

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Masalah Kasus

1. Kehamilan

a. ANC Trimester III

Asuhan kebidanan berkesinambungan di berikan kepada Ny. D umur 26 tahun, kehamilan 35⁺³minggu dengan hemoroid pada kehamilan. Kasus ini ditemukan di Puskesmas Galur II pada tanggal 25 Februari 2025. Alamat pasien di Dusun Barongan Pedukuhan IV RT 11 RW 07 Nomporejo Galur Kulon Progo. Ny. D bekerja sebagai Karyawan Swasta datang bersama suami ingin memeriksakan kehamilannya.

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. D usia 26 tahun dengan suami umur 25 tahun, kehamilan ini merupakan kehamilan kedua. Ibu mengatakan hari pertama haid terakhirnya adalah 14/06/2024 dan hari perkiraan lahirnya (HPL) adalah tanggal 21/03/2025. Ny D menikah pada tahun 2024 pada bulan Maret 2024. Ny D belum pernah keguguran, haid teratur siklus 30 hari lama 6 hari dan tidak ada keluhan selama haid.

Selama hamil ini Ny. D melakukan pemeriksaan ANC secara rutin di Puskesmas, PMB maupun dokter spesialis kandungan. hasil pemeriksaan laboratorium Ny. D semua normal, Hb 12,1%, GDS 100. Protein urin negatif Shiphylis Non reaktif, HIV non reaktif dan HBSag Non reaktif. Selama hamil Ny. D rutin mengkonsumsi asam folat, tablet tambah darah, kalsium dan vitamin yang diresepkan oleh dokter kandungan mauoun bidan. Riwayat kesehatan Ny. D pada saat usia kehamilannya 30 minggu mengatakan hemoroidnya semakin membesar dan selama seminggu ini mengalami BAB bercampur darah sebanyak 4x. Ny D tidak ada penyakit seperti asma, jantung, hipertensi, Diabetes Melitus maupun TBC. Dalam keluarga pasien tidak terdapat riwayat penyakit hipertensi, jantung ataupun penyakit menular.

Hasil pengkajian pada Ny. D mengatakan kadang perut terasa kenceng dan saat ini kontrol rutin kehamilan karena sudah dua minggu belum periksa hamil. Didapatkan hasil pada awal hamil ini ditemukan LILA 24 cm, BB awal

hamil 49 Kg dan BB sekarang 57 Kg. TB 157 cm dengan IMT 19.8 kg/m². Berdasarkan pada data obyektif, ditemukan tanda – tanda vital dalam batas normal, TD 110/70 mmHg, nadi 82 x/mnt, respirasi 20 x/mnt, suhu 36.6°C. Pada pemeriksaan conjungtiva mata berwarna merah muda dan sklera putih.

Pada pemeriksaan palpasi abdomen, teraba lunak pada fundus uteri tidak melenting, teraba seperti papan memanjang disebelah kiri ibu, dibagian bawah teraba keras dan melenting, kepala tidak dapat digoyangkan sudah masuk PAP (divergen). TFU 27cm dengan taksiran berat janin 2600 gram. Pada pemeriksaan auskultasi didapatkan denyut jantung janin (DJJ) 140 x/mnt. Pada pemeriksaan usg didapatkan air ketuban cukup.

Riwayat pemeriksaan laboratorium pada tanggal 04-9-2024 Hb 12,1 gr/dl, HbsAg Non reaktif, HIV non reaktif, shypilis non reaktif, protein urin negatif. Hasil pemeriksaan laboratorium pada TM III Hb 11,8 gr/dl, protein urine negatif. Riwayat USG pada hari ini, usia kehamilan 35+4 minggu semua normal. Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakan diagnosa Ny. D umur 26 tahun G1P0A0 hamil 35⁺⁴minggu, janin, tunggal, hidup, intrauterine, punggung kiri, presentasi kepala, kepala sudah masuk PAP dengan hemoroid pada kehamilan.

Penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan hasil pemeriksaan pada Ny. D bahwa pemeriksaan ibu dan janin adalah normal. Memberikan edukasi tentang tanda bahaya trimester III, tanda–tanda persalinan dan tentang his palsu/ braxtonhis, memberikan konseling kepada ibu apabila mendapatkan tanda–tanda tersebut diatas segera memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan, dapat ke Praktek Mandiri Bidan, Puskesmas ataupun ke rumah sakit.

Menganjurkan ibu untuk minum air putih 2-3 liter / hari, makan makanan tinggi serat seperti buah dan sayur untuk mengurangi risiko keluhan BAB bercampur darah dan mencegah sembelit. Menganjurkan ibu untuk membersihkan bagian anus dengan bersih untuk mencegah infeksi, dan ibu dapat mengompres bagian anus dengan kompres dingin/ es apabila terasa nyeri. Menganjurkan ibu untuk tidak terlalu banyak duduk dan tidak terlalu banyak berdiri untuk mengurangi penekanan pada hemoroid. Selain itu, bidan menganjurkan suami untuk selalu siaga menemani Ny. D dan untuk mempersiapkan kebutuhan ibu dan bayi untuk persiapan persalinan. Memberikan

tablet tambah darah diminum sehari 1 x pada malam hari, calcium laktat sehari 1x pada pagi hari, dan memberikan vitamin C sehari 1x pada malam hari.

Menganjurkan ibu untuk segera periksa ke dokter spesialis setelah mendapatkan rujukan, kunjungan ulang 1 minggu kemudian atau sesegera mungkin bila ibu ada keluhan.

b. ANC Trimester III Kunjungan Ulang

Ny. D melakukan kunjungan pada tanggal 3 Maret 2025 dengan keluhan perut kenceng namun masih jarang, kadang terasa nyeri saat BAB namun tidak lagi berdarah. Saat ini belum mengeluarkan lendir darah, tidak ada pengeluaran cairan apapun dari jalan lahir. Usia kehamilan ibu saat ini adalah 37 minggu.

Berdasarkan data obyektif, ditemukan tanda – tanda vital dalam batas normal. Berat badan ibu 59 kg. Pada pemeriksaan konjungtiva mata berwarna merah muda dan sklera putih, wajah tidak ada pembengkakan. Pada pemeriksaan obstetri palpasi abdomen dihasilkan TFU 2 jari dibawah PX, teraba lunak tidak melenting di fundus uteri, teraba bagian kecil memanjang disebelah kiri ibu dan terbagi bagaian bawah keras, tidak dapat digoyangkan. Kepala sudah masuk PAP (divergen) 1/5 bagian. TFU menurut Mc. Donal TFU 29 cm, TBJ 2800 gram, DJJ 140 x /mnt, HIS belum teraba.

Diagnosa dari kasus ini adalah Ny. D umur 26 tahun G1P0A0 hamil 37 minggu janin tunggal, hidup, intaruterine, punggung kiri, presentasi kepala, sudah masuk PAP dengan hemoroid. Keluhan yang dirasakan adalah perut kadang kenceng, tetapi masih belum teratur, nyeri dibagian depan dan nyeri pada anus. Kebutuhan yang diberikan ibu adalah konseling tentang keluhan yang dirasakan ibu adalah kontraksi/ his palsu. Memberikan konseling tentang tanda – tanda persalinan. Ny. D mengalami hemoroid grade III sehingga saat ini akan dilakukan rujukan untuk pemeriksaan ke dokter spesialis kandungan untuk konsultasi lebih lanjut untuk persiapan persalinan.

2. Persalinan

Pada tanggal 11 Maret 2025 Pukul 10:51 WIB, Ny. D memberitahukan bidan, bahwa besok siang tanggal 12 Maret 2025 akan dilakukan persalinan sc elektif di RS Queen Latifa. Ny D mengatakan saat ini sudah menyiapkan perlengkapan persalinan untuknya dan perlengkapan bayinya

Pada tanggal 12 Maret 2025, Ny D dipersiapkan operasi SC, sdh diminta untuk berpuasa, dilakukan pemeriksaan laboratorium dan suami pasien melakukan penandatanganan inform consent sebelum dilakukan tindakan sc.

Pada pukul 13.00 WIB bayi Ny. D telah lahir dengan sehat dan selamat dengan persalinan SC. Proses persalinannya berjalan lancar dan tidak ada komplikasi. Ny D juga telah memutuskan untuk dipasang KB IUD setelah proses operasi sc selesai / IUD pascasalin. Setelah persalinan sc selesai dan kondisi ibu dalam keadaan stabil, Ny D dipindahkan dari ruang operasi ke ruang perawatan biasa. Ny D pada sore harinya mulai merasakan nyeri pada luka operasi, dan telah diberikan obat-obatan anti nyeri oleh bidan yang sedang bertugas. Ny D disarankan untuk mobilisasi bertahap mulai dari miring, duduk, berdiri kemudian berjalan. Ny D juga dilatih untuk menyusui bayinya dengan posisi yang benar dan diberikan kie asi eksklusif oleh petugas. Pada hari berikutnya Ny. D dapat berjalan dan berkemih secara spontan sehingga diperbolehkan pulang bersama bayinya.

Bayi Ny. D lahir spontan pada tanggal 12 Maret 2025 pada pukul 13.00 WIB. Bayi lahir menangis keras, jenis kelamin bayi laki-laki. Pada pemeriksaan fisik bayi dalam keadaan normal, dengan BB 2900 gram, PB 49 cm, LK 33 cm, LD 34 cm. LILA 10 cm. Bayi Ny. D juga dilakukan rawat gabung karena kondisi bayi sehat.

3. Masa Nifas dan Menyusui

a. *Post natal care* (PNC) 1

Pada tanggal 15/03/2025 pukul 09.00 WIB, Ny D datang ke Puskesmas Galur II mengatakan ingin ganti balutan luka operasi. Berdasarkan informasi yang diberikan oleh petugas dari RS Queen Latifa, Ny D diperbolehkan mengganti perban luka di klinik/ puskesmas terdekat. Saat ini Ny. D merasa sangat senang atas kelahiran putranya yang lega karena persalinan berjalan lancar, dan saat ini sedang masa pemulihan dan belajar mandiri untuk merawat bayinya. Ibu mengatakan sudah tidak ada keluhan saat BAK dan BAB. Berdasarkan tanda – tanda obyektif ditemukan tanda – tanda vital normal. TD 100/ 70/ Nadi 80 x/mnt, suhu 36.6 °C. TFU 2 jari dibawah pusat, balutan luka sc sedikit rembes, lochea rubra dan kandung kemih kosong. Penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan hasil pemeriksaan ibu dalam keadaan normal, menganjurkan ibu untuk makan gizi seimbang, tinggi kalori tinggi protein dan tinggi serat karena

ibu menderita hemoroid. Mencukupi kebutuhan cairan 2-3 liter/ hari, mengajarkan cara melakukan pijat oksitosin untuk merangsang keluarnya ASI, minum obat teratur dan istirahat yang cukup. Bidan kemudian melakukan ganti verban dan menganjurkan Ny. D untuk segera kembali kontrol apabila perban rembes lagi.

b. *Post natal care* (PNC) II

Tanggal 07 April 2025 pukul 16.00 WIB melaksanakan kunjungan nifas. Hasil pemeriksaan KU ibu baik, kesadaran CM, TD 110/ 80 x/mnt, Nadi 80 x/mnt, Suhu 36.5°C, Respirasi 20 x/mnt. Palpasi TFU pertengahan simpisis pusat, jahitan operasi sudah kering. PPV berwarna coklat seperti awal menstruasi.

Diagnosa pada saat ini adalah Ny. D usia 26 tahun P1A0 dengan nifas normal hari ke 24 riwayat persalinan SC. Penatalaksanaan memberitahu ibu hasil pemeriksaannya, menilai adanya tanda – tanda demam, infeksi masa nifas. Memastikan ibu mendapat istirahat cukup, memastikan ibu mendapatkan makanan yang bergizi dan cukup cairan. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar.

Mengamati pertumbuhan dan perkembangan bayi, saat ini bayi Ny. D telah mengalami penambahan berat badan, hasil penimbangan di Posyandu BB 3600 gram. Bidan memberikan KIE tentang jadwal imunisasi berikutnya yaitu imunisasi BCG yang dijadwalkan di Puskesmas galur II pada tanggal 14 Mei 2025.

KIE pada suami dan keluarga untuk selalu mendukung dan membantu ibu dalam merawat bayi dan menyelesaikan pekerjaan rumah tangga agar ibu merasa ringan dan terbantu dan menghindari rasa lelah.

c. *Post natal care* (PNC) III

Pada kunjungan ke III tanggal 14 April 2025, ibu mengatakan produksinya ASI semakin banyak, ibu merasa bahagia. Ibu mengatakan ingin mengetahui bagaimana cara menyimpan ASI, ASI tersebut dapat digunakan apabila ibu ada kepentingan diluar rumah. Saat ini ibu sudah mandiri dalam merawat bayinya. Ibu dapat beraktifitas normal seperti biasanya.

Berdasarkan data obyektif ditemukan tanda – tanda vital dalam keadaan normal TD 110/70 mmHg, Nadi 80 x/mnt, Suhu 36.5°C, Respirasi 20 x/mnt, tinggi fundus uteri sudah tidak teraba. Luka operasi sudah kering. Tidak ada tanda – infeksi. Berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik dapat ditegakan diagnosa Ny. D umur 26 tahun P1A0 Ah 1 dengan nifas normal hari ke -30.

Penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan normal. Memberikan pujian karena ibu sudah makan – makanan bergizi dan memberikan ASI secara eksklusif. Memberikan konseling kepada ibu tentang cara memerah ASI, cara penyimpanan dan cara memberikan ASI perah. Mendukung ibu agar tetap memberikan ASI secara eksklusif. . Ny. D mengatakan saat ini sudah menggunakan IUD pascasalin, dan sudah kontrol IUD di RS Queen Latifa dengan dilakukan USG. Saat ini Ny. D tidak ada keluhan seputar kb IUD yang dipakainya. Ny. D saat ini sudah hampir selesai masa nifas, KIE yang diberikan yaitu Ny.D dapat memulai kembali hubungan seksual dengan suami ketika pengeluaran per vaginam sudah bersih, lochea tidak keluar lagi atau setelah 40 hari.

4. Asuhan Neonatus

Pada tanggal 19 Maret 2025, Ny. D membawa anaknya ke Puskesmas Galur II untuk imunisasi BCG, dari hasil pemeriksaan diketahui berat badan bayi sudah naik yaitu 3000 gram, kondisi bayi secara umum baik dan tidak ada ikterik. Bayi bisa menyusu dengan baik, tali pusat kering namun belum puput, tidak ada tanda infeksi (ompalitis).

KIE pada ibu untuk terus memantau pertumbuhan dan perkembangan bayinya di Posyandu terdekat setiap bulannya, dan mengingatkan kembali jadwal imunisasi berikutnya yaitu BCG pada tanggal 14 Mei 2025 di Puskemsamas Galur II.

5. Asuhan KB

Pada tanggal 14 April 2025 saat kunjungan rumah, ibu mengatakan sudah periksa ke RS Queen Latifa. Ibu memilih KB IUD Pasca plasenta. Ibu mengatakan sejak kehamilanya pada trimester III sudah diberikan edukasi tentang pemilihan KB pascasalin dan memutuskan untuk menggunakan IUD Pascasalin. Penatalaksanaan yang diberikan adalah memberikan KIE kepada ibu untuk melakukan kontrol melalui USG dapat dilakukan setiap 6 bulan atau 1 tahun atau bila ada keluhan.

B. Kajian Teori

1. Kehamilan

a. Pengertian

Kehamilan adalah masa dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin lamanya adalah 280 hari (40minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari haid pertama haid terakhir (HPHT)³.

b. Tanda – tanda terjadi Kehamilan

Tanda – tanda kehamilan merupakan tanda atau gejala yang terdapat pada ibu hamil dan diiringi dengan perubahan fisiologi dan psikologi pada masa kehamilan

1) Tanda tidak pasti hamil / Presumtif

a) Amenorrhoe (tidak haid)

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

b) Mual dan muntah

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

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

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

d) Struktur dan ukuran payudara tambah besar

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

e) Anoreksia (kurangnya nafsu makan)

Berlangsung pada awal – awal kehamilan.

f) Sering BAK

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

yang menyebabkan sering kencing dan akan menghilang sering bertambah umur kehamilan karena posisi janin berada ditengah rahim.

g) Obstipasi

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

i) Pigmentasi kulit

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

j) Epulis

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

k) Varices

Terjadi pada kaaki, betis dan vulva, dijumpai pada 3 bulan terakhir.

Pada multigravida kadang – kadang dijumpai pada tiga bulan pertama.

2) Tanda kemungkinan hamil

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

a) Uterus membesar

Uterus membesar sangat identik dengan ibu hamil

b) Tanda hegar

Melunaknya segmen bawah rahim yang mempunyai kesan lebih tipis dapat diketahui dengan pemeriksaan bimanual, terutama pada istmus.

Pada minggu – minggu pertama istmus mengalami hipertrofi seperti pada corpus uteri. Tanda ini mulai terlihat pada minggu keenam dan mulai menjadi nyata pada minggu ke 7-8

c) Tanda Chadwick

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

d) Tanda Piscaseck

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

e) Tanda Braxton hicks

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

f) Tanda Goodel

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

g) Reaksi kehamilan positif

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

3) Tanda pasti hamil

a) Terasa gerakan janin

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

b) Teraba bagian janin

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

c) Denyut jantung janin (DJJ)

DJJ dapat terdengar dengan alat,

d) Pemeriksaan rontgen

Terlihat kerangka janin

e) Pemeriksaan USG

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

4) Hormon – hormon kehamilan

Hormon selama kehamilan merupakan

a) Estrogen

Kebutuhan estrogen mengalami kenaikan secara signifikan yang berfungsi menyiapkan dan memperkuat endometrium sebagai tempat

perkembangan janin selama kehamilan, jumlahnya akan menurun menjelang awal – awal persalinan.

b) Progesteron

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

c) *Human Chorionik Gonadotropin* (HCG)

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

d) *Human Placenta Lactogen* (HPL)

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

e) *Pituitary gonadotropin*

Hormon FSH dan LH diproduksi sangat sedikit dalam kehamilan, hal ini dipengaruhi oleh hormon estrogen yang menghambat pengeluaran hormon lainnya untuk keseimbangan kerjanya dalam mempertahankan fungsi plasenta⁴.

c. Asuhan Kehamilan

Asuhan Kehamilan adalah aktivitas atau intervensi yang dilaksanakan oleh bidan kepada klien, yang mempunyai kebutuhan atau permasalahan yang berkaitan dengan masa kehamilan atau *Antenatal Care* ³⁹.

5) Tujuan Asuhan Kehamilan³⁹.

- a) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang anak.
- b) Meningkatkan dan mempertahankan ketahanan fisik, mental dan sosial pada ibu dan bayi.
- c) Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.

- d) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
 - e) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI Eksklusif
 - f) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh dan berkembang secara optimal.
- 6) Standar Asuhan Kehamilan⁴⁰.
- a) Kebijakan program minimal 6 x periksa selama kehamilan dan minimal 2 x pemeriksaan oleh dokter pada Trimester I dan III. Pemeriksaan pada TM I minimal 1x (hingga 12 minggu), 2 pada TM II (12-24 minggu), 3 x pada TM III (kehamilan diatas 24 minggu- 40 minggu)
 - b) Standar minimal Asuhan antenatal yaitu 10 T :
 - (1) Timbang BB dan TB
 - (2) Ukur tekanan darah (hipertensi bila $> 140 / 90$ mmHg)
 - (3) Nalai status gizi dengan mengukur LILA bila LILA $< 23,5$ cm resiko KEK (Kekurangan Energi Kronis).
 - (4) Ukur tinggi Fundus Uteri / tinggi rahim.
 - (5) Tentukan presentasi janin dan DJJ
 - (6) Skrining status Imunisasi dan berikan imunisasi TT bila diperlukan.
 - (7) Beri tablet tambah darah, selama hamil ibu mendapatkan minimal 90 tablet
 - (8) Tes periksa laboratorium
 - (9) Tata laksana penanganan kasus
 - (10) Temu wicara / konseling

2. Hemoroid dalam Kehamilan

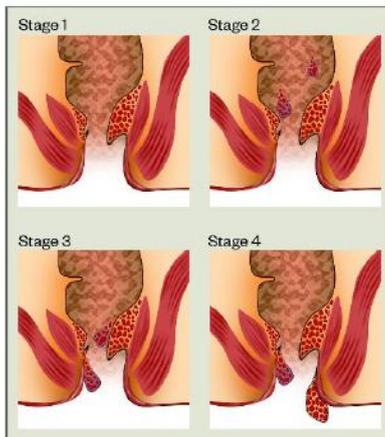
a. Definisi dan jenis hemoroid

Hemoroid adalah pelebaran pembuluh darah pada rektum bagian distal. Penyakit ini dikenal oleh masyarakat dengan sebutanambeien / wasir. Derajat hemoroid terdiri dari hemoroid interna terdiri atas empat derajat berdasarkan ada tidaknya prolaps dan reduksi spontan/manual.

- b. Tipe hemoroid Hemoroid tergolong menjadi hemoroid internal, hemoroid eksternal maupun campuran keduanya.
- 1) Hemoroid interna: diselubungi epitel kolumnar, berada di atas linea dentata
 - 2) Hemoroid eksterna: diselubungi epitel skuamosa (*anoderm*), berada di bawah linea dentata
 - 3) Hemoroid campuran (*mixed hemorrhoids*): meliputi hemoroid internal, eksternal, dan ruang di antaranya.

c. Derajat hemoroid interna

Tabel. Derajat hemoroid



Derajat	Kriteria
I	Hemoroid interna non-prolaps
II	Prolaps hemoroid interna saat defekasi, dapat tereduksi spontan
III	Prolaps hemoroid interna saat defekasi, reduksi manual
IV	Prolaps hemoroid interna persisten, tidak dapat direduksi manual, inkarserata

d. Patofisiologi

Pada pemeriksaan patologi anatomi pasien hemoroid tampak perbedaan berupa dilatasi pleksus vena abnormal, proses degenerasi serat kolagen dan jaringan fibroelastik, thrombosis vaskular, distorsi serta ruptur otot subepitel anal (otot Treitz atau ligament suspensori mukosa) dan reaksi inflamasi. Beberapa mediator atau enzim seperti *matrix metalloproteinase* (MMP) yakni MMP-9 meningkat kadarnya pada hemoroid. Enzim tersebut berkaitan dengan peningkatan degradasi serat elastin. Selain itu juga terjadi peningkatan ekspresi *vascular endothelial growth factors* (VEGF) yang berkaitan dengan neovaskularisasi. Studi juga menunjukkan peningkatan tekanan di dalam anus pada suasana istirahat meningkat pada penderita hemoroid.

Peningkatan tekanan intraabdomen seperti pada kondisi mengejan saat buang air besar meningkatkan risiko timbul hemoroid. Bantalan anal akan mendapat tekanan. Jika terus berulang dalam jangka waktu lama bantalan anal dapat prolaps. Aliran balik vena terganggu hingga menimbulkan pelebaran pleksus hemoroidalis.

Perdarahan pada hemoroid dapat timbul akibat trauma oleh feses dengan konsistensi keras. Perdarahan berwarna merah segar karena sesuai anatominya bantalan anal kanal kaya akan sinusoid arteriovenosus. Pleksus hemoroidalis kaya akan kolateral luas arteri hemoroidalis.

e. Etiologi dan Faktor Risiko

Etiologi pasti hemoroid belum jelas. Hingga saat ini diduga diakibatkan akibat pergeseran bantalan anal kanal. Faktor risiko hemoroid meliputi konstipasi kronik, dan mengejan, kebiasaan buang air yang kurang baik, kehamilan atau lesi desak ruang pada pelvis (peningkatan tekanan intra abdomen), usia 45-65 tahun dan diet rendah serat.

f. Gejala klinis

Gejala hemoroid tergantung derajat keparahan penyakit. Gejala paling sering ditemukan antara lain perdarahan saat buang air besar, darah menetes dari anus, prolaps, keluar cairan dari anus (mucus discharge), dan pruritus ani.⁶ Akan tetapi penderita hemoroid dapat juga tanpa gejala.⁶

Hemoroid ditandai dengan perdarahan tanpa rasa nyeri yang dilaporkan adanya darah pada tissue setelah buang air besar atau darah menetes saat atau setelah buang air besar. Hemoroid interna dapat menimbulkan gejala ketika prolaps, trombosis, perdarahan atau menjadi ulserasi.⁷ Hemoroid eksterna dapat menimbulkan rasa tidak nyaman pada anus karena penonjolan massa. Trombosis hemoroid eksterna dapat menyebabkan nyeri akut.

g. Diagnosis

Diagnosis hemoroid ditegakan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Anamnesis untuk menggali gejala sesuai derajat penyakit dan faktor risiko serta menyingkirkan kemungkinan diagnosis banding. Pemeriksaan fisik meliputi pemeriksaan anorektal. Pemeriksaan penunjang meliputi anosopi atau kolonoskopi.

1) Anamnesis

Gejala hemoroid tergantung derajat keparahan penyakit. Gejala paling sering ditemukan antara lain perdarahan saat buang air besar, darah menetes dari anus, prolaps, keluar cairan dari anus (*mucus discharge*), dan pruritus ani.⁶ Akan tetapi penderita hemoroid dapat juga tanpa gejala.

Riwayat penyakit yang penting ditanyakan meliputi kebiasaan buang air besar, frekuensi buang air besar, konsistensi tinja, apakah ada benjolan yang keluar setelah buang air besar dan apakah bisa dimasukkan kembali ke rektum, riwayat sulit buang air besar dan kebiasaan mengedan serta kebiasaan makan dan konsumsi serat.

2) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang untuk membantu penegakan diagnosis hemoroid adalah anoskopi. Pilihan lainnya dapat dilakukan pemeriksaan sigmoidoskopi maupun kolonoskopi untuk menegakan diagnosis hemoroid sekaligus menyingkirkan diagnosis banding.⁹

a) Anoskopi

Anoskopi merupakan pemeriksaan paling akurat dan paling mudah untuk memeriksa kanalis ani dan distal rektum untuk membedakan diagnosis hemoroid interna atau fisura ani. Pemeriksaan ini jarang digunakan semenjak pemakaian endoskopi lebih banyak dilakukan.

b) Sigmoidoskopi fleksibel atau kolonoskopi.

Tidak lebih akurat untuk menegakan diagnosis hemoroid, namun dilakukan untuk menyingkirkan kemungkinan inflammatory bowel disease atau kanker. Kolonoskopi terutama dilakukan pada pasien perdarahan rektum dengan tanda bahaya atau kelompok populasi sebagai berikut: Pasien berusia 50 tahun atau lebih dan belum pernah dilakukan pemeriksaan kolon menyeluruh dalam 10 tahun terakhir, Pasien berusia 40 tahun atau lebih yang belum pernah dilakukan pemeriksaan kolonoskopi dalam 10 tahun terakhir dan memiliki riwayat satu orang keluarga inti dengan kanker kolorektal atau adenoma pada usia 60 tahun atau kurang,

Pasien berusia 40 tahun atau lebih yang belum dilakukan pemeriksaan kolonoskopi dalam lima tahun terakhir dan memiliki riwayat lebih dari satu orang keluarga inti dengan kanker kolorektal atau adenoma pada usia 60 tahun atau kurang, Pasien dengan anemia defisiensi besi, pasien dengan hasil pemeriksaan darah samar tinja positif.⁹

c) Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium darah dapat dilakukan untuk melihat adanya anemia yang mungkin disebabkan oleh perdarahan dari hemoroid.

h. Pengaruh Hemoroid dalam Kehamilan

Kehamilan membuat volume darah meningkat dan menyebabkan pembuluh darah membesar. Kondisi rahim yang semakin membesar juga membuat tekanan pada pembuluh darah di rektum (bagian kecil paling akhir dari usus besar sebelum anus). Selain itu, peningkatan hormon progesteron selama kehamilan menyebabkan dinding pembuluh darah mengendur, yang menyebabkan mereka lebih mudah membengkak. Progesteron juga memengaruhi sembelit dengan memperlambat kerja saluran usus. Setidaknya 50 persen ibu hamil mengalami hemoroid dan akan membaik setelah melahirkan.

Kondisi hamil membuat rahim terus berkembang dan menekan pembuluh darah pada pelvis. Belum lagi peningkatan hormon progesteron yang melemaskan pembuluh darah dan memungkinkan pembuluh darah lebih gampang membengkak. Progesteron juga berkontribusi terhadap konstipasi dan memperlambat kerja usus sehingga kombinasi ini semua menyebabkan wasir di saat hamil. Hemoroid saat hamil biasanya terjadi ketika usia kehamilan memasuki 25 minggu. Kondisi ini dipicu oleh tekanan berlebih dari rahim yang terus membesar, sehingga menekan pembuluh darah pada anus yang menyebabkannya menyembul ke daerah rektum.

Beberapa ibu hamil juga memiliki hemoroid di masa sebelum kehamilan karena memang sudah memiliki masalah pencernaan. Bila ibu memiliki hemoroid sebelum kehamilan, kemungkinan besar ibu akan mengalaminya juga selama kehamilan. Kondisi kesehatan ini juga bisa berkembang setelah melahirkan akibat mengejan selama persalinan.

i. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan hemoroid internal dilakukan berdasarkan derajat keparahan. Terapi utama adalah terapi non farmakologi berupa modifikasi diet serta perbaikan bowel habit. Terapi selanjutnya adalah medikamentosa dan pembedahan.

Hemorrhoid merupakan sesuatu yang fisiologis, maka terapi yang dilakukan hanya untuk menghilangkan keluhan, bukan untuk menghilangkan pleksus hemorrhoidalis. Pada hemorrhoid derajat I dan II terapi yang diberikan berupa terapi lokal dan himbauan tentang perubahan pola makan. Dianjurkan untuk banyak mengonsumsi sayur-sayuran dan buah yang banyak mengandung air. Hal ini untuk memperlancar buang air besar sehingga tidak perlu mengejan secara berlebihan.¹²

Pemberian obat melalui anus (*suppositoria*) dan salep anus diketahui tidak mempunyai efek yang berarti kecuali sebagai efek anestetik dan astringen. Selain itu dilakukan juga skleroterapi, yaitu penyuntikan larutan kimia yang merangsang dengan menimbulkan peradangan steril yang pada akhirnya menimbulkan jaringan parut. Untuk pasien derajat III dan IV, terapi yang dipilih adalah terapi bedah yaitu dengan hemoroidektomi. Terapi ini bisa juga dilakukan untuk pasien yang sering mengalami perdarahan berulang, sehingga dapat sebabkan anemia, ataupun untuk pasien yang sudah mengalami keluhan-keluhan tersebut bertahun-tahun. Dalam hal ini dilakukan pemotongan pada jaringan yang benar-benar berlebihan agar tidak mengganggu fungsi normal anus.¹³

Tabel penatalaksanaan hemoroid

Jenis Hemoroid	Penatalaksanaan
Hemoroid Internas derajat I	Penatalaksanaan konservatif medikamentosa disertai dengan modifikasi gaya hidup, menghindari OAINS, dan menghindari makanan pedas maupun berlemak
Hemoroid Internas derajat II dan III	Penatalaksanaan konservatif medikamentosa, modifikasi gaya hidup, dan tindakan non-operatif bila diperlukan
Hemoroid Internas derajat III yang sangat simptomatik dan derajat IV	Paling baik dilakukan hemorhoidektomi
Hemoroid Internas derajat IV dengan gangren atau inkarserata	Diperlukan tindakan bedah segera
Hemoroid Eksternal dengan thrombosis	Dapat berespon baik dengan enukleasi
Hemoroid Eksternal dengan gangguan hygiene atau <i>skin tag</i>	Lebih baik ditatalaksana dengan reseksi operatif

3. Persalinan

a. Definisi

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 – 42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi baik ibu maupun bayi. Persalinan spontan adalah proses persalinan lewat vagina yang berlangsung tanpa menggunakan alat maupun obat tertentu, baik itu induksi, vakum, atau metode lainnya. Persalinan spontan benar – benar hanya mengandalkan tenaga dan usaha ibu untuk mendorong keluarnya bayi.

Persalinan spontan dapat dilakukan dengan presentasi belakang kepala (kepala janin lahir terlebih dahulu) maupun presentasi bokong (sungsang).³³

b. Etiologi

Terjadinya persalinan belum diketahui dengan pasti , sehingga menimbulkan beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya persalinan.perlu diketahui ada dua hormon yang dominan saat hamil yaitu : Estrogen dan Progesteron. Teori tentang penyebab persalinan adalah³³ :

1) Teori peregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

2) Teori penurunan Progesteron

Proses penebaran plasenta terjadi pada usi kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim menjadi sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

3) Teori oksitosin Internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Menurunnya konsentrasi akibat tuanya kehamilan, maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas sehingga persalinan dimulai.

4) Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan.

5) Teori hipotalamus – pituitari dan glandula suprarenalis

Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan anencephalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus. Glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan.

c. Tanda – tanda permulaan persalinan³³

- 1) *Lightening* atau *dopping* atau *setting* yaitu kepala trun memasuki pintu atas panggul, terutama pada primigravida. Pada multipara hal tersebut tidak begitu jelas.
- 2) Perut kelihatan melebar dan tinggi fundus uteri turun
- 3) Sering buang air kecil atau sulit berkemih (polakisuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian bawah janin.
- 4) Perasaan nyeri diperut dan dipinggang oleh adanya kontraksi uterus.
- 5) Serviks menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah mungkin disertai lendir darah (*bloody show*)

d. Tanda Inpartu³³

- 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 dari serviks.
- 3) Kadang – kadang ketuban pecah dengan sendirinya
- 4) Pada pemeriksaan dalam serviks mendatar dan telah terjadi pembukaan.

e. Tahapan Persalinan

1) Kala I Persalinan

Dimulai sejak adanya his yang teratur dan meningkat (Frekuensi dan kekuatannya) yang menyebabkan pembukaan, sampai serviks pemukaan lengkap (10 cm). Kala I terdiri dari dua fase yaitu fase laten dan fase aktif. Fase laten yaitu dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan pembukaan sampai dengan pembukaan 3cm, pada umumnya berlangsung 8 jam.

Fase aktif dibagi menjadi tiga yaitu fase akselerasi, fase dilatasi maksimal, fase deselerasi. Fase akselerasi yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm. Dalam waktu 2 jam pembukaan serviks berlangsung cepat dari pembukaan 4cm menjadi 9 cm. Fase deselerasi yaitu fase lambat dalam waktu 2 jam pembukaan 9cm menjadi pembukaan 10 cm.

Pada primipara, berlangsung selama 12 jam dan multipara sekitar 8 jam.

2) Kala II Persalinan

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Tanda pasti kala II

ditandai dengan: pembukan serviks telah lengkap (10 cm) atau terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

Proses kala II berlangsung 2 jam pada primipara dan 1 jam pada multipara

3) Kala III Persalinan

Persalinan kala III dimulai segera setelah bayi lahir, dan berakhir dengan lahirnya plasenta serta selaput ketuban yang berlangsung tidak lebih dari 30menit.

4) Kala IV Persalinan

Kala IV persalinan dimulai setelah lahirnya plasenta sampai 2 jam postpartum.

f. Fisiologi Persalinan

1) Kala I

Awal kontraksi uterus terjadi pada fundus dan akan menyebar kedepan dan kebawah abdomen. Kontraksi akan berakhir dengan masa terpanjang dan sangat kuat. Saat uterus sedang berkontraksi dan relaksasi maka akan menyebabkan kepala janin masuk dalam rongga pelvik².

Serviks berubah menjadi lembut pada saat sebelum persalinan. Efacement atau penipisan. Dilatasi yang berhubungan dengan adanya pembukaan progresif dari serviks untuk mengukur adanya dilatasi maka digunakan jari tangan sampai ukuran 10 cm atau pembukaan lengkap. Bloos show merupakan darah yang keluar sedikit dari serviks yang menandakan akan merupakan tanda persalinan.

Organisasi Kesehatan Dunia merekomendasikan penggunaan partograf untuk menilai kemajuan persalinan untuk wanita.

Tabel 1. Penilaian dan Intervensi selama Kala I

Parameter	Frekuensi pada kala 1 laten	Frekuensi pada Kala 1 aktif
Tekanan darah	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Suhu tiap 4 jam	Tiap 2 jam	

Nadi	Tiap 1 jam	Tiap 30-60 menit
Denyut jantung janin	Tiap 30 – 60 menit	Tiap 30 menit
Kontraksi	Tiap 1 jam	Tiap 30menit
Pembukaan serviks	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Penurunan kepala	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Warna cairan amnion	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam

2) Kala II

His menjadi lebih kuat, kontraksinya selama 50-100 detik datangnya 2-3 menit. Ketuban biasanya pecah pada kala ini. Pasien mulai mengejan, pada akhir kala II sebagai tanda bahwa kepala sudah didasar panggul, perineum menonjol, vulva menganga dan *rectum* membuka. Pada puncak his, bagian kecil kepala nampak di vulva dan hilang lagi waktu his berhenti, begitu terus hingga nampak lebih besar. Kejadian ini disebut kepala membuka pintu.

Pada akhirnya lingkaran anter besar kepala terpegang oleh vulva sehingga tidak mundur lagi, tonjolan tulang ubun – ubun telah lahir di *subocciputata* dibawah symphysis disebut kepala keluar pintu. Pada his berikutnya dengan ekstensi maka lahirlah ubun – ubun besar dahi dan mulut pada *commisura posterior*. Pada saat ini biasanya akan robek pada pinggir depannya karena tidak dapat menahan regangan yang kuat tersebut.

Setelah kepala lahir dilanjutkan dengan putaran paksi luar, sehingga kepala melintang, vulva menekan pada leher dan dada tertekan oleh jalan lahir sehingga dari anak keluar lendir dan cairan. Pada his berikutnya bahu belakang lahir, kemudian bahu depan disusul seluruh badan anak dengan fleksi lateral, sesuai dengan paksi jalan lahir.

Setelah anak lahir, sering keluar sisa air ketuban, yang tidak keluar waktu ketuban pecah, kadang – kadang bercampur darah. Lama kala II pada primi ± 50 menit, pada multi ± 20 menit.¹⁷

3) Kala III

Tanda – tanda lepasnya plasenta mencakup beberapa atau semua hal yaitu perubahan bentuk dan tinggi fundus, talipusat memanjang, dan ada semburan darah secara tiba – tiba.

Setelah bayi baru lahir kontraksi rahim istirahat sebentar. Uterus terba keras dengan fundus uterus setinggi pusat, dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2 kali sebelumnya. Beberapa saat kemudian timbul his pelepasn dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5-10 menit plasenta terlepas, terdorng ke dalam vagina akan lahir spontan atau sedikit dorongan dari atas simfisis atau fundus uteri.

Seluruh proses biasanya berlangsung 5 – 30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai pengeluaran darah kira – kira 100 – 200 cc.

4) Kala IV

Kala IV dimulai dari setelah plasenta lahir sampai dengan 2 jam berikutnya. Perlu pengawasan intensif pada kala IV diakrenakan resiko perdarahan dan atonia uteri. Asuhan dan pemantauan Kala IV yaitu masase uterus berkontraksi dengan baik.

Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari melintang dengan pusat sebagai patokan. Umumnya tinggi fundus uteri maupun dibawah pusat. Memperkirakan darah secara keseluruhan, memungkinkan terjadinya perdarahan dan robekan perineum.

Evaluasi keadaan umum ibu, dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama persalinan dibagian belakang partograf, segera setelah asuhan diberikan³⁴.

g. Faktor yang mempengaruhi persalinan

1) Power (Kekuatan Ibu)

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligamen. Kekuatan primer yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga meneran ibu.

His atau kontraksi uterus adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan. His dibedakan menjadi dua yakni his pendahuluan dan his persalinan. His pendahuluan atau his palsu (false labor pains), yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan dari kontraksi braxton hicks. His ini bersifat tidak teratur dan menyebabkan nyeri di perut bagian bawah dan lipat paha, tidak menyebabkan nyeri yang memancar dari pinggang keperut bagian bawah.

His pendahuluan tidak mempunyai pengaruh terhadap serviks. His persalinan merupakan suatu kontraksi dari otot-otot rahim yang fisiologis, akan tetapi bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya dan bersifat nyeri. Kontraksi Rahim bersifat otonom yang artinya tidak dipengaruhi oleh kemauan, namun dapat dipengaruhi dari luar misalnya rangsangan oleh jari-jari tangan.³⁵

Tenaga meneran ini serupa dengan tenaga meneran saat buang air besar, tetapi jauh lebih kuat lagi. Ketika kepala sampai pada dasar panggul, timbul suatu reflek yang mengakibatkan pasien menekan diafragmanya kebawah. Tenaga meneran pasien akan menambah kekuatan kontraksi uterus. Pada saat pasien meneran, diafragma dan otot-otot dinding abdomen akan berkontraksi. Kombinasi antara his dan tenaga meneran pasien akan meningkatkan tekanan intra uterus sehingga janin akan semakin terdorong keluar.

Kekuatan sekunder tidak mempengaruhi dilatasi serviks, tetapi setelah dilatasi serviks lengkap, kekuatan ini cukup penting untuk mendorong janin keluar. Apabila dalam persalinan melakukan valsava maneuver (meneran) terlalu dini, dilatasi serviks akan terhambat. Meneranakan menyebabkan ibu lelah dan menimbulkan trauma pada serviks.

2) Passage (Jalan Lahir)

Passage terdiri dari bagian keras tulang panggul (rangka panggul), bagian lunak seperti otot – otot, jaringan dan ligamen – ligamen.

Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya dengan jalan lahir yang relative kaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai. Tulang panggul dibentuk oleh gabungan tulang illium, tulang iskiium, tulang pubis, dan tulang-tulang sacrum.

Panggul memiliki empat bidang yang menjadi ciri khas dari jalan lahir yakni pintu atas panggul (PAP), bidang terluas panggul, bidang tersempit panggul, dan pintu bawah panggul. Jalan lahir merupakan corong yang melengkung kedepan panjangnya 4,5 cm dan belakang 12,5 cm. Pintu atas panggul menjadi pintu bawah panggul seolah-olah berputar 90o terjadi pada bidang tersempit panggul. Pintu bawah panggul bukan merupakan satu bidang tetapi dua bidang segitiga.

Pintu atas panggul (PAP) merupakan bagian dari pelvis minor yang terbentuk dari promontorium, tulang sakrum, linea terminalis, dan pinggir atas simfisis. Jarak antara simfisis dan promontoriumsekitar 11 cm disebut konjungata vera. Jarak terjauh garis melintang pada PAP adalah 12,5 sampai 13 cm yang disebut diameter transvera.

Bidang dengan ukuran terbesar atau bidang terluas panggul merupakan bagian yang terluas dan berbentuk seperti lingkaran. Bidang ini memiliki batas anterior yakni pada titik tengah permukaan belakang tulang pubis. Pada lateral sepertiga bagian atas dan tengah foramen obturatorium, sedangkan batas posterior pada hubungan antara vertebra sakralis ke dua dan ketiga.

Bidang dengan ukuran terkecil atau bidang tersempit panggul merupakan bidang terpenting dalam panggul yang memiliki ruang yang paling sempit dan di tempat ini paling sering terjadi macetnya persalinan. Bidang ini terbentang dari apeks sampai arkussub pubis melalui spina ischiadika ke sakrum, biasanya dekat dengan perhubungan antara vertebra sakralis ke-4 dan ke-5.

Bidang tersempit panggul memiliki batas-batas yakni pada tepi bawah simfisis pubis, garis putih pada fascia yang menutupi foramen obturatorium, spina ischiadika, ligamentum sacrospinus, dan tulangsakrum.

Pintu bawah panggul ialah batas bawah panggul sejati. Dilihat dari bawah, struktur ini berbentuk lonjong, seperti intan, di bagian anterior

dibatasi oleh lengkung pubis, di bagian lateral dibatasi oleh tuberositas iskiur, dan dibagian posterior dibatasi oleh ujung koksigeum.

Bidang hodge berfungsi untuk menentukan sampai dimana bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan. Bidang hodge tersebut antara lain: Hodge I merupakan bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promontorium.

Hodge II yakni bidang yang sejajar Hodge I setinggi bagian bawah simfisis. Hodge III yakni bidang yang sejajar Hodge I setinggi spina ischiadika.

Hodge IV merupakan bidang yang sejajar Hodge I setinggi tulang koksigis.³⁶

3) Passenger (Janin dan Plasenta).

Perubahan mengenai janin sebagai passenger Sebagian besar adalah mengenai ukuran kepala janin, karena kepala merupakan bagian terbesar dari janin dan paling sulit untuk dilahirkan. Adanya celah antara bagian-bagian tulang kepala janin memungkinkan adanya penyisipan antara bagian tulang sehingga kepala janin dapat mengalami perubahan bentuk dan ukuran, proses ini disebut molase.³⁶

Plasenta dan tali pusat memiliki struktur berbentuk bundar atau hampir bundar dengan diameter 15 cm sampai 20 cm dan tebal 2 cm sampai 2-2,5 cm, berat rata-rata 500 gram, terletak di depan atau di belakang dinding uterus keatas arah fundus. Bagian plasenta yang menempel pada desidua terdapat kotiledon disebut pars maternal, dan dibagian ini tempat terjadinya pertukaran darah ibu dan janin. Tali pusat merupakan bagian yang sangat penting untuk kelangsungan hidup janin meskipun tidak menutup kemungkinan bahwa tali pusat juga menyebabkan penyulit persalinan misalnya pada kasus lilitan tali pusat.

Air ketuban atau amnion merupakan elemen yang penting dalam proses persalinan. Air ketuban ini dapat dijadikan acuan dalam menentukan diagnose kesejahteraan janin. Amnion melindungi janin dari trauma atau benturan, memungkinkan janin bergerak bebas, menstabilkan suhu tubuh janin agar tetap hangat, menahan tekanan uterus, dan pembersih jalan lahir.

h. Penatalaksanaan Asuhan Persalinan

Asuhan sayang ibu dan sayang bayi harus dimasukkan sebagai bagian dari persalinan bersih dan aman, termasuk hadirnya keluarga atau orang-orang yang hanya memberikan dukungan. Partograf harus digunakan untuk memantau persalinan dan berfungsi sebagai suatu catatan/ rekam medik untuk persalinan. Selama persalinan normal, intervensi hanya dilaksanakan jika ada indikasi, penolong persalinan harus tetap tinggal bersama ibu dan bayi.

Manajemen kala III, termasuk melakukan penjepitan dan pemotongan tali pusat secara dini. Memberikan suntikan oksitosin secara Intramuskular, melakukan peregangan tali pusat terkendali (PTT), dan segera melakukan massase fundus hal tersebut harus dilakukan pada semua persalinan normal.

Penolong persalinan harus tetap tinggal Bersama ibu setidaknya 2 jam pertama setelah kelahiran sampai keadaan ibu stabil, fundus harus diperiksa setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Massase fundus harus dilakukan sesuai dengan kebutuhan untuk memastikan tonus uterus tetap baik, perdarahan minimal dan dapat dilakukan

Tindakan pencegahan. Selama 24 jam pertama setelah pertama setelah persalinan, fundus harus sering diperiksa dan dimasa sesampai tonus baik. Segera setelah lahir seluruh tubuh terutama kepala bayi harus segera diselimuti dan dikeringkan, juga dijaga kehangatannya untuk mencegah hipotermi, obat-obat esensial, bahan, dan perlengkapan harus disediakan oleh petugas dan keluarga.

Penatalaksanaan Kala I Tindakan yang dilakukanselama kala I persalinan: Menghadirkan orang yang dianggap penting oleh ibu seperti: suami, keluarga pasien, atau teman dekat. Dukungan yang dapat diberikan yaitu mengusap keringat, menemani/ membimbing jalan-jalan (mobilisasi), memberikan minum, merubah posisi, memijat atau menggosok pinggang. Mengatur aktifitas dan posisi ibu. Ibu diperbolehkan melakukan aktifitas sesuai dengan kesanggupannya.

Posisi sesuai dengan keinginan ibu, namun bila ibu ingin di tempat tidur sebaiknya tidak dianjurkan tidur dalam posisi tentang terlentanglurus. Membimbing ibu dan untuk rileks sewaktu habis his. Ibu diminta menarik nafas panjang, tahan napas sebentar, kemudian dilepaskan dengan cara meniup sewaktu his.

Menjaga privasi ibu. Penolong tetap menjaga hak privasi ibu dalam persalinan, antara lain menggunakan penutup atau irai, tidak menghadirkan orang lain tanpa sepengetahuan dan seizin pasien/ ibu. Penjelasan tentang kemajuan persalinan. Menjelaskan kemajuan persalinan, perubahan yang terjadi dalam tubuh ibu, serta prosedur yang akan dilaksanakan dan hasil-hasil pemeriksaan.

Menjaga kebersihan diri. Membolehkan ibu untuk mandi, menganjurkan ibu membasuh sekitar kemaluannya sesuai dengan air kecil/ besar. Mengatasi rasa panas. Ibu bersalin biasanya merasa panas dan banyak keringat, dapat diatasi dengan cara menggunakan kipas angin atau AC dalam kamar, menggunakan kipas biasa, menganjurkan ibu untuk mandi.

Massase. Jika ibu suka, lakukan pijatan/ massase pada punggung atau mengusap perut dengan lembut. Pemberian cukup minum. Untuk memenuhi kebutuhan energi dan mencegah dehidrasi. Mempertahankan kandung kemih tetap kosong. Sarankan ibu untuk berkemih sesering mungkin. Sentuhan. Disesuaikan dengan keinginan ibu, memberikan sentuhan pada salah satu bagian tubuh yang bertujuan untuk mengurangi rasa kesendirian ibu selama proses persalinan.

Diagnosis kala I yaitu sudah dalam persalinan (inpartu): ada tanda-tanda persalinan (pembukaan serviks > 3 cm, his adekuat (teratur, minimal 2 kali dalam 10 menit selama 40 detik), lender darah dari vagina. Kemajuan persalinan normal: kemajuan berjalan sesuai dengan partograf. Persalinan bermasalah seperti: kemajuan persalinan yang tidak sesuai dengan partograf, melewati garis waspada. Kegawat daruratan saat persalinan, seperti: eklampsia, perdarahan, gawat janin.

Tindakan yang dilakukan selama kala II persalinan:

Memberikan dukungan terus menerus kepada ibu. Kehadiran seseorang ibu untuk mendampingi ibu agar merasa nyaman, menawarkan minum, mengipasi dan memijat ibu. Menjaga kebersihan diri. Ibu tetap dijaga kebersihannya agar terhindar infeksi, bila ada darah lender atau cairan ketuban segera dibersihkan.

Melakukan massase. Menambah kenyamanan bagi ibu. Memberikan dukungan mental. Untuk mengurangi kecemasan atau ketakutan ibu, dengan cara menjaga privasi, penjelasan tentang proses dan kemajuan persalinan,

penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan dan keterlibatan ibu. Mengatur posisi ibu.

Dalam memimpin mendedan dapat dipilih posisi jongkok, menungging, tidur miring, setengah duduk, posisi tegak ada kaitannya dengan berkurangnya rasa nyeri, mudah mendedan, kurangnya trauma vagina dan perineum dan infeksi.

Menjaga kandung kemih tetap kosong. Ibu dianjurkan untuk berkemih sesering mungkin. Kandung kemih yang penuh dapat menghalangi turunnya kepala ke dalam rongga kepala. Memberi cukup minum. Memberi tenaga dan mencegah dehidrasi.

Memimpin mendedan. Ibu dipimpin mendedan selama his anjurkan kepada ibu untuk mengambil nafas. Mendedan tanpa diselingi bernafas, kemungkinan dapat menurunkan PH pada arteri umbilicus yang dapat menyebabkan denyut jantung tidak normal dan nilai APGAR rendah.

Bernafas selama persalinan. Minta ibu untuk bernafas selagi kontraksi untuk memastikan janin tidak mengalami bradikardi ($DJJ < 120$ x/ menit). Selama mendedan yang lama, akan terjadi pengurangan aliran darah dan oksigen ke janin. Melahirkan bayi. Menolong kelahiran bayi.

Letakkan satu tangan ke kepala bayi agar defleksi tidak terlalu cepat. Menahan perineum dengan satu tangan lainnya bila diperlukan. Mengusap muka bayi untuk membersihkan dari kotoran lendir/darah. Periksa talipusat. Bila lilitan talipusat terlalu ketat, diklem pada dua tempat kemudian digunting di antara kedua klem tersebut, sambil melindungi leher bayi.

Melahirkan bahu dan anggota seluruhnya. Persiapan melahirkan bahu bayi setelah kepala bayi keluar dan terjadi putaran paksi luar. Posisikan kedua tangan biparietal atau di sisi kanan dan kiri kepala bayi. Gerakkan kepala secara perlahan ke arah bawah hingga bahu anterior tampak pada arkus pubis.

Gerakkan kepala ke arah atas untuk melahirkan bahu posterior. Pindahkan tangan kanan ke arah perineum untuk menyanggah bayi bagian kepala, lengan, dan siku sebelah posterior, sedangkan tangan kiri memegang lengan dan siku sebelah anterior. Pindahkan tangan kiri menelusuri punggung dan bokong, dan kedua tungkai kaki saat dilahirkan.³⁷

Bayi dikeringkan dan dihangatkan dari kepala sampai kaki untuk mencegah hipotermi. Menilai dan merangsang bayi. Biasanya dengan

melakukan pengeringan cukup memberikan rangsangan pada bayi. Dilakukan dengan cara mengusap-usap pada bagian punggung atau menepuk-telapak kaki bayi. Pengkajian awal/ segera palpasi uterus untuk menentukan apakah ada bayi yang kedua: jika ada, tunggu sampai bayi kedua lahir.

Menilai apakah bayi baru lahir dalam keadaan normal (menangis spontan, kulit kemerahan dan tonus otot baik), jika tidak rawat bayi segera. Bayi normal, tidak ada tanda-tanda kesulitan pernafasan, APGAR >7 pada menit ke-5. Bayi dengan penyulit, seperti berat badan kurang, asfiksia, Apgar score rendah, cacat lahir pada kaki.

Penatalaksanaan Kala III, melakukan manajemen aktif pada kala III persalinan yaitu pemberian suntikan Oksitosin 10 IU dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, melakukan Peregangan Tali pusat Terkendali (PTT), dan massase fundus uteri segera setelah plasenta lahir.

Langkah-langkahnya yaitu: Memeriksa adakah bayi kedua. Menyuntikkan oksitosin intra muskular pada lateral paha ibu, atau intra vena bila sudah terpasang infus. Memasang klem tali pusat 3 cm dari umbilicus bayi, lalu tali pusat ditekan dan didorong ke arah distal atau kesisi plasenta, dan pasang klem tali pusat ke-2 sekitar 2 cm dari klem pertama. Menggantung tali pusat di antara kedua klem, hati-hati dengan perut bayi.

Bayi segera diletakkan di dada ibu untuk Inisiasi Menyusu Dini (IMD) Melakukan Peregangan Tali pusat Terkendali (PTT) saat uterus berkontraksi untuk mengeluarkan plasenta. Cara peregangan tali pusat adalah satu tangan membawa klem ke arah bawah, sedangkan tangan lainnya memegang uterus sambil didorong ke arah dorso cranial.

Jika tali pusat bertambah Panjang maka pindahkan klem hingga jarak 5-10 cm dari vulva ibu, lakukan peregangan tali pusat berulang dengan perlahan hingga plasenta lahir spontan. Jika dalam 30 menit plasenta tidak lahir spontan, atau terjadi retensio plasenta, maka lakukan manual plasenta.

Melakukan massase fundus uteri segera setelah seluruh plasenta lahir. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik, maka dilakukan penatalaksanaan atonia uteri. Melakukan pemeriksaan plasenta dan selaputnya untuk memastikan keduanya lengkap dan utuh.³⁷

Penanganan Kala IV Pemeriksaan fundus setelah 1-2 menit untuk memastikan uterus berkontraksi. Jika uterus masih belum berkontraksi baik,

ulangi masase fundus uteri. Ibu dan keluarganya diajarkan bagaimana cara melakukan masase uterus sehingga mampu untuk segera mengetahui jika uterus tidak berkontraksi baik. Periksa fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 20-30 menit selama jam kedua. Mengajari ibu dan anggota keluarga bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi.

Nutrisi dan dehidrasi. Anjurkan ibu dan kenakan pakaian ibu yang bersih dan kering. Istirahat. Biarkan ibu beristirahat, Telah bekerja keras melahirkan bayinya. Bahu ibu pada posisi yang nyaman. Peningkatan hubungan ibu dan bayi. Biarkan bayi berada pada ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi, sebagai permulaan dengan menyusui bayi.

Memulai menyusui. Bayi sangat siap segera setelah kelahiran. Hal ini sangat tepat untuk memulai memberikan ASI. Menyusui juga membantu uterus berkontraksi. Menolong ibu ke kamar mandi. Jika ibu perlu ke kamar mandi, ibu boleh bangun, pastikan ibu dibantu dan selamat karena ibu masih dalam keadaan lemah atau pusing setelah persalinan. Pastikan ibu sudah buang air kecil dalam 3 jam postpartum. Mengajari ibu dan anggota keluarga tanda-tanda bahaya bagi ibu dan bayi.

i. Partograf

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

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

Halaman Partograf mencantumkan hasil observasi atau pemeriksaan yang dilakukan mencakup:

- 1) Informasi tentang ibu meliputi nama, umur, GPA, nomor catatan medis, tempat dan waktu mulainya dirawat, waktu pecahnya selaput ketuban.

- 2) Kondisi janin;
- a) DJJ normal 120 – 160 x/menit,
 - b) Warna dan adanya air ketuban bila air ketuban utuh belum pecah (U), ketuban sudah pecah dan jernih (J), D (ketuban pecah dan bercampur darah), ketuban pecah dan tidak ada ir ketuban (K).
 - c) Molase (penyusupan kepala janin) bila 0 : tulang – tulang kepala ajnin terpisah, sutura mudah di palpasi, 1 bila tulang kepla janin bersentuhan, 3 bila tulang kepla janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan.

1. Sectio Ceaserian

Seksio sesarea adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram²¹.

Jenis-jenis seksio sesarea adalah:

- a. Seksio sesarea klasik : pembedahan secara Sanger
- b. Seksio sesarea transperitoneal profunda (*supra cervicalis + lower segmen caesarean section*)
- c. Seksio sesarea diikuti dengan histerektomi (*caesarean hysterectomy = seksio histerektomi*)
- d. Seksio sesarea ekstraperitoneal
- e. Seksio sesarea vaginal

Indikasi Ibu pada tindakan operasi sesar yaitu panggul sempit absolut, tumor jalan lahir yang menimbulkan obstruksi, Stenosis serviks/vagina, plasenta previa, disproporsi sefalopelvik, ruptura uteri membakat, riwayat seksio sesarea pada kehamilan sebelumnya, maternal request, trauma perineum sebelumnya, bedah rekonstruksi pelvik atau anal sebelumnya, infeksi HIV atau herpes simpleks, penyakit jantung atau paru, aneurisma otak atau malformasi arteriovenosa, patologi yang membutuhkan pembedahan intraabdominal secara bersamaan, sesar perimortem.

Indikasi anatomi untuk tindakan operasi sesar yaitu abnormal plasentasi (plasenta previa, plasenta akreta), solusio plasenta, riwayat histerektomi klasik sebelumnya, riwayat miomektomi, riwayat insisi

dehisensi uterus, kanker serviks, riwayat trachelectomy (riwayat pengangkatan serviks, bagian atas vagina dan parametrium (jaringan yang mengelilingi serviks), obstruksi tractus genitalia karena massa, rirkalse (*Cerclage*) permanen

Indikasi janin pada tindakan operasi sesar antara lain kelainan letak, gawat janin, prolapsus tali pusat, gagal persalinan pervaginam dengan tindakan, makrosomia, anomaly kongenital, trombositopenia, riwayat trauma lahir sebelumnya.

4. Bayi Baru Lahir ³³.

a. Definisi

Bayi baru lahir adalah bayi yang lahir dari kehamilan yang aterm (37-42 minggu) dengan berat lahir 2500 – 4000 gram. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalaui vagina tanpa melalui alat pada usia kehamilan 37- 42 mnggu, dengan berat badan lahir 2500 – 4000 gram, nilai Apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan.

Bayi baru lahir juga disebut neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diridari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin

b. Kewaspadaan Umum (*Universal Precaution*)

Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun saat bayi lahir.

c. Penilaian awal

Sebelum lahir: apakah kehamilan cukup bulan, air ketuban jernih atau meconium. Setelah bayi lahir apakah bayi menangis/ tidak / megap – megap, apakah tonus otot kuat.

d. *APGAR Score*

Merupakan alat untuk mengkaji kondisi bayi sesaat setelah lahir, meliputi 5 variabel(pernafasan, frekuensi jantung, warna, tonus otot dan iritabilitasreflek). Penilaian ini dilakukan pada 1 menit pertama kelahiran untuk memberi kesempatan pada bayi untuk memulai perubahan, menit ke-5 dan menit ke-10.

Tabel 2. Apgar skor³⁸

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

e. Pencegahan kehilangan panas

Mekanisme kehilangan panas meliputi:

a) Evaporasi

Kehilangan panas akibat penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh bayi sendiri.

b) Konduksi

Kehilangan panas tubuh dengan kontak langsung dengan permukaan yang dingin.

c) Konveksi

Adalah kehilangan panas tubuh saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin.

d) Radiasi

Adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi yang ditempatkan didalam ruangan yang dingin.

f. Pemotongan dan perawatan tali pusat

Klem potong dan ikat tali pusat dua menit pasca lahir

g. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Prinsip pemberian ASI adalah sedini mungkin, meletakkan bayi tengkurap di dada ibu.

h. Pencegahan Perdarahan

Karena sistem pembekuan darah bayi baru lahir belum sempurna, maka semua bayi beresiko untuk mengalami perdarahan. Pada semua bayi baru lahir diberikan suntikan KI sebanyak 1 mg dosis tunggal secara IM pada anterolateral paha kiri.

i. Pencegahan Infeksi Mata

Salep atau tetes mata untuk pencegahan infeksi mata segera setelah proses IMD sebaiknya 1 jam setelah lahir.

j. Pemberian Imunisasi

Imunisasi Hepatitis b pertama (Hb0) diberikan 1- 2 jam setelah pemberian vitamin KI secara IM. Tujuannya mencegah Infeksi Hepatitis B terhadap bayi terutama jalur ibu dan bayi.

k. Pemberian Identitas

Semua bayi baru lahir di fasilitas kesehatan harus segera mendapatkan tanda pengenal berupa gelang. Berisi identitas nama ibu dan Klirong, tanggal dan jam lahir dan jenis kelamin. Penolong menuliskan keterangan lahir di buku KIA.

l. Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik

- 1) Lihat postur, tonus dan aktifitas, posisi tungkai dan lengan, bayi sehat akan aktif
- 2) Lihat kulit, wajah bibir, selaput lendir,
- 3) Hitung pernapasan dan lihat tarikan dinding dada ke dalam frekuensi normal 40- 60 kali permenit
- 4) Hitung denyut dada dengan stetoskop di dada kiri setinggi apeks kordis. Normal 120-160 kali/menit.

- 5) Pengukuran suhu. Normal adalah $36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$.
- 6) Lihat raba bagian kepala
- 7) Lihat mata
- 8) Lihat dalam mulut (masukan 1 jari dengan sarung tangan ke dalam mulut, raba langit – langit, bibir, gusi)
- 9) Lihat dan raba perut.
- 10) Lihat tali pusat tidak ada perdarahan, pembengkakan, nanah, kemerahan pada tali pusat
- 11) Lihat punggung dan raba tulang belakang
- 12) Anus apakah ada lubang, biasanya meconium akan keluar dalam 24 ajm terakhir.
- 13) Lihat dan raba alat kelamin luar bila perempuan kadang terlihat cairan vagina putih atau kemerahan.
- 14) Timbang bayi
- 15) Mengukur panjang dan lingkar kepala bayi.
- 16) Menilai cara menyusui.

m. Pemulangan bayi baru lahir

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

- a) Tidak mau minum atau muntah
- b) Kejang
- c) Bergerak bila hanya dirangsang
- d) Napas cepat (≥ 60 kali/ menit)
- e) Napas lambat (< 30 kali/ menit)
- f) Tarikan dinding dada yang kuat
- g) Merintih
- h) Teraba demam ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$)
- i) Teraba dingin (suhu aksila $< 36^{\circ}\text{C}$)
- j) Nanah banyak dimata
- k) Pusar kemerahan meluas ke dinding perut

- l) Diare
- m) Tampak kuning pada tangan dan telapak kaki³³.

5. Masa Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas dimulai setelah persalinan selesai dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung selama 6 minggu⁴³. Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas atau *puerperium* dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Dalam bahasa latin, waktu dimulai tertentu setelah melahirkan anak ini disebut *Puerperium*. Yang bersal dari kata *puer* yang artinya bayi dan *parous* melahirkan. Jadi Puerperium berarti masa setelah melahirkan bayi. *Puerperium* berarti masa pulih kembali⁴⁴.

b. Tahapan Masa Nifas

Menurut (Nani Desiyani,2018; 100-101) tahapan masa nifas meliputi;Periode Immediate Postpartum yaitu masa segera setelah placenta lahir sampai 24 jam. Pada masa ini sering terjadi banyak masalah misalnya perdarahan karena atonia uteri. Periode Early Postpartum (24 Jam sampai 1 minggu) pada fase ini, terjadi perubahan (involusi) uteri kembali keadaan normal. Periode Late Postpartum (1 minggu sampai 5 minggu). Selama masa nifas, alat genetalia interna dan externa akan berangsur – angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan secara keseluruhan disebut involusi. Selain involusi terjadi juga perubahan – perubahan penting lain yakni hemokonsentrasi dan timbulnya laktasi.

c. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

1) Perubahan sistem reproduksi:

a) Uterus

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil. Proses involusi uterus sebagai berikut :

b) Iskemia miometrium

Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.

c) Atrofi jaringan

Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon estrogen saat pelepasan plasenta.

d) Autolisis

Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus.

e) Efek oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus⁴⁴. Dalam penelitian Aisyah Vidia S *et.al* (2017) menyebutkan bahwa ada pengaruh pijat oksitosin dengan proses involusi uterus. Dengan *p value* $0,000 < 0,005$ ⁴⁵.

2) Lokia

Lokia adalah ekskresi cairan rahim selama nifas dan mempunyai basa atau alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang pada vagina normal. Lokia mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda – beda setiap wanita⁴⁴ Locke berasal dari bahasa latin yang digunakan untuk menggambarkan perdarahan pervaginam setelah melahirkan. Menjelang akhir minggu kedua, pengeluaran darah menjadi berwarna putih kekuningan yang terdiri atas mukus serviks, leukosit dan organisme⁴³.

3) Vagina dan perineum

Meskipun perineum tetap utuh pada saat melahirkan, ibu tetap mengalami memar pada jaringan vagina dan perineum selama beberapa hari pertama postpartum⁴³. Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan dan peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendor. Perubahan perineum terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan maupun episiotomi atas indikasi tertentu⁴⁴. Menurut penelitian Pasiowan S *et.al* (2015) tentang Faktor – faktor yang berhubungan dengan robekan jalan lahir pada ibu bersalin disimpulkan bahwa tidak ada hubungan umur ibu dengan kejadian robekan jalan lahir, ada hubungan berat badan bayi, paritas dengan robekan jalan lahir.

d. Perubahan tanda – tanda vital

1) Suhu tubuh

Temperatur tubuh mengalami sedikit peningkatan karena adanya perubahan pada uterus dan payudara. Suhu tubuh ibu nifas sekitar 37°C, jika suhu tubuh diatas 38°C segera lakukan pengkajian lengkap apakah ada tanda infeksi dan gejala lainnya⁴⁷.

2) Denyut nadi

Frekuensi nadi dalam kondisi istirahat 90-110 kali/menit, jika nadi lebih cepat dan dangkal waspadai adanya gejala syok, lakukan pengkajian nadi setidaknya 1 jam sekali selama 2-6 jam⁴⁷

3) Tekanan darah

Pada beberapa kasus ditemukan hipertensi postpartum akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak terdapat penyakit yang menyertainya⁴⁸.

e. Perubahan sistem Kardiovaskular

1) Volume darah

Perubahan volume darah tergantung oleh beberapa faktor misalnya kehilangan darah selama melahirkan dan mobilisasi serta pengeluaran cairan ekstravaskuler. Kehilangan darah merupakan akibat penurunan volume darah total yang cepat, tetapi terbatas. Setelah itu terjadi perpindahan normal cairan tubuh yang menyebabkan volume darah menurun dengan lambat. Pada minggu ke- 3 dan ke- 4 setelah bayi lahir volume darah biasanya menurun sampai volume darah sebelum hamil. Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300- 400 cc. Bila kelahiran pada sectio secarea, maka kehilangan darah menjadi dua kali lipat. Perubahan terdiri volume darah dan hematokrit (*haemoconcentration*). Bila pada persalinan hematokrit cenderung stabil dan kembali setelah 4-6 minggu. Tiga perubahan fisiologi pascapartum yang terjadi pada wanita antara lain : Hilangnya sirkulasi uteroplasenta yang mengurangi ukuran pembuluh darah 10 % - 15%. Hilangnya fungsi endokrin plasenta yang menghilangkan stimulus vasolitisasi. Terjadinya mobilisasi air ekstravaskuler yang disimpan selama hamil.

2) Curah jantung

Denyut jantung, volume sekuncup dan curah jantung meningkat sepanjang hamil. Segera setelah melahirkan, keadaan ini meningkat bahkan lebih tinggi selama 30 – 60 menit karena darah yang biasanya melewati sirkulasi darah uteroplasenta tiba – tiba kembali ke sirkulasi umum. Nilai ini meningkat pada

semua jenis persalinan⁴⁹. Curah jantung akan tetap tinggi pada masa nifas dan dalam 2 minggu akan kembali ke keadaan normal⁵⁰.

3) Perubahan sistem hematologi

4) Selama minggu – minggu kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor – faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit mengental dengan peningkatan fiskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukositosis yang meningkat dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000, selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa postpartum. Jumlah sel darah putih tersebut masih bisa naik 25.000 sampai 30.000 tanpa adanya kondisi patologis, jika wanita tersebut mengalami persalinan lama. Jumlah hemoglobin, hematokrit dan eritrosit akan bervariasi pada awal – awal masa postpartum sebagai akibat dari volume darah. Volume placenta dan tingkat volume darah yang berubah – ubah. Semua tingkatan ini akan dipengaruhi status gizi wanita tersebut. Kira – kira selama kelahiran terjadi kehilangan darah sekitar 200 – 500 ml. Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke-3 sampai ke-7 postpartum dan akan kembali normal dalam 4 sampai 5 minggu postpartum⁴⁹. Jumlah sel darah merah dan hemoglobin akan berfluktuasi, namun dalam 1 mg pasca persalinan semua akan kembali ke keadaan semula⁵⁰.

5) Perubahan sistem pencernaan

Sistem gastrointestinal selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan melambatkan kontraksi otot – otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian faal usus memerlukan waktu 3 – 4 hari untuk kembali normal⁴⁴.

6) Perubahan sistem perkemihan

Fungsi sistem perkemihan yaitu keseimbangan hemostatis internal. Keseimbangan asam basa tubuh. Mengeluarkan sisa metabolisme, racun dan zat toksin. Sistem urinarius yaitu fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah melahirkan. Komponen urine Glikosuria ginjal diinduksikan oleh kehamilan menghilang. Laktosuria positif pada ibu

menyusui merupakan hal yang normal. *Blood Urea Nitrogen* (BUN) usng meningkat selam pascapartum, merupakan autolysis uterus yang berinvolusi. Diuresis postpartum yaitu Dalam 12 jam pasca melahirkan, ibu hamil membuang kelebihan cairan yang tertimbun di jaringan selama hamil⁴⁹.

7) Perubahan sistem Pencernaan

Nafsu makan, pasca melahirkan biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan diperoleh waktu 3-4 hari, sebelum faal usus kembali normal. Walaupun progesteron mengalami penurunan setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan setelah satu atau dua hari. Motilitas secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anastesia dalam keadaan normal bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas dalam keadaan normal.

8) Pengosongan usus

Pasca melahirkan ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot menurun selama proses persalinan dan awal masa postpartum, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi hemoroid ataupun laserasi jalan lahir. Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur antara lain : Pemberian diet / makanan yang mengandung serat. Pemberian cairan yang cukup. Pengetahuan tentang pola eliminasi pasca melahirkan. Pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir⁴⁴. Dalam penelitian Ratih Hariani R (2018), berdasarkan analisis diketahui bahwa nilai p sebesar 0.02 untuk variabel pengetahuan. Dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan perawatan perineum luka. Sedangkan hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0.004$ untuk variabel sikap, dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara sikap pasca persalinan terhadap luka perineum⁵⁰.

9) Perubahan sistem musculoskeletal. Otot – otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh – pembuluh darah yang berada diantaranya anyaman otot akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan. Ligamen – ligamen, diafragma serta fascia yang meregang selam persalinan, berangsur – angsur menjadi ciut dan pulih kembali.

Sehingga tak jarang uterus jatuh ke belakang/ retrofleksi karean ligamentum retendum menjadi kendor⁴⁴

10) Perubahan psikologis masa nifas

Seiring perubahan fisiologis yang cepat dan luas yang dialami oleh wanita setelah melahirkan maka akan terjadi pula perubahan emosional (psikologis) dalam membentuk suatu adaptasi yang cukup kompleks bagi ibu⁵². Dalam adaptasi psikologi masa nifas, seorang ibu akan mengalami beberapa fase yaitu: Fase Taking In yaitu periode ketergantungan, berlangsung antara 2-3 hari⁵³. Menurut penelitian Rasmi Gita N *et.al* (2018) menyebutkan bahwa adaptasi psikologis ibu postpartum (fase taking in) lebih dari 50% mampu beradaptasi dengan cukup, oleh karean itu petugas kesehatan perlu memberikan penyuluhan terhadap ibu postpartum dan diharapkan ibu mampu melewati fase taking in⁵⁴. Fase Taking Hold yaitu berlangsung antara 3-10 hari sesudah persalinan. Dalam fase ini dapat terjadi Depresi postpartum. Hal ini sejalan dengan penelitian Naimah *et.al* (2017) dalam Kejadian Depresi Post partum Di Polindes Puskesmas Poned Kabupaten Malang, didapatkan 321 orang ibu pasca melahirkan hari 3-7 dari 1000 ibu postpartum, hari 3-7 yang mengalami depresi post partum⁵⁵. Fase Letting Go yaitu fase dimana ibu dan keluarga bergerak maju sebagai sistem dengan para anggota berinteraksi⁵³. Kebutuhan dasar masa nifas, nutrisi dan cairan. Ibu nifas membutuhkan nutrisi yang cukup, bergizi seimbang, terutama kebutuhan protein dan karbohidrat. Gizi pada ibu menyusui sangat erat kaitannya dengan produksi air susu, yang sangat dibutuhkan untuk tumbuh kembang bayi. Ibu menyusui tidaklah terlalu ketat dalam mengatur nutrisinya, yang terpenting adalah makanan yang menjamin pembentukan air susu yang berkualitas dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan bayinya⁴⁹. Ambulasi dini adalah kebijaksanaan untuk membimbing penderita keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya berjalan. Pada persalinan normal sebaiknya dilakukan setelah 2 jam⁴⁹. Dalam penelitian Mustika Dewi (2017) disebutkan bahwa ada pengaruh Pelvic Floor Muscle Training (PFMT) terhadap defekasi defekasi normal pada ibu postpartum spontan⁵⁶

f. Gizi ibu nifas

Nutrisi atau gizi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Makanan yang dikonsumsi berguna untuk melakukan aktivitas,

metabolisme, cadangan dalam tubuh, proses memproduksi ASI⁵⁷. Hal ini sejalan dengan penelitian Radharisnawati K N *et.al* (2017) terdapat hubungan pemenuhan kebutuhan gizi ibu dengan kelancaran air susu ibu (ASI) pada ibu menyusui di Puskesmas Bahu Kota Manado. Kebutuhan gizi diperlukan pada masa nifas seperti: Energi AKG 2013 merekomendasikan tambahan kebutuhan energi ibu menyusui pada 6 bulan pertama postpartum sebesar 330 kal/hari dari kebutuhan energi wanita tidak hamil⁵⁹.

Protein selama menyusui tambahan protein diperlukan untuk memproduksi ASI dan membangun kembali berbagai jaringan tubuh yang rusak akibat proses melahirkan. AKG 2013 merekomendasikan tambahan asupan protein ibu saat menyusui sebesar 20 g/hari. Jumlah tambahan protein yang dibutuhkan ibu saat hamil dan laktasi sama besar. Lemak berperan sebagai sumber dan cadangan energi, pelarut vitamin A, D, E, K dan juga berperan sebagai cadangan energi untuk menghasilkan ASI. AKG 2013 merekomendasikan tambahan asupan lemak menyusui menjadi 11-13 g/hari⁵⁹.

Vitamin A, kebutuhan vitamin A meningkat karena vitamin A berperan dalam tumbuh kembang bayi dan kesehatan ibu. Kebutuhan vitamin A yang direkomendasikan adalah 350 RE. Vitamin A membantu pertumbuhan sel, jaringan, dan meningkatkan daya tahan tubuh terhadap infeksi⁵⁹. Hal ini sejalan dengan penelitian Chahyanto BA dan Roosita K (2013) bahwa asupan Vitamin A berhubungan signifikan dengan produksi ASI ($p < 0.05$)⁶⁰. Suplemen vitamin A yaitu 1 kapsul 200.000 IU diminum segera setelah persalinan dan 1 kapsul 200.000 IU diminum 24 jam kemudian⁶¹. Vitamin D dibutuhkan untuk memberikan vitamin D pada tubuhnya ke bayi⁵⁹.

Vitamin B12 untuk ibu menyusui meningkat sebesar 0,4 ug. Vitamin B12 berkontribusi dalam pembentukan sel darah merah, juga untuk produksi inti sel darah merah dan kesehatan jaringan syaraf. Vitamin C. Diperlukan penambahan sekitar 25mg/hari menjadi 100 Mg/hr untuk pembentukan jaringan ikat, pertumbuhan tulang, gigi dan gusi, daya tahan terhadap infeksi, serta memberikan kekuatan pada pembuluh darah. Asam folat Dibutuhkan untuk pembentukan dan pertumbuhan sel darah merah, juga untuk produksi inti sel. Ibu menyusui direkomendasikan untuk asam folat sebesar 100 µg/hari⁵⁹.

Vitamin B1 dibutuhkan sebesar 1,1 mg/hari dan mengalami penambahan kebutuhan saat menyusui sebesar 0,3 mg/hari ⁵⁹. Vitamin B2 mengalami

peningkatan kebutuhan sebesar 0,4 mg/hari menjadi 1,7 mg/hari Vitamin B Mengalami peningkatan kebutuhan sebesar 3mg/ hari menjadi 15mg/hari. Vitamin B1, B2, B3 dibutuhkan untuk menunjang fungsi syaraf, pencernaan serta kesehatan kulit. Vitamin B dibutuhkan penambahan sekitar 0,5 mg/hari menjadi 1,7 mg/hari saat menyusui untuk pembentukan sel darah merah.

Vitamin K dibutuhkan untuk mencegah perdarahan agar proses pembekuan darah normal. Kebutuhan vitamin K pada saat menyusui tidak memerlukan tambahan dan kebutuhannya sama dengan kebutuhan sebelum hamil yaitu 55 µg / hari⁵⁹ Mineral Kalsium Penambahan asupan kalsium sebanyak 200 mg / hari menjadi 1300 mg/hari ⁵⁹. Zat besi Pada ibu menyusui , zat besi dikeluarkan sebanyak 0,3 mg/Kal/hari dalam bentuk ASI. Oleh karena itu, ibu menyusui memerlukan tambahan zat besi sekitar 6 mg/hari, dan 26 mg menjadi 32 mg/hari. Fosfor kebutuhan untuk kerangka dan gigi. Ibu hamil memiliki kebutuhan fosfor yang sama saat sebelum hamil yaitu 700 mg / hr dan tidak perlu penambahan saat hamil dan menyusui⁵⁹. Yodium Kebutuhan yodium sekitar 200 µg / hari saat menyusui ⁵⁹

6. Kontrasepsi

a. Pengertian Keluarga Berencana⁵

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 tahun 2014 Tentang Perkembangan Kependudukan Dan Pembangunan Keluarga, Keluarga Berencana, Dan Sistem Informasi Keluarga menyebutkan bahwa keluarga berencana adalah untuk mengatur kelahiran anak, jarak, dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan dan bantuan sesuai hak produksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas.

Keluarga Berencana meliputi layanan, kebijakan, informasi, sikap, praktik, dan komoditas, termasuk kontrasepsi, yang memberi wanita, pria pasangan, dan remaja kemampuan untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan dan memilih apakah dan/ kapan memiliki anak.

b. Tujuan Program Keluarga Berencana

Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 tahun 2014 Tentang Perkembangan Kependudukan Dan Pembangunan Keluarga, Keluarga Berencana, Dan Sistem Informasi Keluarga kebijakan Kb meliputi : Mengatur kehamilan yang diinginkan, menjaga kesehatan dan menurunkan

angka kematian ibu, bayi dan anak. Meningkatkan akses dan kualitas informasi, pendidikan dan konseling, pelayanan Kb dan kesehatan reproduksi. Menurut Bunyamin dan Hermanto (2017) membagi tujuan Keluarga Berencana menjadi tiga yaitu:

1) Tujuan Demografis

Menurunkan tingkat pertumbuhan penduduk. Semakin sedikit penduduk di suatu negara, semakin mudah peraturan penduduk di negara tersebut, dan semakin mudah pula untuk mencapai keluarga sejahtera dan bahagia, terutama masalah ibu dan anak.

2) Tujuan normatif

Yaitu menciptakan suatu norma ke tengah – tengah masyarakat agar timbul kecenderungan untuk berkeluarga kecil dengan motto” dua anak lebih baik, tiga anak stop, laki- laki perempuan sama saja.

3) Mengurangi populasi penduduk untuk menyeimbangkan antara pertumbuhan populasi penduduk terhadap ketersediaan barang dan jasa.

c. Ruang lingkup program KB

Menurut Kemenkes Tahun 2014 ruang lingkup program KB meliputi :

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

d. Manfaat Keluarga Berencana

- 1) Mencegah masalah kehamilan
- 2) Mengurangi Angka kematian Bayi
- 3) Membantu pencegahan HIV AIDS
- 4) Mengurangi kehamilan remaja
- 5) Perlambatan pertumbuhan penduduk.

e. Pengertian kontrasepsi

Memilih jenis alat kontrasepsi yang tepat akan menguntungkan pemakai (akseptor).

f. *Intra Uterine Device* (IUD)

1) Pengertian

Intra Uterine Device (IUD) atau alat kontrasepsi dalam rahim merupakan alat kontrasepsi berbentuk huruf T, kecil, berupa kerangka dari plastik yang fleksibel yang diselubungi kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu), sangat efektif, reversible, dan berjangka panjang (dapat sampai 10 tahun : CuT.380A).⁹

2) Jenis

IUD jenis CuT 380A berbentuk huruf T, diselubungi kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu), dan tersedia di Indonesia. IUD jenis lain yang beredar di Indonesia adalah NOVA T (*Schering*).⁹

3) Efektivitas

IUD merupakan alat kontrasepsi yang sangat efektif. Dari 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama terdapat 1 kegagalan dalam 125 – 170 kehamilan.⁹

4) Keuntungan

IUD adalah:⁹

Keuntungan pemakaian IUD yakni

- a) Hanya memerlukan sekali pemasangan untuk jangka waktu yang lama dengan biaya yang relatif murah.
- b) Tidak menimbulkan efek sistemik, efektivitas cukup tinggi, reversible, dan cocok untuk penggunaan secara massal.
- c) Pemasangan tidak memerlukan medis teknis yang sulit, kontrol medis ringan, penyulit tidak terlalu berat, pulihnya kesuburan setelah IUD dicabut berlangsung baik.
- d) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- e) Tidak mahal jika ditinjau dari rasio biaya dan waktu penggunaan kontrasepsi
- f) Metode yang nyaman, tidak perlu disediakan setiap bulan dan pemeriksaan berulang

- g) IUD dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir), dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
- h) Tidak ada interaksi dengan obat-obat.

Keterbatasan IUD

Adapun beberapa kerugian pemakaian IUD antara lain :

- a) Terdapat perdarahan (*spotting* atau perdarahan bercak, dan menometroragia)
- b) Tali IUD dapat menimbulkan perlukaan portio uteri dan mengganggu hubungan seksual
- c) Pemakaian IUD juga dapat mengalami komplikasi seperti, merasakan sakit selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan, perdarahan berat pada waktu haid atau di antaranya yang memungkinkan penyebab anemia, perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangannya benar).
- d) IUD tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS, tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan, penyakit radang panggul (PRP) terjadi sesudah perempuan dengan IMS memakai IUD karena PRP dapat memicu infertilitas, dan tidak mencegah terjadinya kehamilan ektopik terganggu karena fungsi IUD untuk mencegah kehamilan normal

5) Kontraindikasi IUD:⁶

Adapun kontraindikasi pengguna IUD diantaranya:

- a) Hamil atau diduga hamil
 - b) Infeksi leher rahim atau rongga panggul, termasuk penderita penyakit kelamin, pernah menderita radang rongga panggul
 - c) Penderita perdarahan pervaginam yang abnormal
 - d) Riwayat kehamilan ektopik
 - e) Penderita kanker alat kelamin
 - f) Alergi terhadap tembaga (hanya untuk alat yang mengandung tembaga)
 - g) Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm
- 6) Efek samping

Efek samping yang mungkin terjadi di antaranya, yaitu :

- a) Perubahan siklus haid (umum pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)
- b) Perdarahan dan kram selama minggu-minggu pertama setelah pemasangan
- c) Spotting antar waktu menstruasi.
- d) Kadang-kadang ditemukan keputihan yang bertambah banyak.
- e) Disamping itu pada saat berhubungan (senggama) terjadi ekspulsi (IUD bergeser dari posisi) sebagian atau seluruhnya.
- f) Pemasangan IUD mungkin menimbulkan rasa tidak nyaman, dan dihubungkan dengan resiko infeksi rahim