama kehamilan dan persalinan dapat kembali kepada kondisi normal seperti semula. Senam nifas dapat dimulai enam jam setelah melahirkan dan dalam pelaksanaannya harus dilakukan secara bertahap, sistematis dan kontinyu.

8) Tanda Bahaya Ibu Nifas

Tanda-tanda bahaya masa nifas adalah sebagai berikut:

- a) 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).

- b) Pengeluaran cairan vagina yang berbau busuk.
- c) Rasa sakit dibagian bawah abdomen atau punggung.
- d) Sakit kepala yang terus menerus, nyeri ulu hati, atau masalah penglihatan.
- e) Pembengkakan diwajah atau ditangan.
- f) Demam, muntah, rasa sakit sewaktu BAK atau jika merasa tidak enak badan.
- g) Payudara yang bertambah atau berubah menjadi merah panas dan atau terasa sakit.
- h) Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama.
- i) Rasa sakit merah, lunak dan atau pembengkakan dikaki.
- j) Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya atau dirinya sendiri.
- k) Merasa sangat letih dan nafas terengah-engah.

4) Kunjungan Ulang Masa Nifas (KF)

Waktu kunjungan nifas KF1-KF3 menurut Panduan pelayanan operasional persalinan dan nifas normal bagi tenaga kesehatan menganjurkan ibu untuk melakukan kontrol/ kunjungan masa nifas setidaknya 3 kali:

- 1) Kunjungan Nifas Pertama (KF1) adalah kunjungan nifas pada masa mulai dari 6 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-4 sampai hari ke-28 setelah persalinan. Asuhan yang diberikan pada KF2 yaitu memastikan involunsi 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-29 sampai dengan hari ke-42 setelah persalinan. Asuhan pada KF3 yaitu menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia alami dan memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, dan tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.

4. Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Bayi baru lahir (BBL) normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37- 42 minggu atau 294 hari dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram, bayi baru lahir (newborn atau neonatus) adalah bayi yang baru di lahirkan sampai dengan usia empat minggu.³⁰ Bayi “cukup bulan” adalah bayi yang dilahirkan setelah usia kehamilan genap mencapai 37 minggu dan sebelum usia kehamilan genap mencapai 41 minggu.³¹

Bayi baru lahir normal mempunyai ciri-ciri berat badan lahir 2500-4000 gram, umur kehamilan 37-40 minggu, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, menghisap ASI dengan baik, dan tidak ada cacat bawaan.²⁰ Bayi baru lahir normal memiliki panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar lengan 11-12 cm, frekuensi denyut jantung 120-160 kali per menit, pernapasan 40-60 kali per menit, lanugo tidak terlihat dan rambut kepala tumbuh sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR >7, reflek-reflek sudah terbentuk dengan baik (*rooting, sucking, morro, grasping*), organ genitalia pada bayi laki-laki testis sudah berada pada skrotum dan penis berlubang, pada bayi perempuan vagina dan uretra berlubang serta adanya labia minora dan

mayora, mekonium sudah keluar dalam 24 jam pertama berwarna hitam kecoklatan.²⁰

b. Klasifikasi Neonatus

Bayi baru lahir atau neonatus di bagi dalam beberapa kasifikasi, yaitu:

(1) Neonatus menurut masa gestasinya:³²

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

c. Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir

Semua bayi diperiksa segera setelah lahir untuk mengetahui apakah transisi dari kehidupan *intrauterine* ke *ekstrauterine* berjalan dengan lancar dan tidak ada kelainan. Pemeriksaan medis komprehensif dilakukan dalam 24 jam pertama kehidupan. Pemeriksaan rutin pada bayi baru lahir harus dilakukan, tujuannya untuk mendeteksi kelainan atau anomali kongenital yang muncul pada setiap kelahiran dalam 10-20 per 1000 kelahiran, pengelolaan lebih lanjut dari setiap kelainan yang terdeteksi pada saat antenatal, mempertimbangkan masalah potensial terkait riwayat kehamilan ibu dan kelainan yang diturunkan, dan memberikan promosi kesehatan, terutama pencegahan terhadap *sudden infant death syndrome* (SIDS).³³

Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir adalah untuk membersihkan jalan napas, memotong dan merawat tali pusat,

mempertahankan suhu tubuh bayi, identifikasi, dan pencegahan infeksi. Asuhan bayi baru lahir meliputi:

1) Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi

Untuk menilai apakah bayi mengalami asfiksia atau tidak dilakukan penilaian sepiantas setelah seluruh tubuh bayi lahir dengan tiga pertanyaan:

- a) Apakah kehamilan cukup bulan?
- b) Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?
- c) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

Jika ada jawaban “tidak” kemungkinan bayi mengalami asfiksia sehingga harus segera dilakukan resusitasi. Penghisapan lendir pada jalan napas bayi tidak dilakukan secara rutin.³⁴

Tabel 5. Nilai APGAR Bayi Baru Lahir

Tanda	Nilai 0	Nilai 1	Nilai 2
<i>Appearance</i> (warna kulit)	Biru, pucat	Tubuh merah muda, ekstremitas biru	Seluruh tubuh merah muda
<i>Pulse</i> (frekuensi jantung)	Tidak ada	Kurang dari 100 kali per menit	Lebih dari 100 kali per menit
<i>Grimace</i> (Respon terhadap rangsang)	Tidak ada	Meringis minimal	Batuk atau bersin
<i>Active</i> (Tonus otot)	Lunglai	Fleksi ekstremitas	Aktif
<i>Respiration</i> (Pernapasan)	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Baik atau menangis

Dari hasil pemeriksaan APGAR *score*, dapat diberikan penilaian kondisi bayi baru lahir sebagai berikut

- (a) Nilai 7-10: Normal
- (b) Nilai 4-6: Asfiksia ringan-sedang
- (c) Nilai 0-3: Asfiksia Berat

2) Penanganan bayi baru lahir

a) Perawatan Tali Pusat

Perawatan tali pusat yang benar dapat mengurangi insiden infeksi pada neonatus. Yang terpenting dalam perawatan tali pusat adalah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih.³³

b) Inisiasi Menyusui Dini dan Pemberian Nutrisi

Segera setelah dilahirkan bayi diletakkan di dada atau perut atas ibu selama paling sedikit satu jam untuk memberi kesempatan pada bayi untuk mencari dan menemukan puting ibunya. Manfaat IMD adalah membantu stabilisasi pernafasan, mengendalikan suhu tubuh, menjaga kolonisasi kuman yang aman, dan mencegah infeksi nosokomial.¹⁰

c) Pencegahan Hipotermi

Pada waktu bayi baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat.¹⁰

d) Pemberian Injeksi Vitamin K

Pemberian vitamin K dapat menurunkan insiden kejadian perdarahan akibat defisiensi vitamin K1 (PDVK) yang dapat menyebabkan kematian neonatus. Dosis pemberian vit 0,5-1 mg secara IM.⁵

e) Pemberian Salep Mata

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

f) Injeksi Hepatitis 0

Imunisasi Hepatitis B pertama diberikan 1-2 jam setelah pemberian Vitamin K1 secara intramuskular. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi.³⁴

d. Penilaian bayi untuk tanda-tanda kegawatan

Semua bayi baru lahir harus dinilai adanya tanda-tanda kegawatan/kelainan yang menunjukkan suatu penyakit. Bayi baru lahir

dinyatakan sakit apabila mempunyai salah satu atau beberapa tanda antara lain yaitu sesak nafas, frekuensi pernapasan 60x/menit, gerak retraksi di dada, malas minum, panas atau suhu badan bayi rendah, kurang aktif, berat lahir rendah (500 – 2500 gram) dengan kesulitan minum.³⁵ Tanda-tanda bayi sakit berat, apabila terdapat salah satu atau lebih tanda seperti sulit minum, sianosis sentral (lidah biru), perut kembung, periode apneu, kejang/periode kejang-kejang kecil, merintih, perdarahan, sangat kuning, berat badan lahir <1500 gram.¹⁸

5. Kunjungan Neonatal

a. Definisi

Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu:

- 1) Kunjungan neonatal I (KN1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir,
- 2) Kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari, dan
- 3) Kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8 – 28 hari. Asuhan bayi baru lahir pada 0 – 6 jam yaitu asuhan bayi baru lahir normal, dilaksanakan segera setelah lahir, dan diletakkan di dekat ibunya dalam ruangan yang sama.³⁶

Asuhan bayi baru lahir dengan komplikasi dilaksanakan satu ruangan dengan ibunya atau di ruangan khusus. Pemeriksaan neonatus pada 6 jam sampai 28 hari pada periode ini dapat dilaksanakan di puskesmas/ pustu/ polindes/ poskesdes dan/atau melalui kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan.

Pemeriksaan neonatus dilaksanakan di dekat ibu, bayi didampingi ibu atau keluarga pada saat diperiksa atau saat diberikan pelayanan kesehatan. Pada setiap kunjungan neonatus dilakukan pemeriksaan antropometri seperti berat badan, panjang badan, lingkar kepala, dan suhu bayi. Bayi yang disusui dapat meningkat berat badannya sedikit kurang 1 ons (100 gram) per hari.¹⁴

b. Kebutuhan Dasar Neonatus

1) Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua energi berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6. Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energy sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari.³⁶

2) Eliminasi

Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa.³⁷ Feses pertama ini berwarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ketiga hingga ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan. Urin pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama dan setelahnya dengan frekuensi yang semakin sering seiring meningkatnya asupan cairan. Urin encer, berwarna kuning dan tidak berbau.¹⁰

3) Istirahat dan Tidur

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, paling sering blog waktu 45 menit sampai 2 jam. Bayi dapat menangis setidaknya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari.

4) *Personal Hygiene*

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mongering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urin dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah.

5) Aktifitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut.¹⁰ Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari, bergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah, suhu ekstrim, dan stimulasi berlebihan.

6) Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga didapat pola tidur yang lebih baik. Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsang dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya.³⁶

6. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

a. Definisi

Bayi dengan berat lahir kurang dari 2500gram tanpa memandang masa gestasi. Berat Lahir adalah berat bayi yang ditimbang dalam 1 (satu) jam setelah lahir.³⁷

b. Patofisiologis

Penyakit hipertensi dalam kehamilan merupakan kelainan vaskuler yang terjadi sebelum kehamilan atau timbul dalam kehamilan atau pada permulaan persalinan, hipertensi dalam kehamilan menjadi penyebab penting dari kelahiran mati dan kematian neonatal. Ibu dengan hipertensi akan menyebabkan terjadinya infusensi plasenta, hipoksia sehingga pertumbuhan janin terhambat dan sering terjadi kelahiran prematur. Preeklamsia dapat mengakibatkan keterlambatan pertumbuhan janin dalam kandungan atau IUGR dan kelahiran mati.³⁸ Hal ini disebabkan karena preeklamsia pada ibu akan menyebabkan perkapuran di daerah plasenta, sedangkan bayi memperoleh makanan dan oksigen dari plasenta,

dengan adanya pengapuran di dalam plasenta, suplai makanan dan oksigen yang masuk kejanin berkurang.

c. Faktor Penyebab BBLR

Menurut Marmi (2012), faktor-faktor yang mempengaruhi berat badan lahir bayi rendah antara lain:³⁷

- 1) Status gizi Ibu Hamil
- 2) Umur saat hamil
- 3) Umur kehamilan
- 4) Kehamilan ganda
- 5) Tingkat Pendidikan
- 6) Penyakit ibu
- 7) Faktor kebiasaan ibu

d. Masalah pada Bayi Berat Lahir Rendah

- 1) Hipotermi
- 2) Sindrom Gawat Nafas
- 3) Hipoglikemia
- 4) Perdarahan Intracranial
- 5) Gangguan Tumbuh Kembang

e. Penatalaksanaan Bayi Berat Lahir Rendah

Menurut Maryunani (2013) penatalaksanaan BBLR adalah:³⁹

- 1) Mempertahankan suhu badan bayi dengan cara:
 - a) Bayi prematur akan cepat kehilangan panas badan dan menjadi hipotermi karena pusat pengaturan panas belum berfungsi dengan baik, metabolisme rendah dan permukaan badan relatif luas oleh karena itu bayi prematuritas harus dirawat dalam inkubator sehingga panas badannya mendekati suhu dalam rahim.
 - b) Apabila tidak ada inkubator bayi dapat dibungkus dengan kain disampingnya ditaruh botol berisi air hangat sehingga panas badannya dapat dipertahankan.

- c) Kontak kulit. Letakan bayi pada kulit ibu/orang lain, usahakan bayi dalam keadaan telanjang saat menempel di kulit ibu. Bayi dengan kontak kulit, biasanya suhu tubuh dipertahankan 36,5-37,5°C. Ukur suhu tubuh bayi dalam 2 jam setelah kontak kulit.
- d) Kangaroo *Mother Care* (KMC) atau perawatan metode kanguru adalah kontak kulit di antara ibu dan bayi secara dini terus menerus dikombinasi dengan pemberian ASI eksklusif. Tujuannya adalah agar bayi tetap hangat. Dapat dimulai segera setelah lahir atau setelah bayi pulang. Bayi tetap dirawat dengan KMC meskipun belum dapat menyusui, berikan ASI peras dengan menggunakan salah satu alternatif pemberian minum. Cara KMC adalah memulai dengan meletakkan bayi telanjang kecuali popok ke dada ibu di antara kedua payudara dengan posisi vertikal dan menghadap ke ibu, ikatkan gendongan hingga bayi dan ibu terasa nyaman.³⁹

7. Ikterus Neonatorum

a. Definisi

Ikterus atau *jaundice* atau sakit kuning adalah warna kuning pada sklera mata, mukosa dan kulit karena peningkatan kadar bilirubin dalam darah. Istilah *jaundice* berasal dari Bahasa Perancis yakni *jaune* yang artinya kuning. Dalam keadaan normal kadar bilirubin dalam darah tidak melebihi 1 mg/dL (17 µmol/L) dan bila kadar bilirubin dalam darah melebihi 1.8 mg/dL (30 µmol/L) akan menimbulkan ikterus. Ikterus adalah warna kuning yang dapat terlihat pada sklera, selaput lender, kulit atau organ lain akibat penumpukan bilirubin. Bila kadar bilirubin darah melebihi 2 mg%, maka ikterus akan terlihat, namun pada neonatus ikterus masih belum terlihat meskipun kadar bilirubin darah sudah melampaui 5 mg%. Ikterus terjadi karena peninggian kadar bilirubin indirek (*unconjugated*) dan atau kadar bilirubin direk (*conjugated*).⁴⁰ Ikterus neonatorum adalah keadaan klinis pada bayi yang ditandai dengan pewarnaan ikterus pada kulit dan

sklera akibat akumulasi bilirubin tak terkonjugasi yang berlebih. Ikterus secara klinis mulai tampak pada bayi baru lahir bila kadar bilirubin darah 5-7 mg/dL. Jadi dapat disimpulkan bahwa ikterus adalah kondisi dimana bilirubin dalam darah mengalami peningkatan yang mencapai kadar tertentu dan menimbulkan efek patologis pada neonatus yang ditandai dengan pewarnaan kuning pada sklera mata, kulit, membran mukosa dan cairan tubuh serta kelainan bawaan juga dapat menyebabkan ikterus.⁴⁰

b. Klasifikasi Ikterus

Ikterus diklasifikasikan menjadi beberapa klasifikasi yaitu sebagai berikut:⁴¹

1) Ikterus Fisiologis

Ikterus fisiologis adalah ikterus yang timbul pada hari ke dua dan hari ke tiga yang tidak mempunyai dasar patologik, kadarnya tidak melewati kadar yang membahayakan atau yang mempunyai potensi menjadi kern ikterus dan tidak menyebabkan suatu morbiditas pada bayi. Ikterus fisiologis ini juga dapat dikarenakan organ hati bayi belum matang atau disebabkan kadar penguraian sel darah merah yang cepat. Ikterus fisiologis ini umumnya terjadi pada bayi baru lahir dengan kadar bilirubin tak terkonjugasi pada minggu pertama >2 mg/dL. Pada bayi cukup bulan yang mendapatkan susu formula kadar bilirubin akan mencapai puncaknya sekitar 8 mg/dL pada hari ke tiga kehidupan dan kemudian akan menurun secara cepat selama 2-3 hari diikuti dengan penurunan yang lambat sebesar 1 mg/dL selama satu sampai dua minggu. Sedangkan pada bayi cukup bulan yang diberikan air susu ibu (ASI) kadar bilirubin puncak akan mencapai kadar yang lebih tinggi yaitu 7-14 mg/dL dan penurunan akan lebih lambat. Bisa terjadi dalam waktu 2-4 minggu, bahkan sampai 6 minggu.

2) Ikterus Patologis

Ikterus patologis adalah ikterus yang mempunyai dasar patologi atau kadar bilirubinnya mencapai suatu nilai yang disebut hiperbilirubinemia. Ikterus yang kemungkinan menjadi patologik atau

dapat dianggap sebagai hiperbilirubinemia adalah:

- a) Ikterus terjadi pada 24 jam pertama sesudah kelahiran
- b) Peningkatan konsentrasi bilirubin 5 mg% atau lebih setiap 24 jam
- c) Konsentrasi bilirubin serum sewaktu 10 mg% pada neonatus kurang bulan dan 12,5 mg% pada neonatus cukup bulan
- d) Ikterus yang disertai proses hemolisis (inkompatibilitas darah, defisiensi enzim C6PD dan sepsis)
- e) Ikterus yang disebabkan oleh bayi baru lahir kurang dari 200 gram yang disebabkan karena usia ibu dibawah 20 tahun atau diatas 35 tahun dan kehamilan pada remaja, masa gestasi kurang dari 35 minggu, asfiksia, hipoksia, syndrome gangguan pernapasan, infeksi, hipoglikemia, hiperkopnia, hiperosmolitas.

c. Etiologi Ikterus

Etiologi ikterus pada neonatus dapat berdiri sendiri atau disebabkan oleh beberapa faktor menurut (Ngastiyah, 2011):⁴⁰

- 1) Produksi yang berlebihan: golongan darah ibu-bayi tidak sesuai, hematoma, memar, spheratisosis congenital, enzim G6pd rendah.
- 2) Gangguan konjugasi hepar: Enzim glukoronil tranferasi belum adekuat (premature).
- 3) Gangguan transportasi albumin rendah, ikatan kompetitif dengan albumin, kemampuan mengikat albumin rendah.
- 4) Gangguan ekresi: obstruksi saluran empedu, obstruksi usus, obstruksi pre hepatic.

8. Keluarga Berencana (KB)

a. Definisi

Keluarga berencana merupakan usaha suami istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Prinsip dasar metode kontrasepsi adalah mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi telur wanita (fertilisasi) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang didalam rahim.⁴²

b. Tujuan Program KB

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.⁴³

Tujuan program KB lainnya yaitu untuk menurunkan angka kelahiran yang bermakna, untuk mencapai tujuan tersebut maka diadakan kebijakan yang dikategorikan dalam tiga fase (menunda, menjarangkan dan menghentikan) maksud dari kebijakan tersebut yaitu untuk menyelamatkan ibu dan anak akibat melahirkan pada usia muda, jarak kelahiran yang terlalu dekat dan melahirkan pada usia tua.⁴⁴

1) Fase Menunda

Fase menunda kehamilan Pasangan Usia Subur (PUS) dengan usia kurang dari 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilannya karena:

- a) Usia dibawah 20 tahun adalah usia yang sebaiknya tidak mempunyai anak dulu karena berbagai alasan.
- b) Prioritas penggunaan kontrasepsi pil oral, karena peserta masih muda.
- c) Penggunaan kondom kurang menguntungkan, karena pada pasangan muda frekuensi bersenggamanya relatif tinggi, sehingga kegagalannya juga tinggi.
- d) Penggunaan IUD mini bagi yang belum mempunyai anak pada masa ini dapat dianjurkan, terlebih bagi calon peserta dengan kontra indikasi terhadap pil.

Ciri kontrasepsi yang diperlukan Pada PUS dengan usia istri kurang dari 20 tahun ciri kontrasepsi yang sesuai adalah:

- a) Reversibilitas tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjadi 100 % karena pasangan belum mempunyai anak (KB yang disarankan adalah penggunaan pil).

b) Efektifitas tinggi, karena kegagalan akan menyebabkan kehamilan dengan risiko tinggi dan kegagalan ini merupakan kegagalan program.

2) Fase Menjarangkan

Fase menjarangkan kehamilan pada fase ini usia istri antara 20 – 30 /35 tahun, merupakan periode usia yang paling baik untuk hamil dan melahirkan dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antar kelahiran 2-4 tahun yang dikenal sebagai catur warga. Alasan menjarangkan kehamilan adalah:

- a) Usia antara 20 – 30 tahun merupakan usia yang terbaik untuk hamil dan melahirkan.
- b) Segera setelah anak pertama lahir, maka dianjurkan untuk memakai IUD sebagai pilihan utama.

Ciri-ciri kontrasepsi yang sesuai:

- a) Reversibilitas cukup tinggi karena peserta masih mengharapkan punya anak lagi.
- b) Efektifitas cukup tinggi (KB yang disarankan adalah IUD)
- c) Dapat dipakai 2 sampai 4 tahun yaitu sesuai dengan jarak kehamilan anak yang direncanakan.
- d) Tidak menghambat air susu ibu (ASI), karena ASI adalah makanan terbaik sampai anak usia 2 tahun dan akan mempengaruhi angka kesakitan dan kematian anak.

3) Fase Menghentikan

Fase menghentikan usia istri di atas 30 tahun, terutama di atas 35 tahun, sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah memiliki 2 orang anak. Alasan mengakhiri kesuburan adalah: karena alasan medis dan alasan lainnya, ibu-ibu dengan usia di atas kesuburan setelah memiliki 2 orang anak.

Alasan mengakhiri kesuburan adalah:

- a) Ibu – ibu dengan usia di atas 30 tahun dianjurkan untuk tidak hamil/tidak punya anak lagi.

- b) Pilihan utama adalah kontrasepsi mantap.
- c) Pil oral kurang dianjurkan karena usia ibu relatif tua dan mempunyai risiko kemungkinan timbulnya efek samping dan komplikasi.

Ciri – ciri kontrasepsi yang diperlukan:

- a) Efektifitas sangat tinggi. Kegagalan menyebabkan terjadinya kehamilan risiko tinggi bagi ibu dan bayi. Selain itu akseptor memang tidak mengharapkan punya anak lagi.
- b) Dapat dipakai dalam jangka panjang.
- c) Tidak menambah kelainan yang sudah ada. Pada usia tua, kelainan seperti penyakit jantung, darah tinggi, keganasan dan metabolik biasanya meningkat. Oleh karena itu sebaiknya tidak diberikan cara kontrasepsi yang menambah kelainan jantung.⁴³

c. Manfaat Keluarga Berencana

Manfaat KB adalah sebagai berikut:⁴⁴

1) Mencegah Kesehatan Terkait Kehamilan

Kemampuan wanita untuk memilih untuk hamil dan kapan ingin hamil memiliki dampak langsung pada kesehatan dan kesejahteraannya. KB memungkinkan jarak kehamilan dan penundaan kehamilan pada wanita muda yang memiliki risiko masalah kesehatan dan kematian akibat melahirkan anak usia dini. KB mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, termasuk wanita yang lebih tua dalam menghadapi peningkatan risiko terkait kehamilan. KB memungkinkan wanita yang ingin membatasi jumlah keluarga mereka. Bukti menunjukkan bahwa wanita yang memiliki lebih dari 4 anak berisiko mengalami kematian ibu. Dengan mengurangi tingkat kehamilan yang tidak diinginkan, KB juga mengurangi kebutuhan akan aborsi yang tidak aman.

2) Mengurangi AKB/ Angka Kematian Bayi

KB dapat mencegah kehamilan dan kelahiran yang berjarak dekat dan tidak tepat waktu. Hal ini berkontribusi pada beberapa angka kematian bayi tertinggi di dunia. Bayi dengan ibu yang meninggal

akibat melahirkan juga memiliki risiko kematian yang lebih besar dan kesehatan yang buruk.

3) Membantu Mencegah Human Immunodeficiency Virus (HIV)/ *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS)

KB mengurangi risiko kehamilan yang tidak diinginkan di antara wanita yang hidup dengan HIV, mengakibatkan lebih sedikit bayi yang terinfeksi dan anak yatim. Selain itu, kondom pria dan wanita memberikan perlindungan ganda terhadap kehamilan yang tidak diinginkan dan terhadap IMS termasuk HIV.

4) Memberdayakan Masyarakat dan Meningkatkan Pendidikan KB

memungkinkan masyarakat untuk membuat pilihan berdasarkan informasi tentang kesehatan seksual dan reproduksi. KB memberikan peluang bagi perempuan untuk mengejar pendidikan tambahan dan berpartisipasi dalam kehidupan publik, termasuk mendapatkan pekerjaan yang dibayar. Selain itu, memiliki keluarga yang lebih kecil memungkinkan orang tua untuk berinvestasi lebih banyak pada setiap anak. Anak-anak dengan lebih sedikit saudara kandung cenderung tetap bersekolah lebih lama daripada mereka yang memiliki banyak saudara kandung.

5) Mengurangi Kehamilan Remaja Remaja

hamil lebih cenderung memiliki bayi prematur atau bayi berat lahir rendah (BBLR). Bayi yang dilahirkan oleh remaja memiliki angka kematian neonatal yang lebih tinggi. Banyak gadis remaja yang hamil harus meninggalkan sekolah. Hal ini memiliki dampak jangka panjang bagi mereka sebagai individu, keluarga dan komunitas.

6) Perlambatan Pertumbuhan Penduduk

KB adalah kunci untuk memperlambat pertumbuhan penduduk yang tidak berkelanjutan dengan dampak negatif yang dihasilkan pada ekonomi, lingkungan, dan upaya pembangunan nasional dan regional.

d. Akseptor Keluarga Berencana

Akseptor KB adalah proses yang disadari oleh pasangan untuk memutuskan jumlah dan jarak anak serta waktu kelahiran. Adapun jenis - jenis akseptor KB, yaitu:⁴³

1) Akseptor Aktif

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

2) Akseptor aktif kembali

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

3) Akseptor KB Baru

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

4) Akseptor KB dini

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

5) Akseptor KB langsung

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

6) Akseptor KB dropout

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

d. Kontrasepsi

1) Definisi Kontrasepsi

Kontrasepsi berasal dari kata kontra dan konsepsi. Kontra yang berarti "melawan" atau mencegah", sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur yang matang dengan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Jadi kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan akibat adanya pertemuan antara sel telur.⁹

2) Prinsip Kerja Kontrasepsi

Cara kerja kontrasepsi pada dasarnya adalah meniadakan pertemuan antara sel telur (ovum) dengan sel mani (sperma). Ada tiga cara untuk mencapai tujuan tersebut diantaranya adalah menekan keluarnya sel telur (ovulasi), menahan masuknya sperma ke dalam saluran kelamin wanita sampai mencapai ovum dan yang ketiga adalah menghalangi nidasi.⁴⁵

3) Macam-macam Metode Kontrasepsi

Macam-macam metode kontrasepsi dibagi atas antara lain:

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, spermicide, 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.⁴⁶

4) Jenis Alat Kontrasepsi

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

yaitu 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 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) Metode Kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi dua yaitu kombinasi (mengandung hormon progesteron dan estrogen sintetik) dan yang hanya berisi progesteron saja. Kontrasepsi hormonal kombinasi terdapat pada pil dan suntikan/injeksi.

Sedangkan kontrasepsi hormon yang berisi progesteron terdapat pada pil, suntik dan implant.⁴⁷

(1) Definisi Kontrasepsi Hormonal

Kontrasepsi hormonal merupakan salah satu metode kontrasepsi yang paling efektif dan reversibel untuk mencegah terjadinya konsepsi. Kontrasepsi hormonal merupakan kontrasepsi dimana estrogen dan progesteron memberikan umpan balik terhadap kelenjar hipofisis melalui hipotalamus sehingga terjadi hambatan terhadap folikel dan proses ovulasi.⁴⁸

(2) Mekanisme Kerja Kontrasepsi Hormonal

Hormon estrogen dan progesteron memberikan umpan balik, terhadap kelenjar hipofisis melalui hipotalamus sehingga terjadi hambatan terhadap perkembangan folikel dan proses ovulasi. Melalui hipotalamus dan hipofisis, estrogen dapat menghambat pengeluaran *Folicle Stimulating Hormone* (FSH) sehingga perkembangan dan kematangan *Folicle De Graaf* tidak terjadi. Di samping itu progesteron dapat menghambat pengeluaran *Hormone Luteinizing* (LH). Estrogen mempercepat peristaltik tuba sehingga hasil konsepsi mencapai uterus endometrium yang belum siap untuk menerima implantasi.⁴⁹ Selama siklus tanpa kehamilan, kadar estrogen dan progesteron bervariasi dari hari ke hari. Bila salah satu hormon mencapai puncaknya, suatu mekanisme umpan balik (feedback) menyebabkan mula-mula hipotalamus kemudian kelenjar hypophyse mengirimkan isyarat-isyarat kepada ovarium untuk mengurangi sekresi dari hormon tersebut dan menambah sekresi dari hormon lainnya.

Bila terjadi kehamilan, maka estrogen dan progesteron akan tetap dibuat bahkan dalam jumlah lebih banyak tetapi tanpa adanya puncak-puncak siklus, sehingga akan mencegah ovulasi selanjutnya. Estrogen bekerja secara primer untuk membantu

pengaturan hormon *realising factors of hipotalamus*, membantu pertumbuhan dan pematangan dari ovum di dalam ovarium dan merangsang perkembangan endometrium. Progesteron bekerja secara primer menekan atau depresi dan melawan isyarat-isyarat dari hipotalamus dan mencegah pelepasan ovum yang terlalu dini atau prematur dari ovarium, serta juga merangsang perkembangan dari endometrium.

Adapun efek samping akibat kelebihan hormon estrogen, efek samping yang sering terjadi yaitu rasa mual, retensi cairan, sakit kepala, nyeri pada payudara, dan fluor albus atau keputihan. Rasa mual kadang-kadang disertai muntah, diare, dan rasa perut kembung. Retensi cairan disebabkan oleh kurangnya pengeluaran air dan natrium, dan dapat meningkatkan berat badan. Sakit kepala disebabkan oleh retensi cairan. Kepada penderita pemberian garam perlu dikurangi dan dapat diberikan diuretik. Kadang-kadang efek samping demikian mengganggu akseptor, sehingga hendak menghentikan kontrasepsi hormonal tersebut. Dalam kondisi tersebut, akseptor dianjurkan untuk melanjutkan kontrasepsi hormonal dengan kandungan hormon estrogen yang lebih rendah. Selain efek samping kelebihan hormon estrogen, hormon progesteron juga memiliki efek samping jika dalam dosis yang berlebihan dapat menyebabkan perdarahan tidak teratur, bertambahnya nafsu makan disertai bertambahnya berat badan, acne (jerawat), alopecia, kadang-kadang payudara mengecil, fluor albus (keputihan), hipomenorea. *Fluor albus* yang kadang-kadang ditemukan pada kontrasepsi hormonal dengan progesteron dalam dosis tinggi, disebabkan oleh meningkatnya infeksi dengan *candida albicans*.⁴⁸

Komponen estrogen menyebabkan mudah tersinggung, tegang, retensi air, dan garam, berat badan bertambah, menimbulkan nyeri kepala, perdarahan banyak saat menstruasi,

meningkatkan pengeluaran leukorhea, dan menimbulkan perlunakan serviks. Komponen progesteron menyebabkan payudara tegang, acne (jerawat), kulit dan rambut kering, menstruasi berkurang, kaki dan tangan sering kram.⁴⁹

c) Macam-macam Kontrasepsi Hormonal

(1) Kontrasepsi pil

(a) Pengertian

Pil oral akan menggantikan produksi normal estrogen dan progesteron oleh ovarium. Pil oral akan menekan hormon ovarium selama siklus haid yang normal, sehingga juga menekan releasing factors di otak dan akhirnya mencegah ovulasi. Pemberian Pil Oral bukan hanya untuk mencegah ovulasi, tetapi juga menimbulkan gejala-gejala pseudo pregnancy (kehamilan palsu) seperti mual, muntah, payudara membesar, dan terasa nyeri.⁴⁷

(b) Efektivitas

Efektivitas pada penggunaan yang sempurna adalah 99,5-99,9% dan 97%

(c) Jenis KB Pil yaitu:⁴²

(1) Monofasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progestin, dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif, jumlah dan porsi hormonnya konstan setiap hari.

(2) Bifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen, progestin, dengan dua dosis berbeda 7 tablet tanpa hormon aktif, dosis hormon bervariasi.

(3) Trifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progestin, dengan tiga dosis yang berbeda 7 tablet tanpa hormon aktif, dosis hormon bervariasi setiap hari.

(d) Cara kerja KB Pil yaitu:⁴²

- (1)) Menekan ovulasi
- (2)) Mencegah implantasi
- (3)) Mengentalkan lendir serviks
- (4)) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi ovum akan terganggu.

(e) Keuntungan KB Pil yaitu:⁴⁷

- (1)) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (2)) Siklus haid menjadi teratur (mencegah anemia)
- (3)) Dapat digunakan sebagai metode jangka panjang
- (4)) Dapat digunakan pada masa remaja hingga menopause
- (5)) Mudah dihentikan setiap saat
- (6)) Kesuburan cepat kembali setelah penggunaan pil dihentikan
- (7)) Membantu mencegah: kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, kista ovarium, acne, dismenorhea

(f) Keterbatasan KB Pil yaitu:⁵⁰

- (1)) Amenorhea
- (2)) Perdarahan diantara siklus haid
- (3)) Kenaikan berat badan
- (4)) Mual dan muntah
- (5)) Perubahan libido
- (6)) Hipertensi
- (7)) Jerawat
- (8)) Nyeri tekan payudara
- (9)) Pusing

(2) Kontrasepsi Suntik

(a) Efektivitas kontrasepsi Suntik.

kedua jenis kontrasepsi suntik mempunyai efektivitas yang tinggi, dengan 30% kehamilan per 100 perempuan per

tahun, jika penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan. DMPA maupun NET EN sangat efektif sebagai metode kontrasepsi. Kurang dari 1 per 100 wanita akan mengalami kehamilan dalam 1 tahun pemakaian DMPA dan 2 per 100 wanita per tahun pemakain NET EN.⁴²

(b) Jenis – jenis Kontrasepsi Suntik

Berdasarkan kandungan hormonnya, kb suntik dibagi menjadi 2, yaitu:⁴²

(1))Suntik Progestin

Suntik KB ini hanya mengandung hormon progesteron. Cara kerjanya yaitu dengan mencegah ovulasi. Efektivitasnya yaitu 0,3 kehamilan per 100 perempuan per tahun. Kelebihan dari KB ini adalah tidak mengganggu produksi ASI, tidak mengandung esterogen sehingga tidak memiliki dampak serius terhadap penyakit jantung, tidak mengganggu hubungan seksual. Sedangkan kelemahannya yaitu terjadi perubahan pola haid, mempengaruhi nafsu makan, menyebabkan pusing, dan tidak melindungi dari IMS. Suntik ini dilakukan satu bulan sekali.

(2)) Suntik KB Kombinasi

Suntik KB yang mengandung hormon progesteron dan esterogen. Cara kerja dan efektivitas suntik KB kombinasi sama dengan suntik KB progestin. Perbedaannya dari suntik progestin adalah suntik ini mempengaruhi produksi ASI dan tidak disarankan pada perempuan yang memiliki gangguan pada jantung/vaskuler. Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian.

(c)Mekanisme kerja

Mencegah ovulasi, lendir servik menjadi kental dan sedikit sehingga menurunkan kemampuan penetrasi

spermatozoa, membuat endometrium tipis dan atrofi sehingga kurang baik untuk implantasi ovum yang telah dibuahi, mempengaruhi kecepatan transport ovum oleh tuba falopi.⁴⁰

(d) Kelebihan

Keuntungan pengguna KB suntik yaitu sangat efektif, pencegah kehamilan jangka panjang, tidak berpengaruh pada hubungan seksual, tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah, tidak mempengaruhi ASI, efek samping sangat kecil, klien tidak perlu menyimpan obat suntik, dapat digunakan oleh perempuan i usia lebih 35 tahun sampai perimenopause, membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik, menurunkan kejadian tumor jinak payudara, dan mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul.⁵¹

(e) Kekurangan

- (1)) Perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak atau *amenore*
- (2)) Keterlambatan subur sampai 1 tahun
- (3)) Berat badan meningkat
- (4)) Galaktore
- (5)) Setelah diberikan tidak dapat ditarik kembali
- (6)) Dapat berkaitan dengan osteoporosis
- (7)) Menimbulkan kekeringan vagina
- (8)) Menurunkan libido
- (9)) Menimbulkan gangguan emosi
- (10)) Sakit kepala
- (11)) Jerawat
- (12)) Nevositas pada pemakaian jangka panjang

(f) Indikasi

- (1)) Usia reproduksi, nulipara, dan telah memiliki anak

- (2)) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan memiliki efektivitas tinggi
- (3)) Setelah melahirkan dan tidak menyusui setelah abortus
- (4)) Telah mempunyai banyak anak tetapi belum menginginkan tubektomi
- (5)) Perokok, tekanan darah 180/110 mmHg, masalah gangguan pembekuan darah atau anemia
- (6)) Menggunakan obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturate) atau obat tuberculosi (rifampisin)
- (7)) Tidak dapat menggunakan kontrasepsi yang mengandung esterogen
- (8)) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi dan mendekati usia menopause

(g) Kontraindikasi⁵¹

- (1)) Hamil atau dicurigai hamil karena risiko cacat pada janin 7 per 100.000 kelahiran
- (2)) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- (3)) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid
- (4)) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara
- (5)) Diabetes melitus disertai komplikasi
- (6)) Kanker pada traktus genitalia

(h) Waktu mulai penggunaan

Setiap saat selama siklus haid, asal ibu tersebut diyakini tidak hamil, mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid. Pada ibu yang tidak haid, asalkan ibu tersebut tidak hamil, suntikan pertama dapat diberikan setiap saat. Selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh bersenggama. Perempuan yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti kontrasepsi suntikan. Bila kontrasepsi sebelumnya dipakai dengan benar dan ibu tidak hamil, suntikan pertama dapat segera diberikan. Tidak perlu menunggu haid berikutnya

datang. Bila ibu sedang menggunakan kontrasepsi lain dan ingin menggantinya dengan kontrasepsi suntikan yang lain lagi, kontrasepsi yang akan diberikan dimulai pada saat jadwal kontrasepsi suntikan yang sebelumnya. Ibu yang menggunakan kontrasepsi non hormonal dan ingin menggantinya dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama kontrasepsi yang akan diberikan dapat segera disuntikkan, asal ibu tidak hamil. Pemberiannya tidak perlu menunggu haid berikutnya datang. Bila ibu disuntik setelah suntikan ibu tidak boleh bersenggama selama tujuh hari atau apabila ingin berhubungan dapat menggunakan kondom.⁵¹

(i) Cara penyuntikkan

- (1)) Kontrasepsi suntikan DMPA, setiap 3 bulan dengan dosis 150 mg secara intramuskuler di daerah bokong. Suntikan diberikan setiap 90 hari. Jangan melakukan massase pada tempat suntikan.
- (2)) Kocok obat dengan baik, cegah terjadinya gelembung udara. Bila terdapat endapan putih didasar ampul, hilangkan dengan cara menghangatkannya. Kontrasepsi suntikan tidak perlu didinginkan.
- (3)) Bersihkan kulit yang akan disuntik dengan kapas alkohol. Tunggu sampai kulit kering, kemudian disuntik.
- (4)) Semua obat harus dimasuk kedalam alat suntik.

(3) Implant

(a) Definisi

Implant adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga sampai lima tahun, metode ini dikembangkan oleh the Population Council, yaitu suatu organisasi internasional yang didirikan tahun 1952 untuk mengembangkan metode kontrasepsi. Implant merupakan alat kontrasepsi yang dipasangkan di bawah kulit

lengan atas yang berbentuk kapsul silastik yang lentur dimana di dalam setiap kapsul berisi hormon levonorgestrel yang dapat mencegah terjadinya kehamilan.⁵²

(b)Keuntungan Implant

Keuntungan alat kontrasepsi implant yaitu:⁵³

- (1) Efektif 5 tahun untuk norplant, 3 tahun untuk Jedena, Indoplant, atau Implanon
- (2) Nyaman
- (3) Dapat dipakai oleh semua ibu dalam usia reproduksi
- (4) Pemasangan dan pencabutan perlu pelatihan
- (5) Kesuburan segera kembali setelah implan dicabut
- (6) Efek samping utama berupa perdarahan tidak teratur, perdarahan bercak, dan amenorea
- (7) Aman dipakai pada masa laktasi
- (8) Tidak mengganggu ASI
- (9) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (10) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- (11) Tidak harus setiap bulan datang ke tenaga Kesehatan
- (12) Dapat di lepas kapan saja

(c)Keterbatasan Implant

Pada kebanyakan pasien dapat menyebabkan perubahan pola haid berupa perdarahan bercak (*spotting*), hipermenorea atau meningkatnya jumlah darah haid, serta amenorhea.⁵³

(d)Cara Kerja Implant

- (1) Lendir serviks menjadi kental
- (2) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi
- (3) Mengurangi transportasi sperma
- (4) Menekan ovulasi.

(e)Jenis Kontrasepsi Implant

Beberapa jenis kontrasepsi implant antara lain:

- (1) Norplant: terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan diameter 2,4 mm, yang diisi dengan 3,6 mg levonorgestrel dan lama kerjanya 5 tahun.
- (2) Implanon: terdiri dari satu batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm, dan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg 3- Keto-desogestrel dan lama kerjanya tiga tahun.
- (3) Jadena dan indoplant: terdiri dari 2 batang yang diisi dengan 75 mg. Levonorgestrel dengan lama kerja 3 tahun

c) Metode Kontrasepsi Hormonal

Kontrasepsi non hormonal adalah kontrasepsi yang tidak mengandung hormon didalam nya, kontrasepsi nonhormonal dapat dibagi menjadi beberapa macam diantaranya adalah.⁵⁴

(1) Kontrasepsi tanpa menggunakan alat (alamiah)

Kontrasepsi Alamiah adalah suatu upaya mencegah / menghalangi pembuahan atau pertemuan antara sel telur dengan sperma dengan menggunakan metode-metode yang tidak membutuhkan alat ataupun bahan kimia (yang menjadi cirri khas metode perintang) juga tidak memerlukan obat-obatan. Adapun jenis-jenis dari kontrasepsi alamiah adalah sbb:

(a) Metode amenorea laktasi (MAL)

(1) Definisi

Metode amenorea laktasi adalah kontrasepsi yang mengendalikan pemberian air susu. kontrasepsi MAL mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif untuk menekan ovulasi.

(2) Efektifitas

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

menyusui secara eksklusif (tanpa memberikan makanan atau minuman tambahan).

(3) Cara kerja

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

(4) Indikasi Metode amenorea laktasi (MAL)

Dapat digunakan oleh wanita yang ingin menghindari kehamilan dan memenuhi kriteria sebagai berikut:

- (a) wanita yang menyusui secara eksklusif.
- (b) Ibu pasca melahirkan dan bayinya berumur kurang dari 6 bulan.
- (c) wanita yang belum mendapatkan haid pasca melahirkan.

(5) Kontraindikasi MAL

- (a) Wanita pasca melahirkan yang sudah mendapat haid.
- (b) Wanita yang tidak menyusui secara eksklusif.
- (c) Wanita yang bekerja dan terpisah dari bayinya lebih dari 6 jam

(b) Senggama Terputus (koitus interuptus)

(1) Definisi Senggama terputus

adalah penarikan penis dari vagina sebelum terjadinya ejakulasi. Hal ini berdasarkan kenyataan bahwa pria menyadari sebelumnya akan ada terjadi ejakulasi, dan dalam waktu kira-kira 1 detik sebelum ejakulasi terjadi digunakan untuk menarik penis keluar dari vagina. Cara

Kerja Alat kelamin (Penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga kehamilan dapat dicegah. Keuntungan dari cara ini adalah tidak membutuhkan biaya, alat maupun persiapan. Kekurangannya adalah dibutuhkan pengendalian diri yang besar dari pria dan penggunaan cara ini dapat menimbulkan neurasteni. Manfaat Kontrasepsi yaitu Efektif bila digunakan dengan benar, Tidak mengganggu produksi ASI, Dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya, Tidak Ada efek samping, Dapat digunakan setiap waktu, Tidak membutuhkan biaya Non Kontrasepsi, Meningkatkan keterlibatan pria dalam keluarga berencana, Untuk pasangan memungkinkan hubungan lebih dekat dan pengertian yang sangat dalam, efektif: Bagi wanita yang suami atau pasangannya mampu mengontrol waktu ejakulasi.⁵⁴

(2)) Indikasi senggama terputus

- (a))Pria yang ingin berpartisipasi aktif dalam keluarga berencana
- (b))Pasangan yang tidak ingin memakai metode KB lainnya
- (c))Pasangan yang memerlukan kontrasepsi dengan segera
- (d))Pasangan yang memerlukan metode sementara, sambil menunggu metode yang lainnya
- (e))Pasangan yang memerlukan metode pendukung serta Pasangan yang melakukan hubungan seksual tidak teratur.

(3))Kontraindikasi senggama terputus

- (a))Pria dengan pengalaman ejakulasi dini
- (b))Pria yang sulit melakukan senggama terputus

- (c))Pria yang memiliki kelainan fisik atau psikologis
- (d))perempuan yang mempunyai pasangan yang sulit bekerja sama
- (e))Pasangan yang kurang dapat saling berkomunikasi dan pasangan yang tidak bersedia melakukan sanggama terputus

(c)Suhu basal

(1) Definisi Suhu Basal

Suhu basal adalah suhu yang diukur waktu pagi segera setelah bangun tidur dan sebelum melakukan aktivitas apa-apa. Tujuan pencatatan suhu basal untuk mengetahui kapan terjadinya masa subur/ovulasi. Suhu basal tubuh diukur dengan alat yang berupa termometer basal. Termometer basal ini dapat digunakan secara oral, per vagina, atau melalui dubur dan ditempatkan pada lokasi serta waktu yang sama selama 5 menit. Suhu normal tubuh sekitar 35,5-36 derajat Celcius. Pada waktu ovulasi, suhu akan turun terlebih dahulu dan naik menjadi 37-38 derajat kemudian tidak akan kembali pada suhu 35 derajat Celcius. Pada saat itulah terjadi masa subur/ovulasi. Metode suhu tubuh dilakukan dengan wanita mengukur suhu tubuhnya setiap hari untuk mengetahui suhu tubuh basalnya. Setelah ovulasi suhu basal (BBt / basal body temperature) akan sedikit turun dan akan naik sebesar (0,2 – 0,4 ° C) dan menetap sampai masa ovulasi berikutnya. Hal ini terjadi karena setelah ovulasi hormone progesterone disekresi oleh korpus luteum yang menyebabkan suhu tubuh basal wanita naik.

(2) Kelemahan suhu basal

Kelemahan dari metode ini adalah membutuhkan motivasi, Perlu diajarkan oleh spesialis keluarga

berencana alami, Suhu tubuh basal dipengaruhi oleh penyakit, Apabila suhu tubuh tidak diukur pada sekitar waktu yang sama setiap hari akan menyebabkan ketidakakuratan suhu tubuh basal, Tidak mendeteksi permulaan masa subur sehinggamempersulit untuk mencapai kehamilan, Membutuhkan masa pantang yang lama, karena ini hanyalah mendeteksi pasca ovulasi.

(3)) Keuntungan suhu basal

Keuntungan dari metode ini adalah Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran pasangan terhadap masa subur, Membantu wanita yang mengalami siklus tidak teratur dengan cara mendeteksi ovulasi, Dapat membantu menunjukkan perubahan tubuh lain seperti lender serviks, Berada dalam kendali wanita, Dapat digunakan mencegah atau meningkatkan kehamilan. Efek Samping Pantang yang terlampau lama dapat menimbulkan stress atau frustrasi. Hal ini dapat diatasi dengan pemakaian kondom atau tablet wanita sewaktu senggama. Daya guna teoritis adalah 15 kehamilan per 100 wanita pertahun. Daya guna pemakaian adalah 20 – 30 kehamilan per 100 wanita/tahun.

(4)) Indikasi

- (a))Wanita yang mau mengamati tanda kesuburan.
- (b)) Wanita yang mempunyai siklus haid yang cukup teratur.
- (c))Pasangan dengan tidak dapat menggunakan metode lain.
- (d))Tidak keberatan jika terjadi kehamilan.

(5)) Kontraindikasi

- (a))Wanita yang mau mengamati tanda kesuburan

(b))Wanita yang mempunyai siklus haid yang cukup teratur

(c))Pasangan dengan tidak dapat menggunakan metode lain

(d))Tidak keberatan jika terjadi kehamilan.

(d) Metode lendir serviks

(1))Definisi

Metode lendir serviks adalah metode mengamati kualitas dan kuantitas lendir serviks setiap hari. Periode subur ditandai dengan lendir yang jernih, encer, dan licin. Metode lendir serviks yakni pengamatan dilakukan pada lendir serviks. Pengamatan lendir serviks dapat dilakukan dengan merasakan perubahan rasa pada vulva sepanjang hari dan melihat langsung lendir pada waktu tertentu. Menjelang ovulasi lendir ini akan mengandung banyak air (encer) sehingga mudah dilalui sperma. Setelah ovulasi lendir kembali menjadi lebih padat. Jika lendir mulai keluar atau bagi wanita yang mengalami keputihan (sering mengeluarkan lendir) lendir mengencer, bergumpal-gumpal dan lengket, hal ini menunjukkan akan terjadi ovulasi. Sehingga senggama harus dihindari dengan menggunakan alat kontrasepsi. Pada puncak masa subur, yaitu menjelang dan pada saat ovulasi lendir akan keluar dalam jumlah lebih banyak menjadi transparan, encer dan bening seperti putih telur dan dapat ditarik diantara dua jari seperti benang. Tiga hari setelah puncak masa subur dapat dilakukan senggama tanpa alat kontrasepsi. Kelebihannya metode ini adalah mudah digunakan, tidak memerlukan biaya, metode mukosa serviks merupakan metode keluarga berencana alami lain yang mengamati tanda-tanda kesuburan. Sedangkan kekurangannya yaitu

Tidak efektif bila digunakan sendiri, sebaiknya dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain, Tidak cocok untuk wanita yang tidak menyukai menyentuh alat kelaminnya, Wanita yang memiliki infeksi saluran reproduksi dapat mengaburkan tanda-tanda kesuburan, Wanita yang menghasilkan sedikit lendir. Efek sampingnya yaitu Persoalan timbul bila terjadi kegagalan/kehamilan

(2) Indikasi

- (a) Semua perempuan semasa reproduksi, baik siklus haid teratur maupun tidak teratur, tidak haid baik karena menyusui maupun pramenopause.
- (b) Semua perempuan dengan paritas berapa pun termasuk nullipara
- (c) perempuan kurus atau gemuk.
- (d) perempuan yang merokok.
- (e) perempuan dengan alasan kesehatan tertentu seperti hipertensi sedang, varises, dismenorea, sakit kepala sedang atau hebat, mioma uteri, endometritis, kista ovarii, anemia defisiensi besi,
- (f) hepatitis virus, malaria, trombosis vena dalam, atau emboli paru.

(3) Kontraindikasi

- (a) perempuan yang dari segi umur, paritas atau masalah kesehatannya membuat kehamilan menjadi suatu kondisi risiko tinggi.
- (b) perempuan sebelum mendapat haid (menyusui, segera setelah abortus), kecuali MOB.
- (c) perempuan dengan siklus haid yang tidak teratur, kecuali MOB

(d))perempuan yang pasangannya tidak mau bekerjasama
(berpantang) selama waktu tertentu dalam siklus haid.

(e)Sistem kalender

(1))Definisi

Metode kalender atau pantang berkala adalah cara / metode kontrasepsi sederhana yang dilakukan oleh pasangan suami istri dengan tidak melakukan senggama atau hubungan seksual pada masa subur/ovulasi. Prinsip metode pantang berkala ini adalah tidak melakukan senggama pada masa subur yaitu pertengahan siklus haid atau ditandai dengan keluarnya lendir encer dari liang vagina. Untuk menghitung masa subur digunakan rumus siklus terpanjang dikurangi 11 hari dan siklus terpendek dikurangi 18 hari. Dua angka yang diperoleh merupakan range masa subur. Dalam jangka waktu subur tersebut harus pantang sanggama, dan diluarnya merupakan masa aman. Keuntungan dari metode ini adalah Metode kalender atau pantang berkala lebih sederhana, Dapat digunakan oleh setiap wanita yang sehat, Tidak membutuhkan alat atau pemeriksaan khusus, Tidak mengganggu pada saat berhubungan seksual, Tidak memerlukan biaya dan tempat pelayanan kontrasepsi, Tidak ada efek samping. Keterbatasan / kekurangan antara lain memerlukan kerjasama yang baik antara suami istri, Harus ada motivasi dan disiplin pasangan dalam menjalankannya, Pasangan suami istri tidak dapat melakukan hubungan seksual setiap saat, Pasangan suami istri harus tahu masa subur dan masa tidak subur,Harus mengamati siklus menstruasi minimal enam kali siklus, Siklus menstruasi yang tidak teratur (menjadi

penghambat), Lebih efektif bila dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain.

(2) Indikasi

- (a) Semua perempuan semasa reproduksi, baik siklus haid teratur maupun tidak teratur, tidak haid baik karena menyusui maupun pramenopause
- (b) Semua perempuan dengan paritas berapa pun termasuk nulipara.
- (c) perempuan dengan alasan kesehatan tertentu antara lain hipertensi sedang, varises, disminorea sakit kepala sedang atau hebat.

(3) Kontraindikasi

- (a) perempuan dengan umur, paritas atau masalah kesehatan yang membuat kehamilan menjadi suatu kondisi resiko tinggi.
- (b) perempuan sebelum mendapat haid (menyusui, segera setelah abortus).
- (c) perempuan dengan siklus haid yang tidak teratur

2) Alat Kontrasepsi Menggunakan Alat

a) Kondom

(1) Definisi Kondom

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), vilin (plastik) atau bahan alami (produksi hewan) yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintesis yang tipis, berbentuk silindris, dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti putting susu. Beberapa bahan telah ditambahkan pada kondom baik untuk meningkatkan efektifitasnya (misalnya menambahkan spermisida) maupun sebagai aksesoris

aktifitas seksual. Kondom menghalangi masuknya spermatozoa kedalam taktus genetalia interna vagina. Modifikasi tersebut dilakukan dalam hal : bentuk, warna, pelumas, bahan. Kondom adalah suatu karet tipis, berwarna atau tidak berwarna, dipakai untuk menutupi zakar yang tegang sebelum dimasukkan ke dalam vagina sehingga mani tertampung didalamnya dan tidak masuk vagina, dengan demikian mencegah terjadinya pembuahan. Kondom yang menutupi zakar yang berguna untuk mencegah penularan penyakit menular

(2) Jenis-jenis Kondom

(a) Kondom pria

Kondom untuk pria merupakan bahan karet atau lateks, poliuretan (plastik) atau bahan sejenis yang kuat, tipis, dan elastis. Benda tersebut ditarik menutupi penis yang sedang ereksi untuk menangkap semen selama ejakulasi untuk mencegah sperma masuk kedalam sperma. Kondom lateks dan poliuretan merupakan kondom yang efektif untuk mencegah penularan HIV dan mengerangi resiko penyakit menular seksual. Satu-satunya alasan kegagalan kontrasepsi adalah defek pada kondom itu sendiri. Defek yang dimaksud antara lain kelemahan bahan, yang dapat menyebabkan kondom robek akibat dorongan ejakulasi atau ada lubang yang sangat kecil, yang membuat kondom tidak efektif. Walaupun penggunaan kondom telah di gunakan secara luas, beberapa pasangan masih memiliki perasan negative terhadap kondom. Beberapa pasangan merasa kondom membuat sensasi terasa tumpul, beberapa yang lain merasa bahwa kondom

menciptakan penghalang diantara mereka saat mereka menginginkan persaan utuh yang diperoleh selama hubungan seksualnya

(b) Kondom wanita

Kondom terbuat dari lapisan polyiretane tipis dengan cincin dalam yang fleksibel dan dapat digerakkan pada ujung yang tertutup, yang dimasukkan ke dalam vaginadan cincin kaku yang lebih besar pada ujung terbuka di bagian depan yang tetap berada diluar vagina dan melindungi introitus. Kondom wanita hanya memiliki 1 ukuran dan tidak perlu dipasang oleh pemberi pelayan kesehatan professional. Kondom tersebut harus di lumasi terlebih dahulu dan tersedia sekaligus dengan pelumas tambahan atau sediaan spermisida dapat digunakan bersama dengan kondom tersebut. Kondom untuk wanita tidak hanya mencegah kehamilan tetepi juga merupakan alat yang efektif melawan HIV, gonorea, klamidia dan trikomoniasis bila digunakan dengan benar. Apabila di bandingkan dengan kondom untuk pria, kondom ini memungkinkan resiko yang lebih kecil terhadap PMS yang ditularkan lewat kulit, seperti human papiloma virus (HPV / kutil genetalia), virus herves simpleks (HSV) , sifilis dan kangkroid, karena alat kontrasepsi tersebut menutupi sebagian besar area, yang sepadan dan menjadi penghalang antara indroitus, vulva, dan pangkal penis.

(3) Cara Pemakaian Kondom

Kondom ada yang ujungnya biasa, ada pula yang ujungnya berputing mengeluarkan udara yaang ada, agar

tersedia tempat bagi mani yang akan dikeluarkan gulungan kondom, sebelum persetubuhan lalu dipasang pada waktu zakar sedang tegang. Sesudah mani keluar, mani tertampung diujung kondom dan sewaktu zakar ditarik keluar, jagalah jangan sampai ada cairan yang tumpah. Peganglah kondom pada waktu menarik zakar keluar. Buanglah kondom setelah sekali pakai.

(4) Cara Kerja

- (a) Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma diujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah kedalam saluran reproduksi perempuan
- (b) Mencegah penularan mikroorganismenya (MS termasuk HIV / AIDS) dari satu pasangan ke pasangan yang lain (khusus kondom yang terbuat dari lateks dan vilin)

(5) Indikasi Pemakaian Kondom

- (a) Enam minggu sesudah vasektomi C samapai mani tidak mengandung spermatozoa lagi, yang seperti diketahui dengan pemeriksaan laboratorium.
- (c) Sementara menunggu pemeriksaan AKDR.
- (d) Sementara sedang menunggu haid untuk pemakaian pil yang diminum.
- (e) Apabila kelupaan minum pil dalam jangka waktu lebih dari 36 jam.
- (f) Apabila diduga ada penyakit kelamin sementaramenunggu diagnosis yang pasti.
- (g) Bersamaan dengan pemakaian spermiside.
- (h) Dalam keadaan darurat, bila tidak ada kontrasepsi yang tersedia atau yang dipakai.
- (i) Sebagai cara yang dipilih oleh pasangan-pasangan tertentu.

(6)Efektivitas Kondom

cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap kali berhubungan seksual. Pada beberapa pasangan, pemakaian kondom tidak efektif karena tidak dipakai secara konsisten. Secara ilmiah didapatkan hanya sedikit angka kegagalan kondom yaitu 2 -12 kehamilan per 100 perempuan pertahun.

(7)Keterbatasan

- (a)Efektifitas tidak terlalu tinggi
- (b)Cara pemakaian sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi
- (c)Agak mengganggu hubungan seksual (mngurangi sentuhan langsung)
- (d)Pada beberapa klien bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi
- (e)Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual
- (f)Beberapa klien malu untuk membeli kondom ditempat umum
- (g)Pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah

(8)Keuntungan

- (a)Mencegah kehamilan
- (b)Memberi perlindungan terhadap penyakit-penyakit akibat hubungan seksual (PMS)
- (c)Dapat diandalkan, Relatif murah
- (d)Sederhana, ringan dan disposable
- (e)Tidak memerlukan pemeriksaan medis, supervisi atau pollow-up
- (f)Reversible
- (g)Pria ikut serta aktif dalam program KB

b) Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) atau IUD

(1) Definisi

IUD adalah alat kecil terdiri dari bahan plastik yang lentur yang dimasukkan ke dalam rongga rahim, yang harus diganti jika sudah digunakan selama periode tertentu. IUD merupakan panjang. dimasukkan ke dalam rahim yang bentuknya bermacam-macam terbuat dari plastik, plastik yang dililit tembaga. Cara kerja yaitu menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi dan mempengaruhi fertilitasi sebelum ovum mencapai kavum uteri.

(2) Indikasi

- (a) Usia reproduksi (25 – 49 tahun).
- (b) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang.
- (c) Menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi.
- (d) Setelah Abortus dan tidak terlihat adanya infeksi
- (e) Resiko rendah dan IMS (infeksi menular seksual)
- (f) Tidak menghendaki metode hormonal.

(3) Kontraindikasi

- (a) Sedang hamil atau kemungkinan hamil
- (b) Perdarahan pervaginam yang tidak diketahui (sampai dapat di evaluasi).
- (c) Sedang menderita infeksi alat genital (Vaginitis servisitif).
- (d) Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm dan tumor jinak rahim.

(4) Efek samping

- (a) Terjadi perdarahan yang lebih banyak dan lebih lama pada masa menstruasi.

- (b) Keluar bercak-bercak darah (*Spotting*) setelah lama 2 hari pemasangan.
- (c) Kram atau nyeri selama menstruasi.
- (d) Keputihan

7. Teori Kewenangan Bidan

a. Undang undang No4 Tahun 2019 tentang Kebidanan

Pasal 46

Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan bertugas memberikan pelayanan yang meliputi:

- 1) pelayanan kesehatan ibu;
- 2) pelayanan kesehatan anak;
- 3) pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana;

Pasal 49

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1) huruf a, Bidan berwenang:

- 1) memberikan Asuhan Kebidanan pada masa sebelum hamil;
- 2) memberikan Asuhan Kebidanan pada masa kehamilan normal;
- 3) memberikan Asuhan Kebidanan pada masa persalinan dan menolong persalinan normal;
- 4) memberikan Asuhan Kebidanan pada masa nifas;
- 5) melakukan pertolongan pertama kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas, dan rujukan; dan
- 6) melakukan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi pada masa kehamilan, masa persalinan, pascapersalinan, masa nifas, serta asuhan pasca keguguran dan dilanjutkan dengan rujukan.

Pasal 50

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) huruf b, Bidan berwenang:

- 1) memberikan Asuhan Kebidanan pada bayi baru lahir, bayi, balita, dan anak prasekolah;
- 2) memberikan imunisasi sesuai program Pemerintah Pusat;

- 3) melakukan pemantauan tumbuh kembang pada bayi, balita, dan anak prasekolah serta deteksi dini kasus penyulit, gangguan tumbuh kembang, dan rujukan; dan
- 4) memberikan pertolongan pertama kegawatdaruratan pada bayi baru lahir dilanjutkan dengan rujukan.

Pelayanan Kesehatan Reproduksi Perempuan dan Keluarga Berencana

Pasal 51

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) huruf c, Bidan berwenang melakukan komunikasi, informasi, edukasi, konseling, dan memberikan pelayanan kontrasepsi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

- b. Permenkes Republik Indonesia No 28 Tahun 2017 tentang Izin Penyelenggaraan Praktik Bidan

Pasal 18

Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:

- 1) pelayanan kesehatan ibu;
- 2) pelayanan kesehatan anak; dan
- 3) pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

Pasal 19

- a) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf a diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.
- b) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan:
 - (1) konseling pada masa sebelum hamil;
 - (2) antenatal pada kehamilan normal;
 - (3) persalinan normal; d. ibu nifas normal;
 - (4) ibu menyusui; dan
 - (5) konseling pada masa antara dua kehamilan.

- c) Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Bidan berwenang melakukan:
- (1) episiotomi,
 - (2) pertolongan persalinan normal,
 - (3) penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II,
 - (4) penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan,
 - (5) pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil,
 - (6) pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas,
 - (7) fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif; pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum,
 - (8) penyuluhan dan konseling,
 - (9) bimbingan pada kelompok ibu hamil; dan
 - (10) pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.

Pasal 20

- a) Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak prasekolah.
- b) Dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bidan berwenang melakukan:
- 1) pelayanan neonatal esensial;
 - 2) penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan;
 - 3) pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah; dan konseling dan penyuluhan.
- c) Pelayanan neonatal esensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a meliputi inisiasi menyusui dini, pemotongan dan perawatan tali pusat, pemberian suntikan Vit K1, pemberian imunisasi B0, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pemantauan tanda bahaya, pemberian tanda identitas diri, dan merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil dan tepat waktu ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang lebih mampu.

- d) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b meliputi:
- (1) penanganan awal asfiksia bayi baru lahir melalui pembersihan jalan nafas, ventilasi tekanan positif, dan/atau kompresi jantung; penanganan awal hipotermia pada bayi baru lahir dengan BBLR melalui penggunaan selimut atau fasilitasi dengan cara menghangatkan tubuh bayi dengan metode kangguru;
 - (2) penanganan awal infeksi tali pusat dengan mengoleskan alkohol atau povidon iodine serta menjaga luka tali pusat tetap bersih dan kering; dan
 - (3) membersihkan dan pemberian salep mata pada bayi baru lahir dengan infeksi gonore (GO).
- e) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c meliputi kegiatan penimbangan berat badan, pengukuran lingkar kepala, pengukuran tinggi badan, stimulasi deteksi dini, dan intervensi dini peyimpangan tumbuh kembang balita dengan menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP)
- f) Konseling dan penyuluhan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d meliputi pemberian komunikasi, informasi, edukasi (KIE) kepada ibu dan keluarga tentang perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, tanda bahaya pada bayi baru lahir, pelayanan kesehatan, imunisasi, gizi seimbang, PHBS, dan tumbuh kembang.

Pasal 21

Dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 huruf c, Bidan berwenang memberikan: penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana; dan pelayanan kontrasepsi oral, kondom, dan suntikan.

8. Patway Hipertensi pada Kehamilan

