

BAB II

TINJAUAN KASUS DAN TEORI

A. Tinjauan Kasus

Pada tanggal 13 Desember 2022, seorang ibu bernama Ny.S berumur 39 tahun G2P1Ab0Ah1 di wilayah binaan Puskesmas Imogiri I dikunjungi ibu bidan untuk dilakukan pemeriksaan kehamilannya dengan usia kehamilan 38 minggu. Ny.S mengatakan tidak ada keluhan, belum merasakan kenceng-kenceng. HPHT: 20-3-2022, dan HPL: 27-12-2022. Ny.S mengatakan ini merupakan kehamilan keduanya, anak pertama lahir spontan di BPM di tolong oleh bidan pada tahun 2010. Ny.S belum pernah menggunakan kontrasepsi suntik 3 bulanan selama 3 tahun sampai tahun 2013. Secara psikis ibu mengatakan merasa bahagia dengan kehamilannya. Hasil pemeriksaan didapatkan TD: 109/79mmHg, N: 82x/m, R: 20x/m, SB: 36,5⁰C. Dilakukan pemeriksaan fisik, BB: 50 kg, TB: 155 cm, pemeriksaan abdomen palpasi didapatkan TFU: 26 cm, DJJ 146x/m teratur, punggung sebelah kanan, dan presentasi kepala, belum masuk PAP. Ny.S diberikan tablet tambah darah diminum 1x1 tablet malam hari secara teratur, dan kalsium diminum 1x2 tablet pada pagi hari secara teratur, diberikan KIE: tanda-tanda persalinan, persiapan persalinan, KB Pasca salin, ASI eksklusif sampai dengan 6 bulan, IMD, cara mengobservasi kesejahteraan janin dengan gerakan 10, tanda-tanda bahaya dan apa yang harus dilakukan jika terjadi dan kontrol 1 minggu lagi atau sesuai anjuran dokter kandungan, jika tetap belum ada tanda-tanda persalinan. Selama masa hamil bidan melakukan kunjungan sekali pada ibu di trimester III umur kehamilan 38 minggu.

Sebelumnya, pada tanggal 8 Desember 2022 pukul 17.00 WIB, Ny. S datang kontrol ke RS PKU Bantul dengan ditemani suami sesuai dengan advis dokter kandungan pada saat kontrol sebelumnya jika belum ada tanda-tanda persalinan untuk kontrol lagi tanggal 22-12-2022. Ny.S menyatakan belum ada kenceng-kenceng dan gerakan janinnya masih baik lebih dari 10x dalam 12 jam, belum ada tanda-tanda proses persalinan yang lain juga. Dilakukan pengukuran TD: 126/74 mmHg, N: 82x/m, R: 20x/m, SB: 36,5⁰C, BB: 50 kg. Dilakukan pemeriksaan abdomen dengan palpasi didapatkan TFU 26 cm, punggung sebelah kanan, dan presentasi kepala, DJJ 151x/m teratur. Dokter Kandungan melakukan pemeriksaan USG didapatkan Preskep, presentasi kepala, punggung kanan, TBJ: 1800 gram, diagnose IUGR. Belum dilakukan pemeriksaan dalam dikarenakan ibu belum merasakan kenceng-kenceng dan belum menemukan tanda-tanda persalinan. Selain itu, dipemeriksaan lab ditemukan bahwa hasil HbSAg ibu positif

Pada tanggal 16 Desember 2022 bidan melakukan pementauan via WA dan didapatkan data ibu hamil belum merasakan kenceng- kenceng dan belum menemukan tanda-tanda persalinan. Pada tanggal 18 Desember 2022 bidan melakukan pementauan via WA dan didapatkan data ibu hamil belum merasakan kenceng- kenceng dan belum menemukan tanda-tanda persalinan. Bidan memastikan apa stiker P4K sudah lengkap persiapannya.

Pada tanggal 27 Desember 2022, Ibu mengatakan melalui whatsapp bahwa ibu sudah melahirkan di Rumah Sakit Sardjito tanggal 27 Desember 2022 dan menceritakan bahwa sebelumnya periksa ke PKU Bantul kemudian di rujuk ke RSUP Sardjito, Pada pukul 20.15 WIB bayi lahir secara spontan, jenis kelamin perempuan, lengkap dan menangis segera setelah lahir, BB 1789 gram, PB 42 cm, LK 29 cm, dilakukan IMD, diberikan Vit.K dan HB0. Ny. S setelah melahirkan dalam kondisi baik. Pemantauan persalinan dan nifas pertama dilakukan dengan media whatsapp. Posisi ibu tidak pulang ke rumah, tetapi pulang ke rumah saudaranya yang deket dengan Rumah Sakit Sarjito untuk memudahkan dalam mengantar ASI ke rumah sakit.

Pemantauan Nifas ke-2 pada tanggal 9 Januari 2023 jam 09.00 WIB, Ibu mengatakan saat ini ganti pembalut 5-6 kali perhari, TD 111/82 mmHg. Ibu mengatakan Bayi di rawat inap di NICU selama 9 hari karena terdeteksi ada cairan dikepala, RS Sardjito menjelaskan bahwa bayi terkena virus CMV. Bayi dari tanggal 28 Desember 2022 sampai 9 Januari 2023 menyusu dengan dot, tali pusat sudah puput, BB 1920 gram, LLA 7,5 cm, PB 42 cm, S 37,5⁰ C, LK 29 cm, bayi kuning karena terdapat tanda bahaya ikterik suspek CP4U COP. Pemantauan persalinan dan nifas pertama dan kedua dilakukan dengan media whatsapp. Ibu baru berkenan menjawab WA petugas pada tanggal 9 Januari 2023. Ibu juga mengatakan belum kontrol dan belum berkenan dikunjungi

Pemantauan Nifas ke 3, dilakukan kunjungan rumah pada tanggal 18 Januari 2023 jam 09.00. ibu mengatakan pada tanggal 16 Januari 2023 BB bayi 2160gram, LK 30 cm, LLA 7,8 cm, S 37,5⁰ C, TCB 14,3. Sedangkan, pada tanggal 17 Januari 2023, BB 2140 cm, LLA 7,8 cm, PB 43 cm, LK 30 cm, S 37,5⁰ C, TCB 17,2. Ibu mengatakan kondisi saat ini sehat, TD 110/85 mmHg, N 69 kali/menit.

Pemantauan nifas selanjutnya menggunakan media whatsapp pada tanggal 27 Januari 2023 yaitu postpartum hari ke 30 ibu mengatakan telah memutuskan belum mau KB jangka Panjang, akhirnya memutuskan menggunakan KB kondom.

B. Tinjauan Teori

1. Kehamilan

a. Definisi

Kehamilan merupakan serangkaian proses yang diawali dari konsepsi atau pertemuan antara ovum dengan sperma sehat dan dilanjutkan dengan fertilisasi, nidasi dan implantasi.¹³ Kehamilan yaitu suatu proses mata rantai yang bersinambungan 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. Kehamilan merupakan proses yang alamiah dari seorang wanita, namun selama kunjungan antenatal sebagian ibu hamil akan mengeluh mengenai ketidaknyamanan selama kehamilan.¹⁴

b. Perubahan fisiologi Trimester III

Menurut Vivian (2011) Perubahan fisiologi pada masa kehamilan Trimester III adalah :¹⁵

1) Minggu ke-28/bulan ke-7

Fundus berada dipertengahan antara pusat dan sifoudeus. Hemoroid mungkin terjadi. Pernapasan dada menggantikan pernapasan perut. Garis bentuk janin dapat dipalpsi. Rasa panas perut mungkin terasa.

2) Minggu ke-32/ bulan ke-8

Fundus mencapai prosesus sifoideus, payudara penuh, dan nyeri tekan. Sering BAK mungkin kembali terjadi. Selain itu, mungkin juga terjadi dispnea.

3) Minggu ke-38/ bulan ke-9

Penurunan bayi ke dalam pelvis/panggul ibu (*lightening*). Plasenta setebal hampir 4 kali waktu usia kehamilan 18 minggu dan beratnya 0,5-0,6 kg. Sakit punggung dan sering BAK meningkat. Braxton Hicks meningkat karena serviks dan segmen bawah rahim disiapkan untuk persalinan.

c. Perubahan psikologi Trimester III

Menurut Sulistyawati (2013) perubahan psikologis pada masa kehamilan Trimester III, yaitu:¹⁶

- 1) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.
- 2) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu
- 3) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.

- 4) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
 - 5) Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya.
 - 6) Merasa kehilangan perhatian
 - 7) Perasaan mudah terluka (sensitif) & Libido menurun
- d. 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.³

1) 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 (6080%) 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.

2) Pre-Eklamsia

Pada umumnya ibu hamil dengan usia kehamilan diatas 20 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darah diatas normal sering diasosiasikan dengan pre-eklamsia. Data atau informasi awal terkait dengan tekanan darah sebelum hamil akan sangat membantu petugas kesehatan untuk membedakan hipertensi kronis (yang sudah ada sebelumnya) dengan pre-eklamsia. Gejala dan tanda lain dari preeklamsia adalah sebagai berikut:

- a) Hiperfleksia
- b) Sakit kepala atau sefalgia yang tidak membaik dengan pengobatan umum.
- c) Gangguan penglihatan seperti pandangan mata kabur, skotomata, silau atau berkunang – kunang.
- d) Nyeri epigastrik.
- e) Oliguria (luaran kurang dari 500 ml/jam).

- f) Tekanan darah sistolik 20 – 30 mmHg dan diastolik 10 – 20 mmHg di atas normal.
- g) Proteinuria (>+1)
- h) Edema menyeluruh.

3) 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*):

- a) Trauma abdomen.
- b) Preeklamsia.
- c) Tinggi fundus uteri lebih besar dari usia kehamilan (UK).
- d) Bagian – bagian janin sulit diraba.
- e) Uterus tegang dan nyeri.
- f) Janin mati dalam rahim.

Menurut buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) (2015), tanda bahaya kehamilan adalah sebagai berikut:¹⁷

- 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

e. *Antenatal care* terpadu

Menurut PERMENKES RI Nomor 21 Tahun 2021 Pelayanan antenatal terpadu merupakan pelayanan kesehatan komprehensif dan berkualitas yang dilakukan melalui:

- 1) Pemberian pelayanan dan konseling kesehatan termasuk stimulasi dan gizi agar kehamilan berlangsung sehat dan janinnya lahir sehat dan cerdas

- 2) Deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan
- 3) Penyiapan persalinan yang bersih dan aman
- 4) Perencanaan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit/komplikasi
- 5) Penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan.
- 6) Melibatkan ibu hamil, suami dan keluarganya dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit/komplikasi.¹⁰

Menurut Permenkes (2021) semua ibu hamil dan suami/keluarga diharapkan ikut serta minimal 1x pertemuan. Untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar minimal 6 kali selama kehamilan. Kontak 6 kali dilakukan sebagai berikut:

- 1) 1x pada trimester I, yaitu sebelum usia kehamilan 14 minggu
- 2) 2x pada trimester II, yaitu selama umur kehamilan 14–28 minggu
- 3) 3x pada trimester ketiga, yaitu selama kehamilan 28–36 minggu dan setelah umur kehamilan 36 minggu.

Pelayanan antenatal bisa lebih dari 6 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.¹⁰

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. Dalam pemberian antenatal terpadu, diharapkan ibu hamil dapat melakukan kontak dengan dokter setidaknya minimal 1 kali, yaitu:

- 1) Kontak dengan dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi (SpOG)
- 2) Kontak dengan dokter gigi.
- 3) Kontak dengan dokter umum.
- 4) Kontak dengan dokter paru-paru.
- 5) Kontak dengan ahli gizi.¹⁸

f. Kehamilan dengan usia berisiko > 35 tahun

Kehamilan risiko tinggi merupakan suatu kehamilan yang memiliki risiko lebih besar dari biasanya (baik bagi ibu maupun bayinya) yang dapat mengakibatkan terjadinya penyakit atau kematian sebelum

maupun sesudah persalinan. Komplikasi ibu hamil dengan usia > 35 tahun memiliki risiko tinggi karena organ reproduksi telah mengalami penurunan fungsi, sehingga dapat memudahkan terjadinya komplikasi pada saat kehamilan dan persalinan misalnya hipertensi dalam kehamilan, persalinan lama karena kehamilan yang tidak kuat dan perdarahan karena otot rahim tidak berkontraksi dengan baik.¹

Ibu hamil dengan usia >35 tahun merupakan keadaan resiko tinggi terhadap kelainan bawaan serta adanya penyulit selama masa kehamilan, persalinan dan nifas. Pada usia ini ibu lebih beresiko mengalami komplikasi seperti Kehamilan postterm, Ketuban Pecah Dini (KPD), hipertensi, partus lama, partus macet dan perdarahan postpartum. Komplikasi ini dapat terjadi dikarenakan organ pada jalan lahir sudah tidak lentur dan memungkinkan mengalami penyakit.¹⁹ Pada usia >35 tahun dimana wanita mengalami penurunan fungsi organ reproduksi yang menyebabkan hormone yang tidak adekuat menghambat terjadinya kontraksi sehingga mengalami kehamilan serotinus. Hal ini diperkuat juga dengan hasil analisis chisquare diperoleh nilai $p = 0,001$ lebih kecil dari $\alpha = 0,05$, ini berarti H_0 ditolak dan H_a diterima. Dengan demikian ada hubungan antara umur dengan kejadian kehamilan serotinus².

g. Pedoman program perencanaan pencegahan komplikasi (P4K)

1) Pengertian

P4K dengan stiker adalah kepanjangan dari Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi, yang merupakan suatu kegiatan yang difasilitasi oleh bidan di desa dalam rangka peningkatan peran aktif suami, keluarga, dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil, termasuk perencanaan penggunaan KB pasca persalinan dengan menggunakan stiker sebagai media notifikasi sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir.

2) Tujuan umum adanya program P4K

Meningkatnya cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu hamil dan bayi baru lahir melalui peningkatan peran aktif keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi dan tanda bahaya kebidanan bagi ibu sehingga melahirkan bayi yang sehat.

3) Tujuan khusus adanya program P4K antara lain

- a) Terdatanya status ibu hamil dan terpasangnya stiker P4K disetiap rumah ibu hamil yang memuat informasi tentang lokasi tempat tinggal ibu hamil, identitas ibu hamil, taksiran persalinan, penolong persalinan, pendamping persalinan, fasilitas tempat persalinan, calon pendonor darah, transportasi yang akan digunakan serta pembiayaan.
 - b) Adanya perencanaan persalinan termasuk pemakaian metode KB pasca persalinan yang sesuai dan disepakati ibu hamil, suami, keluarga dan bidan.
 - c) Terlaksananya pengambilan keputusan yang cepat dan tepat bila terjadi komplikasi selama kehamilan, persalinan, dan nifas.
 - d) Meningkatkan keterlibatan tokoh masyarakat baik formal maupun non formal, dukun atau pendamping persalinan dan kelompok masyarakat dalam perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi dengan stiker, dan KB pasca salin sesuai dengan perannya masing-masing.
- 4) Manfaat P4K antara lain:
- a) Mempercepat berfungsinya desa siaga.
 - b) Meningkatkan cakupan pelayanan *Ante Natal Care* (ANC) sesuai standart.
 - c) Meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan terampil.
 - d) Meningkatkan kemitraan bidan dan dukun.
 - e) Tertanganinya kejadian komplikasi secara dini.
 - f) Meningkatnya peserta KB pasca salin.
 - g) Terpantaunya kesakitan dan kematian ibu dan bayi.
 - h) Menurunnya kejadian kesakitan dan kematian ibu serta bayi.
- h. Terapi yang diberikan pada ibu hamil selama masa kehamilan
- 1) Kalk (*Calcium lactate*)

Calcium lactate atau kalsium laktat adalah obat untuk mencegah atau mengobati rendahnya kadar kalsium dalam darah pada orang-orang yang tidak mendapatkan cukup kalsium dalam makanannya. *Calcium lactate* biasanya digunakan oleh ibu hamil dan menyusui, serta penderita penyakit yang diakibatkan tingkat kalsium rendah seperti osteoporosis, hipoparatiroidisme, dan penyakit otot tertentu. Kalk ini diberikan untuk memenuhi

kebutuhan kalsium terutama bagi ibu hamil. Kalk diberikan dengan dosis 1x1. Perlu diperhatikan bahwa penggunaan yang berlebihan akan mengganggu metabolisme.

2) Tablet Besi (Fe)

Zat besi adalah mineral yang dibutuhkan untuk membentuk sel darah merah (haemoglobin). Penyerapan besi dipengaruhi oleh banyak faktor. Protein hewani dan vitamin C meningkatkan penyerapan, sedangkan kopi, teh, susu, coklat, minuman bersoda dapat menghambat penyerapan zat besi di dalam tubuh, jadi waktu dan tepatnya untuk minum Fe yaitu pada malam hari menjelang tidur hal ini untuk mengurangi rasa mual dan timbul setelah ibu meminumnya.

i. Kehamilan *postterm*

1) Definisi

Istilah yang sering digunakan '*post-term*', '*post-dates*' dan '*prolonged*' pada kehamilan tidak dipahami secara universal memiliki arti yang sama. Konsep umum yang mendasari istilah-istilah ini adalah untuk menunjukkan kehamilan yang telah melewati titik waktu yang dianggap terlalu lama. Dalam istilah sebenarnya, usia kehamilan yang dianggap terlalu lama berkisar antara 41 hingga 43 minggu (287–301 hari). Sebagai salah satu contoh, Federasi Internasional Ginekologi dan Obstetri (FIGO) mendefinisikannya sebagai lebih dari 42 minggu (Walker and Gan 2017).⁴⁵

2) Insiden Kehamilan Posterm

Angka kejadian kehamilan lewat waktu kira-kira 10%, bervariasi antara 3,5-14%. Data statistik menunjukkan, angka kematian dalam kehamilan lewat waktu lebih tinggi ketimbang dalam kehamilan cukup bulan, di mana angka kematian kehamilan lewat waktu mencapai 5-7% (Bowe, Staff, and Sugulle 2020).⁴⁶

3) Etiologi Kehamilan Post term

Penurunan kadar esterogen pada kehamilan normal umumnya tinggi. Faktor hormonal yaitu kadar progesterone tidak cepat turun walaupun kehamilan telah cukup bulan, sehingga kepekaan uterus terhadap oksitosin berkurang (Anwar 2005).⁴⁷ Faktor lain adalah hereditas, karena post matur sering dijumpai pada suatu keluarga tertentu. Fungsi plasenta memuncak pada usia kehamilan 38-42 minggu, kemudian menurun setelah 42 minggu, terlihat dari menurunnya kadar estrogen dan laktogen plasenta. Terjadi juga spasme arteri spiralis plasenta. Akibatnya dapat terjadi gangguan

suplai oksigen dan nutrisi untuk hidup dan tumbuh kembang janin intrauterin. Sirkulasi uteroplasenta berkurang sampai 50%. Volume air ketuban juga berkurang karena mulai terjadi absorpsi. Keadaankeadaan ini merupakan kondisi yang tidak baik untuk janin. Risiko kematian perinatal pada bayi postmatur cukup tinggi, yaitu 30% prepartum, 55% intrapartum, dan 15% postpartum. Diduga faktor yang mempengaruhi adalah

- a) Faktor potensial yaitu adanya defisiensi hormone adenocorticotropik (ACTH) pada fetus atau defisiensi sulfate plasenta, dan kelainan system saraf pusat pada 7 janin yang sangat berperan misalnya pada keadaan anensefal.
 - b) Selain faktor yang mengganggu mulainya persalinan baik faktor ibu, plasenta maupun anak.
 - c) Sebagai keadaan langka yang berkaitan dengan kehamilan yang lama mencakup anensefalus hipoplasio adrenal janin, tidak adanya kelenjar hipofise pada janin, defisiensi sulfatase plasenta dan kehamilan ekstrauteri. Meskipun etiologi kehamilan yang lama tidak dipahami sepenuhnya, keadaan klinis ini memberikan suatu gambaran yang umum yaitu penurunan kadar estrogen pada kehamilan normal yang umumnya tinggi.
 - d) Faktor lain yang mempengaruhi dari berbagai faktor demografik ibu seperti paritas, graviditas, umur, riwayat post term sebelumnya dan status social ekonomi.
- 4) Penanganan Kehamilan Post term
- a) Setelah usia kehamilan > 40 minggu yang penting adalah monitoring janin sebaik-baiknya
 - b) Apabila tidak ada tanda-tanda insufisiensi plasenta, persalinan spontan dapat ditunggu dengan pengawasan ketat
 - c) Lakukan pemeriksaan dalam untuk menilai kematangan serviks, kalau sudah matang boleh dilakukan induksi persalinan³⁷ dengan atau tanpa amniotomi.
 - d) Tindakan Operasi Sectio Cesarea dapat dipertimbangkan pada:
 - (1) Insufisiensi plasenta dengan keadaan serviks belum matang
 - (2) Pembukaan yang belum lengkap
 - (3) Persalinan lama
 - (4) Terjadi tanda gawat janin
 - (5) Primigravida tua

- (6) Kematian janin dalam kandungan
- (7) Preeklamsia
- (8) Hipertensi menahun
- (9) Infertilitas
- (10) Kesalahan letak janin.

j. IUGR (*Intrauterine Growth Restriction*)

1) Definisi

IUGR atau Intrauterine Growth Restriction adalah istilah yang digunakan untuk menjelaskan suatu kondisi dimana janin lebih kecil dari yang diharapkan untuk jumlah bulan kehamilan. Pertumbuhan kembangan bayi terjadi sangat lambat dan tidak sesuai dengan usia kehamilan seharusnya (Arantika, 2019).

2) Etiologi

a) Gangguan fungsi plasenta

Sebagai media penyalur nutrisi dan semua kebutuhan gizi yang diperlukan bayi, apabila plasenta mengalami gangguan maka akan langsung mengganggu tumbuh kembang janin. Beberapa gangguan seperti pembuluh darah plasenta yang tidak tumbuh sesuai usia dimana pembuluh darah justru mengecil akan mengurangi suplai darah ke janin. Selain itu, melalui plasenta bayi bisa mengeluarkan hasil ekskresinya seperti urine.

b) Kekurangan nutrisi selama kehamilan

Nutrisi memegang peran penting dalam pertumbuhan kembangan janin selama kehamilan. Melalui nutrisi yang diperoleh oleh ibu hamil. Janin akan ikut menggunakannya. Sayangnya, pada awal kehamilan gangguan emesis sering kali mengganggu kebutuhan gizi janin dan ibu. Meski mual dan muntah tak tertahankan, ibu hamil harus tetap membiasakan diri memakan makanan dengan kandungan nutrisi yang cukup.

c) Usia kehamilan

IUGR ini sering kali menyerang wanita dengan usia hamil dibawah atau diatas normal. Wanita yang hamil di usia muda 17 tahun dan wanita usia lanjut yakni 12 diatas 35 tahun sangat berpotensi terkena IUGR. (Arantika, 2019).

3) Patofisiologi

Pada kelainan sirkulasi antara ibu dan janin terjadi gangguan akibat dari perkembangan plasenta yang abnormal, pasokan

oksigen, masukan nutrisi, dan pengeluaran hasil metabolik menjadi abnormal. Janin menjadi kekurangan oksigen dan nutrisi pada trimester akhir sehingga timbul PJT (Prawirohardjo, 2014).

4) Manifestasi klinik

Bayi-bayi lahir IUGR biasanya tampak kurus, pucat dan berkulit keriput, tali pusat umumnya tampak rapuh dan layuh dibandingkan pada bayi normal yang tampak tebal dan kuat, IUGR muncul sebagai akibat dari berhentinya pertumbuhan jaringan atau sel.

5) Prognosis

Pada kasus-kasus IUGR yang sangat parah dapat berakibat janin lahir mati atau jika bertahan hidup dapat memiliki efek buruk jangka panjang dalam masa kanak-kanak nantinya. Kasus IUGR dapat muncul sekalipun ibu dalam kondisi sehat.

6) Diagnosis

Untuk menegakan diagnosa perlu dilakukan pemeriksaan dengan menanyakan riwayat ibu apakah faktor-faktor ibu, periksa tinggi fundus uteri (TFU) apakah sesuai atau tidak dengan usia kehamilan, lakukan Ultrasonografi (USG) fetomaternal, periksa denyut jantung janin dengan menggunakan Doppler velocimetry.

7) Pencegahan

Hal-hal yang harus diperhatikan untuk mencegah IUGR, adalah sebagai berikut: usahakan hidup sehat, hindari stress selama kehamilan, hindari mengkonsumsi obat-obatan yang tidak dianjurkan selama hamil, olahraga teratur, hindari alkohol, rokok dan narkoba, periksakan kehamilan secara rutin.

8) Penanganan

Penanganan harus segera dilakukan apabila janin terkena IUGR. Pada kondisi hamil tua, ibu hamil biasanya disarankan untuk bedrest dan mempersiapkan persalinan. Beberapa terapi lain seperti pengobatan aspirin dan konsumsi suplemen minyak ikan juga membantu menunjang kebutuhan gizi janin (Arantika, 2019).

2. Persalinan

1) Definisi

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam waktu 18 jam, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.²⁰ Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil

konsepsi (janin dan plasenta) yang dapat hidup ke dunia luar dari dalam rahim melalui jalan lahir dengan LBK atau dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat, serta tidak melukai ibu dan bayi, yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.²¹

2) Jenis – jenis persalinan

1) Persalinan Normal

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin.²² Persalinan normal dimulai dengan kala I persalinan yang didefinisikan sebagai pemulaan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks yang progresif, dan diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan normal disebut juga sebagai persalinan spontan, yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri dan melalui jalan lahir.²²

2) Persalinan Buatan

Persalinan buatan adalah proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar, misalnya ekstraksi dengan forceps atau dilakukan operasi *section caesarea*.²²

3) Persalinan Anjuran

Persalinan anjuran adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan misalnya pemberian pitocin dan prostaglandin.²²

3) Tanda – tanda persalinan

Tanda pendahuluan adalah :²²

- 1) *Ligtening* atau *setting* atau *dropping*, yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul.
- 2) Perut kelihatan lebih melebar dan fundus uteri turun.
- 3) Sering buang air kecil atau sulit berkemih (*polakisuria*) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin
- 4) Perasaan nyeri di perut dan di pinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah uterus, kadang-kadang disebut “*false labor pains*”.
- 5) Serviks menjadi lembek; mulai mendatar; dan sekresinya bertambah, mungkin bercampur darah (*bloody show*).

Tanda Pasti Persalinan meliputi:

- 1) Rasa nyeri oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur.
- 2) Keluar lendir bercampur darah yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks.

- 3) Kadang-kadang, ketuban pecah dengan sendirinya.
 - 4) Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan telah ada pembukaan.
- 4) Factor-faktor yang mempengaruhi persalinan
- Factor-faktor yang mempengaruhi persalinan, yaitu factor *power*, *passenger*, *passage*, dan *psyche*²²
- 1) Faktor *Power* (Kekuatan)

Power adalah kekuatan janin yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan ialah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerja sama yang baik dan sempurna.
 - 2) Faktor *Passenger* (Bayi)

Faktor lain yang berpengaruh terhadap persalinan adalah faktor janin, yang meliputi sikap janin, letak janin, presentasi janin, bagian terbawah janin, dan posisi janin.
 - 3) Faktor *Passage* (Jalan Lahir)

Passage atau faktor jalan lahir dibagi atas:

 - a) Bagian keras : tulang-tulang panggul (rangka panggul).
 - b) Bagian lunak: otot-otot, jaringan-jaringan, dan ligament-ligament.
 - 4) Faktor *psyche* (Psikis)

Psikis ibu bersalin sangat berpengaruh dari dukungan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama bersalin dan kelahiran anjurkan merreka berperan aktif dalam mendukung dan mendampingi langkah-langkah yang mungkin akan sangat membantu kenyamanan ibu, hargai keinginan ibu untuk didampingi, dapat membantu kenyamanan ibu, hargai keinginan ibu untuk didampingi.²²
 - 5) Posisi Ibu (*Positioning*)

Posisi ibu dapat memengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Perubahan posisi yang diberikan pada ibu bertujuan untuk menghilangkan rasa letih, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi.²²
- 5) Tahap persalinan
- Tahapan persalinan dibagi menjadi 4 kala, yaitu:²⁷
- 1) Kala I

Pada kala I persalinan dimulainya proses persalinan yang ditandai dengan adanya kontraksi yang teratur, adekuat, dan menyebabkan perubahan pada serviks hingga mencapai pembukaan lengkap, fase Kala I Persalinan terdiri dari Fase laten yaitu dimulai dari awal kontraksi hingga pembukaan mendekati 4cm, kontraksi

mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20-30 detik, tidak terlalu mules. Fase aktif dengan tanda-tanda kontraksi diatas 3 kali dalam 10 menit, lamanya 40 detik atau lebih dan mules, pembukaan 4cm hingga lengkap, penurunan bagian terbawah janin, waktu pembukaan serviks sampai pembukaan lengkap 10 cm, fase pembukaan dibagi menjadi 2 fase, yaitu fase laten : berlangsung selama 8 jam, pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai pembukaan 3 cm. Fase aktif : dibagi dalam 3 fase yaitu fase akselerasi lamanya 2 jam dengan pembukaan 3 menjadi 4 cm, fase dilatasi maksimal lamanya 2 jam dengan pembukaan 4 menjadi 9 cm, fase deselerasi lamanya 2 jam pembukaan dari 9 sampai pembukaan lengkap. Lama kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam dengan pembukaan 1 cm per jam, pada multigravida 8 jam dengan pembukaan 2 cm per jam.

Komplikasi yang dapat timbul pada kala I yaitu: ketuban pecah dini, tali pusat menubung, obstruksi plasenta, gawat janin, inersia uteri.²²

2) Kala II

Gejala dan tanda kala II, telah terjadi pembukaan lengkap tampak bagian kepala janin melalui pembukaan introitus vagina, ada rasa ingin meneran saat kontraksi, ada dorongan pada rectum atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva dan springter ani membuka, peningkatan pengeluaran lendir dan darah. Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi. Pada kala pengeluaran janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otototot dasar panggul yang secara *reflektoris* menimbulkan rasa mencedan, karena tekanan pada *rectum* ibu merasa seperti mau buang air besar dengan tanda anus membuka. Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, perinium membuka, perineum meregang. Dengan adanya his ibu dan dipimpin untuk mencedan, maka lahir kepala diikuti oleh seluruh badan janin.²³

Komplikasi yang dapat timbul pada kala II yaitu: eklamsi, kegawatdaruratan janin, tali pusat menubung, penurunan kepala terhenti, kelelahan ibu, persalinan lama, *ruptur uteri*, *distocia* karena kelainan letak, infeksi intra partum, *inersia uteri*, tanda-tanda lilitan tali pusat.²³

3) Kala III

Batasan *kala III*, masa setelah lahirnya bayi dan berlangsungnya proses pengeluaran plasenta. Tanda-tanda pelepasan plasenta : terjadi perubahan bentuk uterus dan tinggi fundus uteri, tali pusat memanjang atau menjulur keluar melalui vagina atau vulva, adanya semburan darah secara tiba-tiba kala III, berlangsung tidak lebih dari 30menit. Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 menit-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta, disertai pengeluaran darah. Komplikasi yang dapat timbul pada kala III adalah perdarahan akibat atonia uteri, retensio plasenta, perlukaan jalan lahir, tanda gejala tali pusat.²³

4) Kala IV

Dimulainya dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Komplikasi yang dapat timbul pada kala IV adalah sub involusi dikarenakan oleh uterus tidak berkontraksi, perdarahan yang disebabkan oleh atonia uteri, laserasi jalan lahir, sisa plasenta.²⁴

3. Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai APGAR >7 dan tanpa cacat bawaan.²³

b. Perawatan neonatal esensial pada saat lahir

Bayi Baru Lahir (BBL) sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan oleh paparan atau kontaminasi mikroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Beberapa mikroorganisme harus diwaspadai karena dapat ditularkan lewat percikan darah dan cairan tubuh misalnya virus HIV, Hepatitis B dan Hepatitis C. Sebelum menangani BBL, pastikan penolong persalinan telah melakukan upaya pencegahan infeksi berikut.²⁶

1) Persiapan Diri

- a) Sebelum dan setelah bersentuhan dengan bayi, cuci tangan dengan sabun kemudian keringkan
- b) Memakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.

2) Persiapan Alat

Pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan, terutama klem, gunting, alat-alat resusitasi dan benang tali pusat telah di desinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau sterilisasi. Gunakan bola karet pengisap yang baru dan bersih jika akan melakukan pengisapan lendir dengan alat tersebut. Jangan menggunakan bola karet pengisap yang sama untuk lebih dari satu bayi. Bila menggunakan bola karet pengisap yang dapat digunakan kembali, pastikan alat tersebut dalam keadaan bersih dan steril. Pastikan semua pakaian, handuk, selimut dan kain yang digunakan untuk bayi sudah dalam keadaan bersih dan hangat. Demikian pula halnya timbangan, pita pengukur, termometer, stetoskop dan benda-benda lain yang akan bersentuhan dengan bayi, juga bersih dan hangat. Dekontaminasi dan cuci semua alat setiap kali setelah digunakan.

3) Persiapan Tempat

Gunakan ruangan yang hangat dan terang, siapkan tempat resusitasi yang bersih, kering, hangat, datar, rata dan cukup keras, misalnya meja atau dipan. Letakkan tempat resusitasi dekat pemancar panas dan tidak berangin, tutup jendela dan pintu. Gunakan lampu pijar 60 watt dengan jarak 60 cm dari bayi sebagai alternatif bila pemancar panas tidak tersedia.

4) Penilaian Awal

Untuk semua BBL, lakukan penilaian awal dengan menjawab 4 pertanyaan:²⁶

- a) Sebelum bayi lahir: Apakah kehamilan cukup bulan? Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium?
- b) Segera setelah bayi lahir: sambil meletakkan bayi di atas kain bersih dan kering yang telah disiapkan pada perut bawah ibu.

Segera lakukan penilaian berikut:

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

Dalam bagan alur manajemen BBL dapat dilihat alur penatalaksanaan BBL mulai dari persiapan, penilaian dan keputusan serta alternatif tindakan yang sesuai dengan hasil penilaian keadaan BBL. Untuk BBL cukup bulan dengan air ketuban jernih yang langsung menangis atau bernapas spontan dan bergerak aktif cukup dilakukan manajemen BBL normal. Jika bayi kurang bulan (< 37 minggu/259 hari) atau bayi lebih bulan (\geq 42 minggu/283 hari) dan atau air ketuban bercampur mekonium dan

atau tidak bernapas atau megap-megap dan atau tonus otot tidak baik lakukan manajemen BBL dengan Asfiksia.

c. Klasifikasi nilai APGAR

- 1) Nilai 7-10 : bayi normal
- 2) Nilai 4-6 : bayi asfiksia ringan-sedang
- 3) Nilai 0-3 : bayi asfiksia berat

d. Asuhan bayi baru lahir

1) Pencegahan infeksi

Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan mikroorganisme yang terpapar selama proses persalinan berlangsung ataupun beberapa saat setelah bayi lahir.

2) Menilai bayi baru lahir

Penilaian bayi baru lahir dilakukan dalam waktu 30 detik pertama. Keadaan yang harus dinilai pada saat bayi baru lahir sebagai berikut :

- a) Apakah bayi cukup bulan?
- b) Apakah air ketuban jernih, tidak tercampur mekonium?
- c) Apakah bayi menangis atau bernapas?
- d) Apakah tonus otot baik?

3) Menjaga bayi tetap hangat

Mekanisme kehilangan panas tubuh bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

- a) Evaporasi adalah kehilangan panas dapat terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi karena setelah lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan, bayi yang terlalu cepat dimandikan, dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti.
- b) Konduksi adalah kehilangan panas tubuh bayi melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin
- c) Konveksi adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin
- d) Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan dekat benda-benda yang mempunyai suhu yang lebih rendah dari suhu tubuh bayi

4) Perawatan tali pusat

Lakukan perawatan tali pusat dengan cara mengklemp dan memotong tali pusat setelah bayi lahir, kemudian mengikat tali pusat tanpa membubuhi apapun.

5) Inisiasi menyusui dini

Segera setelah bayi lahir dan tali pusat diikat. Kenakan topi pada bayi dan bayi diletakkan secara tengkurap di dada ibu, kontak langsung antara kulit dada bayi dan kulit dada ibu. Bayi akan merangkak mencari puting susu ibu dan menyusui. Suhu ruangan tidak boleh $< 26^{\circ}\text{C}$.

6) Pencegahan infeksi mata

Dengan pemberian salep mata antibiotic tetrasiklin 1 % pada kedua mata, setelah satu jam kelahiran bayi.

7) Pemberian suntikan Vitamin K1

Bayi baru lahir harus diberi suntikan vitamin K1 mg intramuskuler, di paha kiri anterolateral segera setelah pemberian salep mata. Suntikan vitamin K1 untuk mencegah perdarahan bayi baru lahir akibat defisiensi vitamin K.

8) Pemberian imunisasi bayi baru lahir

Imunisasi HB-0 diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K1 dengan dosis 0,5 ml intramuskuler di paha kanan anterolateral. Imunisasi HB-0 untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi. Pelayanan kesehatan atau kunjungan ulang bayi baru lahir dilaksanakan minimal 3 kali :¹⁷

- a) Saat bayi usia 6-48 jam
- b) Saat bayi usia 3-7 hari
- c) Saat bayi usia 8-28 hari

4. Nifas

a. Definisi

Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan. Masa nifas atau masa *postpartum* disebut juga *puerperium* yang berasal dari bahasa latin yaitu dari kata "*puer*" yang artinya bayi dan "*parous*" berarti melahirkan. Nifas yaitu darah yang keluar dari rahim karena sebab melahirkan atau setelah melahirkan. Darah nifas yaitu darah yang tertahan tidak bisa keluar dari rahim dikarenakan hamil. maka ketika melahirkan, dara tersebut keluar sedikit demi sedikit. Darah yang keluar sebelum melahirkan disertai tanda-tanda kelahiran, maka itu termasuk darah nifas.²⁷

b. Tujuan asuhan masa nifas

Menurut Prawirohardjo (2016), tujuan asuhan masa nifas antara lain:²¹

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologi.

- 2) Melaksanakan skrinning secara komprehensif, deteksi dini mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi.
 - 3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehat.
 - 4) Memberikan pelayanan keluarga berencana.
- c. Tahapan masa nifas
- Tahapan masa nifas menurut Rukiah (2010) terdiri dari:²³
- 1) Puerperium Dini (*immediate puerperium*): kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
 - 2) Puerperium intermedial (*early puerperium*): Kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu
 - 3) Remote puerperium (*later puerperium*) : Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil dan waktu persalinan mempunyai komplikasi.
- d. Perubahan fisiologi masa nifas
- Dalam masa nifas, alat alat genetalia internal maupun externa akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan alat-alat genital ini kembali ke ukuran sebelum hamil disebut involusi. Perubahan yang terjadi di dalam tubuh seorang wanita diantaranya uterus atau rahim yang berbobot 60 gram sebelum kehamilan secara perlahan-lahan bertambah besarnya hingga 1 kg selama masa kehamilan dan setelah persalinan akan kembali ke keadaan sebelum hamil. Seorang bidan dapat membantu ibu untuk memahami perubahan-perubahan ini.²⁷
- e. Involusi uterus
- Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan bobot hanya 60 gr. Involusi uteri dapat juga dikatakan sebagai proses kembalinya uterus pada keadaan semula atau keadaan sebelum hamil involusi uterus melibatkan reorganisasi dan penanggalan desidua atau endometrium dan pengelupasan lapisan pada tempat implantasi plasenta sebagai tanda penurunan ukuran dan berat serta perubahan tembat uterus, warna dan jumlah lochea.
- Perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah sebagai berikut:²⁷
- 1) Plasenta lahir tinggi fundus uteri setinggi pusat, berat uterus 1000 gr, diameter uterus 12,5 cm

- 2) 7 hari (1 minggu) tinggi fundus uteri pertengahan pusat dan simpisis berat uterus 500 gr, diameter uterus 7,5 cm.
- 3) 14 hari (2 minggu) tinggi fundus uteri tidak teraba berat uterus 350 gr, diameter uterus 5 cm
- 4) 6 minggu tinggi fundus uteri normal, berat uterus 60gr, diameter uterus 2,5 cm.

f. Involusi tempat plasenta

Setelah persalinan tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata dan kira-kira sebesar permukaan tangan. Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu ke 2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. Penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus. Biasanya luka yang demikian sembuh dengan menjadi parut, tetapi luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena luka ini sembuh dengan cara dilepaskan dari dasarnya tetapi diikuti pertumbuhan endometrium baru di bawah permukaan luka. Endometrium ini tumbuh dari pinggir luka dan juga dari sisa-sisa kelenjar pada dasar luka. Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi selama sekitar 6 minggu. Epitelium berproliferasi meluas ke dalam dari sisi tempat ini dan dari lapisan sekitar uterus serta dibawah tempat implantasi plasenta dari sisa-sisa kelenjar basilar endometrial di dalam desidua basalis. Pertumbuhan kelenjar endometrium ini berlangsung dalam desidua basalis. Pertumbuhan kelenjar ini pada hakekatnya mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta yang menyebabkan menjadi terkelupas dan tidak dipakai lagi pada pembuangan lochea.²⁷

g. Perubahan ligament

Ligamen-ligmen dan diafragma pelvis serta fasia yang merenggang sewaktu kehamilan dan partus, setelah jalan lahir, berangsur-angsur menciut kembali seperti sedia kala. Tidak jarang ligamentum rutundum menjadi kendur dan mengakibatkan letak uterus menjadi retroflexi. Tidak jarang pula wanita mengeluh “kandungannya turun” setelah melahirkan oleh karena ligament, fasia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur.²⁷

1) Perubahan pada serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Perubahan yang terdapat pada serviks postpartum adalah bentuk serviks yang akan menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak

berkontraksi, sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri terbentuk semacam cincin. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Beberapa hari setelah persalinan, ostium externum dapat dilalui oleh 2 jari, pinggir-pinggirnya tidak rata tetapi retak retak karena robekan dalam persalinan. Pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh 1 jari saja, dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari canalis cervikalis. Pada serviks terbentuk sel-sel otot baru yang mengakibatkan serviks memanjang seperti celah. Karena proses hiperpalpasi ini, arena retraksi dari serviks, robekan serviks menjadi sembuh. Walaupun begitu, setelah involusi selesai, ostium externum tidak serupa dengan keadaan sebelum hamil, pada umumnya ostium externum lebih besar dan tetap ada retak-retak dan robekan-robekan pada pinggirnya, terutama pada pinggir sampingnya. Oleh robekan ke samping ini terbentuk bibir depan dan bibir belakang pada serviks.²⁷

2) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lochea mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat dari kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochea mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lochea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lochea mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran lochea dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya, seperti berikut:²⁷

- a) Lochea Rubra, waktu 1-3 hari warna merah kehitaman, ciricirinya terdiri dari darah segar, jaringan sisa-sisaplasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan sisa mekoneum.
- b) Sanguinolenta, waktu 4-7 hari warna merah kecoklatandan berlendir, ciri-cirinya sisa darah bercampur lendir.
- c) Serosa, waktu 7-14 warna kuning kecoklatan, ciri-cirinya lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan/ laserasi plasenta
- d) Alba, waktu >14 hari berlangsung 2-6 minggu postpartum warna putih, ciri-cirinya mengandung leukosit, sel desidua dan sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.
- e) Lochea purulenta, ciri-cirinya terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.

f) Lochiastasis, yaitu lochea yang tidak lancar keluarnya.

3) Perubahan pada vulva, vagina dan perinium

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur, setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan kembali sementara labia menjadi lebih menjol. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi kurunkulae motiformis yang khas bagi wanita multipara. Segera setelah melahirkan, perinium menjadi kendur karena sebelumnya tegang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Perubahan pada perinium pasca melahirkan terjadi pada saat perinium mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan atau dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Pada postnatal hari ke-5, perinium sudah mendapatkan kembali sebageaian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur dari pada keadaan sebelum melahirkan. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama. Mecipun demikian latihan otot perinium dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian.²³

h. Peran dan tanggungjawab bidan pada masa nifas

Menurut Marni (2013), peran dan tanggung jawab bidan pada masa nifas antara lain :²⁸

- 1) Mendukung dan memantau kesehatan fisik ibu dan bayi.
- 2) Mendukung dan memantau kesehatan psikologis, emosi, sosial, serta memberikan semangat pada ibu.
- 3) Membantu ibu dalam menyusui bayinya.
- 4) Membangun kepercayaan diri ibu dalam perannya sebagai ibu.
- 5) Mendukung pendidikan kesehatan termasuk pendidikan dalam perannya sebagai orangtua.
- 6) Sebagai promotor hubungan antara ibu dan bayi serta keluarga.
- 7) Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.
- 8) Membuat kebijakan, perencana program kesehatan yang berkaitan dengan ibu dan anak serta mampu melakukan kegiatan administrasi.
- 9) Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan.

- 10) Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktekkan kebersihan yang aman.
 - 11) Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosa dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan.
 - 12) Memberikan asuhan secara professional.
- i. Kunjungan masa nifas
- Menurut kebijakan pemerintah, kunjungan masa nifas antara lain:²³
- 1) Kunjungan ke-1 (6-8 jam setelah persalinan): mencegah adanya perdarahan masa nifas karena antonia uteri; mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan: rujuk bila perdarahan berlanjut; memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena antonia uteri; pemberian ASI awal; melakukan hubungan antara ibu dan bayinya; menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi; jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayinya untuk 2 jam pertama setelah lahir, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan sehat.
 - 2) Kunjungan ke-2 (6 hari setelah persalinan): memastikan involusi uteri berjalan dengan normal; uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau; menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal; memastikan ibu cukup makanan, cairan, dan istirahat; memastikan ibu menyusui dengan baik dan memperhatikan tanda-tanda penyulit, memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
 - 3) Kunjungan ke-3 (2 minggu setelah persalinan): sama seperti diatas
 - 4) Kunjungan ke-4 (6 minggu setelah persalinan): menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ibu tau atau yang bayi alami; memberikan konseling KB secara dini.
- j. Komplikasi masa nifas
- 1) Perdarahan masa nifas

Perdarahan ini bisa terjadi segera begitu ibu melahirkan. Terutama di dua jam pertama yang kemungkinannya sangat tinggi. Itulah sebabnya, selama 2 jam setelah bersalin ibu belum boleh keluar dari kamar bersalin dan masih dalam pengawasan. “yang diperhatikan adalah tinggi rahim, ada perdarahan atau tidak, lalu tekanan darah dan nadinya. Bila terjadi perdarahan, maka

tinggi rahim akan bertambah naik, tekanan darah menurun, dan denyut nadi ibu menjadi cepat. Normalnya tinggi rahim setelah melahirkan adalah sama dengan pusar atau 1 cm diatas pusar.

- 2) Infeksi masa nifas, adalah infeksi peradangan pada semua alat genitalia pada masa nifas oleh sebab apapun dengan ketentuan meningkatnya suhu badan melebihi 38°C tanpa menghitung hari pertama dan berturut-turut selama 2 hari
- 3) Keadaan abnormal pada payudara yaitu seperti bendungan asi, mastitis dan abses payudara
- 4) Demam, pada masa nifas mungkin terjadi peningkatan suhu badan atau keluhan nyeri. Demam pada masa nifas menunjukkan adanya infeksi, yang tersering infeksi kandung dan saluran kemih. ASI yang tidak keluar terutama pada hari ke 3-4, terkadang menyebabkan demam disertai payudara membengkak dan nyeri. Demam ASI ini umumnya berakhir setelah 24 jam.

5) Pre Eklampsia dan Eklampsia

Biasanya orang menyebutnya keracunan kehamilan. Ini ditandai dengan munculnya tekanan darah tinggi, oedema atau pembengkakan pada tungkai, dan bila diperiksa laboratorium urinya terlihat mengandung protein. Dikatakan eklampsia bila sudah terjadi kejang, bila hanya gejalanya saja maka dikatakan preeklampsia. Selama masa nifas dihari ke-1 sampai ke 28, ibu harus mewaspadaai munculnya gejala preeklampsia. Jika keadaannya bertambah berat bisa terjadi eklampsia, dimana kesadaran hilang dan tekanan darah meningkat tinggi sekali. Akibatnya, pembuluh darah otak bisa pecah, terjadi oedema pada paru-paru yang memicu batuk berdarah. Semua ini bisa menyebabkan kematian

6) Infeksi dari vagina ke Rahim

Adanya lochea atau darah dan kotoran pada masa nifas inilah yang mengharuskan ibumembersihkan daerah vaginanya dengan benar, seksama setelah BAK atau BAB, bila tidak dikhawatirkan vagina akan mengalami infeksi.

k. Posisi yang benar dalam menyusui

Menyusui yang benar ada beberapa macam posisi menyusui, antara lain:³⁰

- 1) Posisi berbaring miring

Posisi ini amat baik untuk pemberian ASI yang pertama kali atau bila ibu merasakan lelah atau nyeri. Ini biasanya dilakukan pada ibu menyusui yang melahirkan melalui operasi sesar. Yang harus diwaspadai dari teknik ini adalah pertahankan jalan nafas bayi agar tidak tertutupi oleh payudara ibu. Oleh karena itu, ibu harus selalu didampingi oleh orang lain ketika menyusui.

2) Posisi duduk

Penting untuk memberikan topangan atau sandaran pada punggung ibu, dalam posisinya agak tegak lurus (90^0) terhadap pangkuannya. Ini mungkin dapat dilakukan dengan duduk bersila diatas tempat tidur atau dilantai, atau duduk dikursi.

1. Langkah-langkah menyusui yang benar

Berberapa langkah yang benar dalam menyusui bayi antara lain:³¹

- 1) Sebelum menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan areola sekitarnya. Cara ini mempunyai manfaat sebagai desinfektan dan menjaga kelembaban puting susu.
- 2) Bayi diletakkan menghadap perut ibu/payudara.
- 3) Ibu duduk atau berbaring santai. Bila duduk lebih baik menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak tergantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi.
- 4) Bayi dipegang dengan satu lengan, kepala bayi terletak pada lengkung siku ibu dan bokong bayi terletak pada lengan. Kepala bayi tidak boleh tertengadah dan bokong bayi ditahan dengan telapak tangan ibu.
- 5) Satu tangan bayi diletakkan dibelakang badan ibu, dan yang satu di depan.
- 6) Perut bayi menempel badan ibu, kepala bayi menghadap payudara (tidak hanya membelokkan kepala bayi).
- 7) Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus.
- 8) Ibu menatap bayi dengan kasih sayang.
- 9) Payudara dipegang dengan ibu jari di atas dan jari yang lain menopang di bawah. Jangan menekan puting susu atau areolanya saja.
- 10) Bayi diberi rangsangan untuk membuka mulut (*rooting reflek*) dengan cara:
 - a) Menyentuh pipi dengan puting susu, atau
 - b) Menyentuh sisi mulut bayi.
 - c) Setelah bayi membuka mulut, dengan cepat kepala bayi didekatkan ke payudara ibu dengan puting serta areola dimasukkan ke mulut bayi.

- d) Usahakan sebagian besar areola dimasukkan ke mulut bayi, susu berada dibawah langit-langit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar dari tempat penampungan ASI yang terletak dibawah areola.
- e) Setelah bayi mulai menghisap, payudara tak perlu dipegang atau disangga lagi.

11) Melepas isapan bayi

Setelah menyusui pada satu payudara sampai terasa kosong, sebaiknya ganti menyusui pada payudara yang lain. Cara melepas isapan bayi :

- a) Jari kelingking ibu dimasukkan ke mulut bayi melalui sudut mulut atau,
- b) Dagu bayi ditekan kebawah.

12) Menyusui berikutnya mulai dari payudara yang belum terkosongkan (yang dihisap terakhir).

13) Setelah selesai menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan areola sekitarnya. Biarkan kering dengan sendirinya.

14) Menyendawakan bayi

Tujuan menyendawakan bayi adalah mengeluarkan udara dari lambung supaya bayi tidak muntah (gumoh-jawa) setelah menyusui. Cara menyendawakan bayi :

- a) Bayi digendong tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggungnya ditepuk perlahan-lahan atau,
- b) Bayi tidur tengkurap dipangkuan ibu, kemudian punggungnya ditepuk perlahan-lahan.

m. Lama dan frekuensi menyusui

Sebaiknya bayi disusui secara *on demand* karena bayi akan menentukan sendiri kebutuhannya. Ibu harus menyusui bayinya bila bayi menangis bukan karena sebab lain (kencing, kepanasan/keedinginan, atau sekedar ingin didekap) atau ibu sudah merasa perlu menyusui bayinya. Bayi yang sehat dapat mengosongkan satu payudara sekitar 5-7 menit dan ASI dalam lambung bayi akan kosong dalam waktu 2 jam. Pada awalnya bayi akan menyusui dengan jadwal yang tak teratur, dan akan mempunyai pola tertentu setelah 1-2 minggu kemudian.³¹

5. Keluarga Berencana

a. Definisi

Keluarga *berencana* merupakan usaha untuk mengukur jumlah anak dan jarak kelahiran anak yang diinginkan. Maka dari itu, pemerintah mencanangkan program atau cara untuk mencegah dan menunda kehamilan.³²

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.³³ 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.³³

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.³⁷

c. Kontrasepsi

Kontrasepsi merupakan usaha-usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan. Usaha-usaha itu dapat bersifat sementara dan permanen. Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim.³⁴

d. Macam-macam kontrasepsi

1) Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana terdiri dari 2 yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat dan metode kontrasepsi dengan alat. Metode kontrasepsi tanpa alat antara lain: Metode Amenorrhoe Laktasi (MAL), *Couitus Interruptus*, Metode Kalender, Metode Lendir Serviks, Metode Suhu Basal Badan, dan *Simptothermal* yaitu perpaduan antara suhu basal dan lendir servik. Sedangkan metode kontrasepsi sederhana dengan alat yaitu kondom, diafragma, cup serviks dan spermisida.

2) Metode Kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi 2 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 hormone yang berisi progesteron terdapat pada pil, suntik dan *implant*.

3) Metode Kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Implan

Metode kontrasepsi ini adalah Metode Kontrasepsi jangka Panjang (MKJP). Implan merupakan Alat Kontrasepsi Hormonal, dimana berupa dua kapsul yang mengandung hormone KB dan di pasang di bawah kulit. Jangka waktu efektifitas alat KB Implan adalah 3 tahun, dan bisa di berikan segea pada ibu Pasca Salin.

4) Metode Kontrasepsi Mantap

Metode kontrasepsi mantap terdiri dari 2 macam yaitu Metode Operatif Wanita (MOW) dan Metode Operatif Pria (MOP). MOW sering dikenal dengan tubektomi karena prinsip metode ini adalah memotong atau mengikat saluran *tuba/tuba falopii* sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma. Sedangkan MOP

sering dikenal dengan nama *vasektomi*, *vasektomi* yaitu memotong atau mengikat saluran *vas deferens* sehingga cairan sperma tidak dapat keluar atau ejakulasi.

5) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim

a) Definisi

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) adalah alat kontrasepsi yang dipasang dalam rahim dengan menjepit kedua saluran yang menghasilkan indung telur sehingga tidak terjadi pembuahan, terdiri dari bahan plastik polietilena, AKDR ada yang dililit oleh tembaga dan ada yang tidak.

AKDR adalah suatu alat untuk mencegah kehamilan yang efektif, aman dan *reversible* yang terbuat dari plastik atau logam kecil yang dimasukkan dalam uterus melalui kanalis servikalis. *AKDR* adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rahim yang bentuknya bermacam-macam terdiri dari plastik (*polyethylene*), ada yang dililit tembaga (CU), ada pula yang tidak, ada yang dililit tembaga bercampur perak (Ag), selain itu ada pula *AKDR* yang dibatangnya yang berisi hormon progesteron.³⁴

b) Jenis Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

AKDR ada dua macam yaitu *AKDR* yang mengandung hormon sintetik (sintetik progesteron) dan yang tidak mengandung hormon. Menurut bentuknya *AKDR* dibagi menjadi bentuk terbuka (open device) misalnya *Lippes Loop*, *CU-T*, *Cu-7*, *Margulies*, *Spring Coil*, *Multiload*, *NovaT*. Bentuk tertutup (closed device) misalnya *Ota ring*, *Antigon*, *Grafen Berg Ring*.

Menurut tambahan *obat* atau metal dibagi menjadi *medicated intrauterine device (IUD)*, misalnya *Cu-T-200*, *220*, *300*, *380A*; *Cu-7*, *Nova-T*, *ML-Cu 250*, *375*, selain itu ada *Copper-T*, *Copper-7*, *Multi Load*, dan *Lippes Load*. *AKDR* hormonal ada dua jenis yaitu *Progestasert-T* dan *LNG-20* (Setyaningrum, 2016). Jenis *AKDR Cu T-380A* adalah jenis *AKDR* yang beredar di Indonesia. *AKDR* jenis ini memiliki bentuk yang kecil, kerangka dari plastik yang fleksibel, berbentuk huruf T diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu).

c) Mekanisme kerja Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Cara kerja AKDR yaitu mencegah sperma dan ovum bertemu dengan mempengaruhi kemampuan sperma agar tidak mampu fertilisasi, mempengaruhi implantasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, dan menghalangi implantasi embrio pada endometrium. Mekanisme kerja AKDR adalah mencegah kehamilan dan ion-ion Copper yang berasal dari AKDR tembaga mengubah isi saluran telur dan cairan endometrium sehingga dapat mempengaruhi jalan sel telur di dalam saluran telur serta fungsi sperma.³⁴

AKDR mencegah terjadinya fertilisasi, tembaga pada AKDR menyebabkan reaksi inflamasi steril, toksik buat sperma sehingga tidak mampu untuk fertilisasi. Cara kerja dari AKDR yaitu menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii karena adanya ion tembaga yang dikeluarkan AKDR dengan cupper menyebabkan gangguan gerak spermatozoa. AKDR memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus karena terjadinya pematatan endometrium oleh leukosit, makrofag, dan limfosit menyebabkan blastoksis mungkin dirusak oleh makrofag dan blastoksis.

Alat ini merupakan metode kontrasepsi yang efektif akan tetapi menyebabkan pola perdarahan menstruasi berubah dan tidak teratur, selama tiga sampai enam bulan pertama, jumlah hari perdarahan dan bercak darah dapat meningkat, selama enam bulan kedua, jumlah hari perdarahan dan bercak darah masih tidak teratur, tetapi berkurang. Amenore dapat dialami oleh kurang lebih 20% wanita pada akhir tahun pertama penggunaan alat kontrasepsi AKDR. Seorang wanita dapat kembali subur jika AKDR dilepas, tetapi alat ini tidak melindungi wanita dari penyakit menular seksual atau infeksi HIV. Dibutuhkan alat pengaman lainnya untuk melindungi wanita dari HIV/AIDS seperti menggunakan kondom.

d) Efektivitas Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)
Efektivitas tinggi, 99,2 – 99,4% (0,6 – 0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama). Telah dibuktikan tidak menambah risiko infeksi, perforasi dan perdarahan. Kemampuan penolong meletakkan di fundus amat memperkecil risiko ekspulsi.

e) Kontraindikasi AKDR:

- i. Wanita hamil atau diduga hamil, misalnya jika seorang wanita melakukan senggama tanpa menggunakan metode kontrasepsi yang valid sejak periode menstruasi normal yang terakhir.
 - ii. Penyakit inflamasi pelvik (PID) diantaranya: riwayat PID kronis, riwayat PID akut atau subakut, riwayat PID dalam tiga bulan terakhir, termasuk endometritis pasca melahirkan atau aborsi terinfeksi.
 - iii. Riwayat kehamilan ektopik atau kondisi yang dapat mempermudah ektopik.
 - iv. Ukuran uterus dengan alat periksa (sonde uterus) berada diluar batas yang telah ditetapkan yaitu ukuran uterus yang normal 6 sampai 9 cm.
 - v. Gangguan perdarahan.
 - vi. Kecurigaan tumor ganas pada alat kelamin, tumor jinak rahim, karsinoma organ-organ panggul.
 - vii. IUD sudah ada dalam uterus dan belum dikeluarkan.
- 6) Indikasi AKDR:
- a) Usia reproduksi.
 - b) Keadaan nullipara.
 - c) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang.
 - d) Wanita yang sedang menyusui.
 - e) Setelah abortus dan tidak terlihat adanya tanda-tanda infeksi.
 - f) Tidak menghendaki metode kontrasepsi hormonal.
- 7) Keuntungan dan Kelemahan AKDR
- Keuntungan menggunakan AKDR:
- a) Efektifitasnya tinggi. 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-175 kehamilan).
 - b) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan.
 - c) Metode jangka panjang (8 tahun).
 - d) Tidak mempengaruhi hubungan seksual.
 - e) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat kapan harus ber-KB.
 - f) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil.
 - g) Tidak ada efek samping hormonal dengan CuT-380A.
 - h) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI.
 - i) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau abortus (apabila tidak terjadi infeksi).

- j) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir).
 - k) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan.
- 8) Kelemahan menggunakan KB AKDR:
- a) Perubahan siklus haid (pada tiga bulan pertama dan akan berkurang setelah tiga bulan), haid lebih lama dan banyak, perdarahan antar menstruasi, saat haid lebih sakit.
 - b) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS.
 - c) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau yang sering berganti pasangan.
 - d) Harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu.
- 9) Efek Samping AKDR
- a) Merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan.
 - b) Perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab terjadinya anemia.
 - c) Penyakit radang panggul dapat terjadi pada wanita dengan IMS jika memakai AKDR, penyakit radang panggul dapat memicu terjadinya infertilitas.
 - d) Sedikit nyeri dan perdarahan (*spotting*) terjadi segera setelah pemasangan AKDR, biasanya menghilang dalam 1-2 hari.³⁴

10) Waktu Penggunaan AKDR

- a) Setiap waktu dalam siklus haid, yang dapat dipastikan klien tidak hamil.
 - b) Hari pertama sampai ke-7 siklus haid.
 - c) Segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 48 minggu pascapersalinan; setelah 6 bulan apabila menggunakan metode amenorea laktasi (MAL).
 - d) Setelah terjadinya keguguran (segera atau dalam waktu 7 hari) apabila tidak ada gejala infeksi.
- e. Kontrasepsi KB Pasca Persalinan untuk ibu menyusui
- Menyusui memberikan dampak bagi kesehatan ibu dan bayi sehingga dalam pemilihan metode kontrasepsi KB Pasca Persalinan harus menggunakan kontrasepsi yang tidak mengganggu ASI.
- 1) Jika menggunakan MAL (syarat terpenuhi) dapat proteksi sekurangnya sampai usia 6 bulan, setelah itu menggunakan kontrasepsi lain.

- 2) Jika menyusui tidak penuh, bisa menggunakan kondom, pil progestin, suntik progestin, AKDR, atau kontak (MOW/MOP).(1)
Macam macam kontrasepsi pasca salin ibu menyusui yaitu:
 - 1) Metode Amenorhe Laktasi (MAL)(1)
 - a) Definisi
MAL adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa makanan dan minuman tambahan lainnya.
 - b) Syarat
Menyusui secara penuh (full breast feeding) >8 kali sehari
 - c) Cara Kerja
Menunda ovulasi
 - 2) Kondom
 - a) Definisi
Kondom tidak hanya mencegah kehamilan, tetapi juga mencegah IMS dan HIV AIDS. Efektif jika dipakai dengan benar.
 - b) Cara Kerja
Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang di penis sehingga sperma tersebut tidak curah ke dalam saluran reproduksi perempuan. Mencegah penularan mikroorganisme dari satu pasangan ke pasangan yang lain
 - c) Efektifitas
Kondom cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap kali berhubungan seksual.
 - d) Manfaat
 - i. Tidak mengganggu produksi ASI
 - ii. Tidak mengganggu kesehatan klien
 - iii. Murah dan dapat dibeli secara umum
- 3) PIL KB untuk ibu menyusui
Hanya ada 1 macam pil KB yang dibuat untuk ibu menyusui yakni minipil (progesteron only), tidak mengandung estrogen. Pil ini mempunyai efek KB seperti suntikan KB karena tidak mengandung estrogen, sehingga tidak mengganggu laktasi baik kualitas maupun kuantitas ASI (air susu ibu).

- a) Siapa saja yang dapat menggunakan Pil KB:
 - a) Dapat digunakan oleh semua wanita usia produktif
 - b) Dapat digunakan oleh wanita yang belum pernah hamil
 - b) Cara Kerja:
 - i. Mencegah ovulasi
 - ii. Lendir mulut rahim menjadi lebih kental sehingga sperma sulit masuk
 - iii. Pil KB tidak mengugurkan kehamilan yang telah terjadi.
 - c) Efektifitas Pil KB

Bila digunakan dengan teratur dan benar resiko kegagalan pil KB sangat kecil sekitar 1:1000. Kegagalan dapat meningkat hingga 6% jika ibu sering lupa mengkonsumsinya.
 - d) Cara konsumsi Pil KB

Pil diminum setiap hari secara teratur. Usahakan diminum pada jam yang sama, dianjurkan pada malam hari.
 - e) Efek samping pil KB
 - i. Mual pada pemakaian 3 bulan pertama
 - ii. Muncul pendarahan di antara masa haid bila lupa mengkonsumsi pil KB
 - iii. Dapat menimbulkan sakit kepala ringan
 - iv. Dapat mengalami nyeri payudara
 - v. Dapat meningkatkan berat badan
 - vi. Tidak mengalami menstruasi
 - vii. Bila lupa meminumnya dapat meningkatkan resiko kehamilan
 - viii. Tidak untuk wanita yang memiliki riwayat tekanan darah tinggi dan perokok berat
- 4) Kontrasepsi Suntik Depo Medroksi Progesterone Acetat
- a) Pengertian

Kontrasepsi suntik DMPA berisi hormon progesteron saja dan tidak mengandung hormone esterogen. Dosis yang diberikan 150 mg/ml depot medroksiprogesteron asetat yang disuntikkan secara intramuscular (IM) setiap 12 minggu.(2)
 - b) Mekanisme Kerja

Primer :

Mencegah ovulasi Kadar Folikel Stimulating Hormone (FSH) dan Luteinizing hormone (LH) menurun serta tidak terjadi lonjakan LH. Pada pemakaian DMPA, endometrium menjadi dangkal dan atrofis dengan kelenjar-kelenjar yang

tidak aktif. Dengan pemakaian jangka lama endometrium bisa menjadi semakin sedikit sehingga hampir tidak didapatkan jaringan bila dilakukan biopsi, tetapi perubahan tersebut akan kembali normal dalam waktu 90 hari setelah suntikan DMPA berakhir.(2)(3)

Sekunder:

- i. Lendir servik menjadi kental dan sedikit sehingga merupakan barier terhadap spermatozoa.
- ii. Membuat endometrium menjadi kurang baik untuk implantasi dari ovum yang telah dibuahi.
- iii. Mungkin mempengaruhi kecepatan transportasi ovum dalam tuba falopi.(2)(3)

c) Efektivitas

DMPA memiliki efektivitas yang tinggi dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan dalam satu tahun pemakaian (BKKBN, 2003). Kegagalan yang terjadi pada umumnya dikarenakan oleh ketidakpatuhan akseptor untuk datang pada jadwal yang telah ditetapkan atau teknik penyuntikan yang salah, injeksi harus benar-benar intragluteal(4).

d) Kelebihan

Kelebihan penggunaan suntik DMPA (2)(3) :

- i. Sangat efektif.
- ii. Pencegahan kehamilan jangka panjang.
- iii. Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.
- iv. Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah.
- v. Tidak mempengaruhi ASI.
- vi. Sedikit efek samping.
- vii. Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
- viii. Dapat digunakan oleh perempuan usia lebih dari 35 tahun sampai perimenopause.
- ix. Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.
- x. Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.
- xi. Mencegah beberapa penyakit radang panggul.

e) Keterbatasan

Keterbatasan penggunaan suntik DMPA(2) :

- i. Sering ditemukan gangguan haid.

- ii. Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- iii. Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan.
- iv. Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering.
- v. Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B dan virus HIV.
- vi. Pada penggunaan jangka panjang dapat terjadi perubahan lipid serum.

f) Indikasi

Indikasi pada pengguna suntik DMPA(2) :

- i. Wanita usia reproduktif.
- ii. Wanita yang telah memiliki anak.
- iii. Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan memiliki efektifitas tinggi.
- iv. Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.
- v. Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
- vi. Setelah abortus dan keguguran.
- vii. Memiliki banyak anak tetapi belum menghendaki tubektomi.h.Masalah gangguan pembekuan darah.
- viii. Menggunakan obat epilepsydan tuberculosis.

g) Kontra Indikasi

Kontra indikasi pada pengguna suntik DMPA yaitu(4) :

- i. Hamil atau dicurigai hamil.
- ii. Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- iii. Wanita yang tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid.
- iv. Penderita kanker payudara atau ada riwayat kanker payudara.
- v. Penderita diabetes mellitusdisertai komplikasi.

h) Waktu Mulai Menggunakan

Waktu mulai menggunakan kontrasepsi DMPA yaitu(2) :

- i. Setiap saat selama siklus haid, asal tidak hamil.
- ii. Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid.
- iii. Pada ibu yang tidak haid atau dengan perdarahan tidak teratur, injeksi dapat diberikan setiap saat, asal tidak hamil. Selama 7 hari setelah penyuntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.

- iv. Ibu yang telah menggunakan kontrasepsi hormonal lain secara benar dan tidak hamil kemudian ingin mengganti dengan kontrasepsi DMPA, suntikan pertama dapat segera diberikan tidak perlu menunggu sampai haid berikutnya.
 - v. Ibu yang menggunakan kontrasepsi nonhormonal dan ingin mengganti dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama dapat segera diberikan, asal ibu tidak hamil dan pemberiannya tidak perlu menunggu haid berikutnya. Bila ibu disuntik setelah hari ke-7 haid, selama 7 hari penyuntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.
- i) Cara Penggunaan
- Cara penggunaan kontrasepsi DMPA(2):
- i. Kontrasepsi suntikan DMPA diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuscular (IM) dalam daerah pantat. Apabila suntikan diberikan terlalu dangkal penyerapan kontrasepsi suntikan akan lambat dan tidak bekerja segera dan efektif. Suntikan diberikan tiap 90 hari.
 - ii. Bersihkan kulit yang akan disuntik dengan kapas alkohol yang dibasahi etil/ isopropyl alcohol 60-90%. Biarkan kulit kering sebelum disuntik, setelah kering baru disuntik.
 - iii. Kocok dengan baik dan hindarkan terjadinya gelembung-gelembung udara. Kontrasepsi suntik tidak perlu di dinginkan. Bila terjadi endapan putih pada dasar ampul, upayakan menghilangkannya dan dengan menghangatkannya.
- j) Efek Samping
- Efek samping yang sering:
- i. Mengalami gangguan haid seperti amenore, spotting, menorarghia, metrorarghia.(5)(6)(7)(8)(9)
 - ii. Tidak mengalami haid (amenore)(8) Amenore dibedakan menjadi dua yaitu amenore primer merupakan masa remaja kurang dari 16 tahun belum pernah mengalami mens atau belum menampakkan tanda-tanda fisik seksual sekunder, sedangkan amenore sekunder bila wanita sudah mengalami menstruasi namun kemudian tidak mengalami menstruasi dalam waktu 3-6 bulan.
 - iii. Perdarahan berupa tetesan atau bercak-bercak (spotting). Perdarahan bercak merupakan keluhan atau gejala yang akan menurun dengan makin lamanya pemakaian.

- iv. Perdarahan diluar siklus haid (metrorarghia). Bila menstruasi terjadi dengan interval tidak teratur atau jika terdapat insiden bercak darah atau perdarahan diantara menstruasi, istilah metroragi digunakan untuk menggambarkan keadaan tersebut.
- v. Perdarahan haid yang lebih lama dan atau lebih banyak daripada biasanya (menorarghia) Persepsi yang umum mengenai perdarahan berlebihan adalah apabila tiga sampai empat pembalut sudah penuh selama empat jam. Jumlah kehilangan darah yang dipertimbangkan normal selama mens adalah 30 cc sejak penelitian yang dilakukan pada tahun 1960-an dan setiap perdarahan yang lebih dari 80 cc dinyatakan perdarahan abnormal, seperti yang dikatakan oleh Engstrom, bahwa batas 8 cc merupakan ukuran standar untuk menetapkan menoragi.

Penyebab gangguan haid disebabkan karena adanya ketidakseimbangan hormon sehingga endometrium mengalami perubahan. Pada awal penyuntikan progesteron juga menyebabkan terbentuknya kembali pembuluh darah kapiler yang normal dengan sel-sel endotel yang intak dengan sel-sel yang mengandung kadar glikoprotein cukup sehingga sel-sel endotel terlindungi dari kerusakan. Sehingga akan mempengaruhi mekanisme kerja hormonal dan siklus haid yang normal, sehingga perdarahan akan menjadi lebih banyak.(6) Pendarahan sela pada pengguna kontrasepsi progestin-only disebabkan oleh paparan endometrium terhadap progestogen dengan dosis yang relatif konstan dan berlangsung secara terus menerus. Pendarahan sela berkaitan dengan serangkaian gangguan molekuler yang menyebabkan kerusakan pembuluh darah akibat gangguan angiogenesis, meningkatnya fragilitas pembuluh darah, hilangnya integritas endotel, epitel dan stroma struktur penunjang. Penyebab pasti kerapuhan pembuluh darah belum sepenuhnya dimengerti. Aktivitas matriks metalloproteinase (MMP) endometrium pada pengguna kontrasepsi progestogen meningkat, terutama MMP-9 dan aktivitas Tissue Inhibitory Metallo Proteinase (TIMP) yang menurun. Hal ini menyebabkan lemahnya jaringan penunjang disekitar pembuluh darah, dan di bawah epitel, sehingga endometrium menjadi rapuh, dan terjadi kerusakan pada pembuluh darah, yang pada akhirnya dapat memicu

terjadinya pendarahan pada pengguna kontrasepsi progestin. Metabolisme asam arakidonat endometrium pada pengguna kontrasepsi progestin terganggu, yang ditunjukkan dengan peningkatan bermakna kadar PGF2D dan metabolit epoxide.(10) Sedangkan keadaan amenore disebabkan atrofi endometrium.(2)

vi. Penambahan berat badan.(5)(7)(6)(9)

Alat kontrasepsi hormonal suntik DMPA yaitu alat kontrasepsi yang mengandung hormon progesteron, yang dapat merangsang pusat pengendalian nafsu makan di hipotalamus sehingga menyebabkan terjadinya peningkatan berat badan akseptor.(7)(9)

Ada ahli yang menyebutkan bahwa penggunaan KB suntik Depo Medroksi Progesteron Asetat (DMPA) bisa berefek pada penambahan berat badan. Terjadinya kenaikan berat badan kemungkinan disebabkan karena hormon progesteron mempermudah perubahan karbohidrat dan gula menjadi lemak, juga menyebabkan nafsu makan bertambah dan menurunnya aktivitas fisik, akibatnya dapat menyebabkan berat badan bertambah.(9)

vii. Mual.(4)(5)(11)

Mual yang terjadi pada akseptor biasanya tidak mengganggu aktifitas sehari-hari. Pada bulan-bulan pertama penyuntikan tubuh akan bereaksi terhadap hormon progesteron yang bisa mempengaruhi produksi asam lambung.

viii. Sakit kepala.(5)(6)

Sakit kepala yang terjadi pada akseptor KB suntik 3 bulan disebabkan akibat dari hormon progesteron yang akan membuat ketidakseimbangan hormon yang memicu sakit kepala.

ix. Penurunan libido.(11)

Hubungan antara fungsi seksual wanita dan kontrasepsi hormonal masih kontroversial. Nelson juga melaporkan bahwa 5,8% wanita yang menggunakan DMPA memiliki keluhan negatif pada libido. Sebaliknya, tidak ada hubungan yang ditemukan antara penggunaan injeksi DMPA dan minat seksual di antara pengguna remaja ketika membandingkan berbagai kontrasepsi hormonal.(11)

- x. Vagina kering.(11)
- k) Penatalaksanaan akseptor KB dengan efek samping
Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) dengan menjelaskan sebab terjadinya, bahwa gejala atau keluhan tersebut dalam rangka penyesuaian diri, bersifat sementara dan individu. Memberi KIE secara individu pada klien. KIE Individu adalah suatu proses KIE timbul secara langsung antara petugas KIE dengan individu sasaran program KB. KIE bertujuan meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktek KB sehingga tercapai penambahan peserta baru dan membina kelestarian peserta KB(3)
 - i. Melakukan Konseling secara intensif.(3)
Konseling merupakan proses pemberian informasi obyektif dan lengkap, dilakukan secara sistematis dengan panduan komunikasi interpersonal, teknik bimbingan dan penguasaan pengetahuan klinik yang bertujuan untuk membantu seseorang mengenali kondisinya saat ini, masalah yang sedang dihadapi, dan menentukan jalan keluar atau upaya mengatasi masalah tersebut. Penelitian yang dilakukan di Nigeria menyebutkan bahwa konseling yang lebih berkualitas dapat membantu mendorong perempuan melanjutkan metode kontrasepsi suntik baru setelah 3 bulan.(12)
Amenore. Amenore bila tidak hamil tidak perlu dilakukan tindakan apapun, cukup konseling dengan menjelaskan bahwa haid terkumpul dalam rahim dan beri nasihat untuk kembali ke klinik.(8)
Spotting. Perdarahan bercak merupakan keluhan atau gejala yang akan menurun dengan makin lamanya pemakaian (Siswosudarmo, 2001). Sebagian wanita yang mengalami perdarahan bercak menemukan bahwa keluhan ini membaik dengan sendirinya, biasanya pada suntikan keempat.(8)
Metrorrhagia. Memberikan konseling pada akseptor bahwa perdarahan diluar siklus haid merupakan efek samping kontrasepsi suntik yang dipakai dan jenis perdarahan ini tidak berbahaya meskipun berlangsung sampai beberapa minggu.
Menorrhagia. Perdarahan banyak atau memanjang lebih dari 8 hari atau 2 kali lebih banyak dari haid

biasanya, jelaskan hal itu biasa ditemukan pada bulan pertama suntikan. Motivasi agar tetap memakai suntikan.(13)

ii. Tindakan Medis

Amenore. Jangan berikan terapi hormonal untuk menimbulkan perdarahan karena tidak akan berhasil. Tunggu 3-6 bulan, bila tidak terjadi perdarahan juga rujuk ke klinik. Bila klien tidak menerima gangguan tersebut, suntikan jangan dilanjutkan. Anjurkan pemakaian kontrasepsi yang lain. Bila terjadi kehamilan, rujuk klien dan jelaskan bahwa hormone progesterin tidak akan menimbulkan kelainan.

Spotting dan metrorrhagia. Bila ringan atau tidak terlalu mengganggu tidak perlu diberi obat. Bila cukup mengganggu dapat diberikan pil KB 3x1 tablet selama 7 hari (Depkes, 1999). 1 siklus pil kontrasepsi kombinasi (30-35 µg etinilestradiol), 40 ibuprofen (sampai 800mg, 3x/hari untuk 5 hari) atau obat sejenis lain.(13)·(14)·

Menorrhagia. Bila terjadi perdarahan banyak selama penyuntikan ditangani dengan pemberian 2 tablet pil kontrasepsi kombinasi/hari selama 3-7 hari dilanjutkan dengan 1 siklus pil kontrasepsi hormonal, atau diberi 50 µg etinilestradiol atau 1,25 mg estrogen equin konjugasi untuk 14-21 hari. Untuk mencegah anemia perlu preparat besi atau makanan yang mengandung banyak zat besi (Saifuddin, 2003). Diberi tablet sulfas ferosus (Fe) 3x1 tablet antara 5-7 hari sampai keadaan membaik.(4)·(14)

5) Implant

a) Pengertian

Kontrasepsi implant adalah alat kontrasepsi bawah kulit (Hanafi, 2004). Implant adalah suatu alat kontrasepsi yang mengandung levonorgestrel yang dibungkus dalam kapsul silastik silikon polidimetri silikon dan disusukkan di bawah kulit. Jumlah kapsul yang disusukkan di bawah kulit sebanyak 2 kapsul masing-masing kapsul panjangnya 44mm masing-masing batang diisi dengan 70mg levonorgestrel, dilepaskan ke dalam darah secara difusi melalui dinding kapsul levonorgestrel adalah suatu progesterin yang dipakai juga dalam pil KB seperti mini pil atau pil kombinasi (Prawirohardjo, 2009)

b) Cara kerja

- i. Lendir serviks menjadi kental
 - ii. Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi.
 - iii. Mengurangi transportasi sperma.
 - iv. Menekan ovulasi.
- c) Efek samping
- i. Peningkatan/penurunan berat badan
 - ii. Nyeri payudara
 - iii. Perasaan mual
 - iv. Pening/pusing kepala
 - v. Perubahan perasaan (mood) atau kegelisahan (nervousness).
 - vi. Membutuhkan tindak pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan
 - vii. Tidak memberikan efek protektif terhadap infeksi menular seksual termasuk AIDS.
 - viii. Klien tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi ini sesuai dengan keinginan, akan tetapi harus pergi ke klinik untuk pencabutan.
 - ix. Efektifitasnya menurun bila menggunakan obat-obat tuberkulosis (rifampisin) atau obat epilepsy (fenitoin dan barbiturat).
 - x. Terjadinya kehamilan ektopik sedikit lebih tinggi (1,3 per 100.000 perempuan per tahun).
- 6) Intra Uteri Devices (IUD/AKDR)

a) Pengertian

AKDR adalah suatu alat untuk mencegah kehamilan yang efektif, aman, dan reversibel yang terbuat dari plastik atau logam kecil yang dimasukkan dalam uterus melalui kanalis servikalis (WHO, 2007). AKDR merupakan suatu alat kontrasepsi yang dimasukkan dalam rahim terbuat dari bahan polyethylene dilengkapi dengan benang nylon sehingga mudah dikeluarkan dari dalam rahim. AKDR adalah alat kontrasepsi yang dimasukan ke dalam rahim yang terbuat dari plastik (polyethylene).

b) Mekanisme kerja AKDR

Mekanisme kerja yang pasti dari AKDR belum diketahui.

- i. Timbulnya reaksi radang lokal yang nonspesifik di dalam cavum uterisehingga implantasi sel telur yang telah dibuahi terganggu.

- ii. Produksi lokal prostaglandin yang meninggi yang menyebabkan terhambatnya implantasi.
 - iii. Gangguan/terlepasnya blastocyst yang telah berimplantasi di dalam endometrium.
 - iv. Pergerakan ovum yang bertambah cepat di dalam tuba fallopii.
 - v. Immobilisasi spermatozoa saat melewati cavum uteri.
 - vi. AKDR juga mencegah spermatozoa membuahi sel telur (mencegah fertilisasi).
- c) Efek samping dan komplikasi
- i. Bercak darah dan kram abdomen sesaat setelah pemasangan AKDR
 - ii. Kram, nyeri punggung bagian bawah, atau kedua keadaan tersebut terjadi bersamaan selama beberapa hari setelah pemasangan AKDR.
 - iii. Nyeri berat yang berlanjut akibat kram perut.
 - iv. Disminorhoe, terutama yang terjadi selama 1-3 bulan pertama setelah pemasangan AKDR.
 - v. Perubahan/gangguan menstruasi (menorrhagia, metroragia, amenoroe, oligomenorea).
 - vi. Perdarahan berat atau berkepanjangan.
 - vii. Anemia.
 - viii. Benang AKDR hilang, terlalu panjang, terlalu pendek.
 - ix. AKDR tertanam dalam endometrium atau miometrium.
 - x. AKDR terlepas spontan.
 - xi. Kehamilan, baik AKDR masih tertanam dalam endometrium atau setelah AKDR terlepas spontan tanpa diketahui.
 - xii. Kehamilan ektopik.
 - xiii. Aborsi sespsis spontan.
 - xiv. Perforasi servik atau uterus.
 - xv. Kista ovarium hanya pada pengguna AKDR hormonal.

Teori Kewenangan Bidan

Kewenangan bidan dalam memberikan asuhan berpedoman pada Undang undang No4 Tahun 2019 tentang Kebidanan Pasal 46 (1) 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;

Selanjutnya, ada di 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. Selain itu, Permenkes Republik Indonesia No 28 Tahun 2017 tentang Izin Penyelenggaraan Praktik Bidan Pasal 19, yaitu sebagai berikut:

- (1) 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.
- (2) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan: a. konseling pada masa sebelum hamil; b. antenatal pada kehamilan normal; c. persalinan normal; d. ibu nifas normal; e. ibu menyusui; dan f. konseling pada masa antara dua kehamilan.
- (3) Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada

ayat (2), Bidan berwenang melakukan:

- i. Episiotomi;
- ii. Pertolongan persalinan normal;
- iii. Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II;
- iv. Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan rujukan;
- v. Pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil;
- vi. Pemberian vitamin a dosis tinggi pada ibu nifas;
- vii. Fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif; pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum;
- viii. Penyuluhan dan konseling;
- ix. Bimbingan pada kelompok ibu hamil; dan
- x. Pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.