

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Kehamilan

2.1.1 Pengertian

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya adalah 280 hari atau 40 minggu atau 9 bulan 7 hari dihitung dari pertama haid terakhir (Kamariyah dkk, 2014).

Kehamilan merupakan proses fisiologis yang memberikan perubahan pada ibu maupun lingkungannya. Dengan kehamilan seluruh sistem genitalia wanita mengalami perubahan yang mendasar guna mendukung perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim selama proses kehamilan berlangsung (Hutahaean, 2013).

Kehamilan merupakan peristiwa normal dalam kehidupan yang melibatkan penyesuaian diri yang sungguh-sungguh oleh orang tua. Kehamilan merupakan saat yang unik dalam kehidupan seorang wanita, yang berlangsung dalam waktu 280 hari (40 minggu). Pada masa hamil mengalami perubahan secara dramatis pada kondisi fisiologis, penampilan, dan tubuhnya, serta perubahan status sosial yang semuanya terjadi secara simultan (Andrews, 2009).

2.1.2 Proses Kehamilan

Menurut Prawirohardjo (2014) untuk terjadi kehamilan harus ada spermatozoa, ovum, proses pembuahan ovum (fertilisasi), dan penempelan janin

pada dinding Rahim (implantasi/nidasi). Tahapan proses kehamilan secara garis besar sebagai berikut :

1. Fertilisasi

Pembuahan merupakan peleburan sel telur dan sperma dan biasanya terjadi di ampula tuba falopi. Dari pembuahan akan menghasilkan :

- 1) Bayi perempuan dengan kromosom XX
- 2) Bayi laki-laki dengan kromosom XY

Setelah pembuahan dan terbentuklah zigot, maka dalam 3 hari terbentuklah stadium morula, hasil konsepsi ini dengan ukuran tetap bergerak ke arah rongga rahim oleh arus dan getaran silia serta kontraksi tuba, selama dalam perjalanan ke kavum uteri morula mengalami pembelahan-pembelahan menjadi blastula.

2. Nidasi

Implantasi adalah penempelan zigot pada dinding rahim. Telur yang telah dibuahi (zigot) dengan cepat menjadi blastomer. Pada hari ketiga, 16 blastomer disebut morula. Pada hari keempat di dalam morula akan terbentuk rongga, bangunan ini disebut blastula.

3. Pembentukan plasenta

Proses pembentukan plasenta disebut dengan placentasi. Plasenta merupakan saluran yang menghubungkan antara janin dengan ibu. Plasenta berfungsi sebagai saluran makanan yang menyuplai nutrisi bagi janin.

2.1.3 Klasifikasi Masa Kehamilan

Pada umumnya kehamilan diklasifikasikan dalam 3 trimester, yaitu : Menurut Kamariyah (2014) Trimester pertama berlangsung pada minggu pertama sampai minggu ke-12 (12 minggu), trimester kedua berlangsung pada minggu ke-13 sampai minggu ke-24 (12 minggu), sedangkan pada trimester ketiga berlangsung pada minggu ke-25 sampai minggu ke-40 (16 minggu).

2.1.4 Perubahan Fisiologis dan Psikologis Kehamilan

1. Perubahan Fisiologis Kehamilan

1) Sistem Reproduksi

(1) Rahim

- a. Ukuran. Pada kondisi kehamilan lengkap, rahim berukuran 30x25x20 cm dan kapasitasnya lebih dari 4.000 cm³. Hasil ini menunjukkan bahwa pertumbuhan janin diatur dengan baik. Pada saat ini rahim membesar akibat hipertropi dan hiperplasi otot polos rahim, serabut-serabut kolagennya menjadi higroskopik, dan endometrium menjadi desin dua (Sulistiyawati, 2011). Secara klinis, pembesaran uterus dapat ditentukan berdasarkan tinggi fundus uteri.

Tabel 2.1 TFU menurut Penambahan dalam centimeter

Usia Kehamilan (Minggu)	TFU cm
20	20 cm
24	23 cm
28	26 cm
32	30 cm
36	32 cm
40	37 cm

Sumber : Manuaba, 2012

- b. Berat. Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan maka Berat uterus mengalami kenaikan, dari 30 gram menjadi 1.000 gram pada akhir bulan (Sulistiyawati, 2011).

Tabel 2.2 Bentuk Rahim Berdasarkan Usia Kehamilan

Usia Kehamilan	Bentuk Dan Konsistensi Uterus
Bulan Pertama	Seperti buah alpukat. Isthmus rahim menjadi hipertropi dan bertambah panjang sehingga bila diraba terasa lebih lunak, keadaan ini yang disebut dengan tanda Hegar
2 bulan	Sebesar telur bebek
3 bulan	Sebesar telur angsa
4 bulan	Berbentuk bulat
5 bulan	Rahim teraba seperti berisi cairan ketuban, rahim terasa tipis, itulah sebabnya mengapa bagian-bagian janin ini dapat dirasakan melalui perabaan dinding perut

Sumber : Sulistiyawati, 2011

- c. Posisi rahim dalam kehamilan. Pada permulaan kehamilan dalam posisi antefleksi atau retrofleksi, pada 4 bulan kehamilan rahim tetap berada dalam rongga pelvis, setelah itu mulai memasuki rongga perut yang dalam pembesarannya dapat mencapai batas hati, pada ibu hamil rahim biasanya mobile lebih mengisi rongga abdomen kanan atau kiri (Sulistiyawati, 2011). Vaskularisasi. Arteri uterin dan ovarika bertambah dalam diameter, panjang, dan anak-anak cabangnya, pembuluh darah vena mengembang dan bertambah (Sulistiyawati, 2011).
- d. Serviks uteri. Bertambah vaskularisasinya dan menjadi lunak, kondisi ini yang disebut dengan tanda Goodell. Kelenjar endoservikal membesar dan mengeluarkan banyak cairan mucus. Oleh karena pertambahan dan pelebaran pembuluh darah, warnanya menjadi livid, dan ini disebut dengan tanda Chadwick

(Sulistiyawati, 2011).

(2) Ovarium

Ovarium merupakan tempat terbentuknya ovum. Ovum yang sudah matang akan meluruh dan proses peluruhan ovum dinamakan ovulasi. Pada ibu hamil Ovulasi berhenti, sebelum terbentuknya plasenta maka korpus luteum akan tetap ada sebelum perannya diambil oleh plasenta sebagai saluran pengeluaran estrogen dan progesteron (Sulistiyawati, 2011).

(3) Vagina dan Vulva.

Disebabkan pengaruh esterogen, vagina dan vulva mengalami hipervaskularisasi, yaitu Kondisi dimana area tampak lebih kemerahan atau kebiruan disebut tanda Chadwick (Sulistiyawati, 2011).

2) Sistem Pembuluh Darah

Selama kehamilan, jantung memompa darah per menit meningkat, yang dikenal sebagai curah jantung, peningkatan tersebut sebesar 30 hingga 50 persen. Peningkatan ini dimulai pada minggu ke-6 kehamilan dan mencapai puncaknya antara minggu ke-16 dan 28 kehamilan. Ketika curah jantung meningkat, detak jantung istirahat Anda juga meningkat (dari 70 denyut/menit menjadi 80-90 denyut/menit dalam keadaan normal).

3) Sistem Gastrointestinal

Rahim yang semakin membesar memberikan tekanan pada rektum dan usus bagian bawah sehingga menyebabkan sembelit dan sembelit. Kadar progesteron yang tinggi memperlambat pergerakan otot di usus, sehingga membuat sembelit semakin parah. Sakit maag dan bersendawa sering terjadi pada wanita hamil dan mungkin disebabkan oleh makanan yang terlalu lama berada di perut, melemahkan

sfingter di kerongkongan bagian bawah dan membiarkan isi lambung mengalir kembali ke kerongkongan. Sakit maag jarang terjadi pada ibu hamil, dan jika Anda pernah menderita sakit maag sebelumnya, biasanya akan membaik karena produksi asam lambung Anda lebih sedikit.

4) Sistem Metabolisme

Peningkatan kebutuhan kalsium berjumlah 70% dari diet normal. Penting bagi ibu hamil untuk selalu sarapan karena kadar glukosa darah ibu sangat berperan dalam perkembangan janin, dan berpuasa saat kehamilan akan memproduksi lebih banyak ketosis yang dikenal dengan “cepat merasakan lapar” yang mungkin berbahaya pada janin.

Kebutuhan zat besi wanita hamil kurang lebih 1.000 mg, 500 mg dibutuhkan untuk meningkatkan massa sel darah merah dan 300 mg untuk transportasi ke fetus ketika kehamilan memasuki usia 12 minggu, 200 mg sisanya untuk menggantikan cairan yang keluar dari tubuh. Wanita hamil membutuhkan zat besi rata-rata 3,5 mg/hari.

Pada metabolisme lemak terjadi peningkatan kadar kolesterol sampai 350 mg atau lebih per 100 cc. Hormon somatotropin mempunyai peranan dalam pembentukan lemak pada payudara. Deposit lemak lainnya tersimpan di badan, perut, paha dan lengan. Pada metabolisme mineral yang terjadi adalah sebagai berikut : (1) Kalsium. Dibutuhkan rata-rata 1,5 gram sehari, sedangkan untuk pembentukan tulang terutama di trimester akhir dibutuhkan 30-40 gram, (2) Fosfor. Dibutuhkan rata-rata 2 gr/hari, (3) Air. Wanita hamil cenderung mengalami retensi air.

5) Sistem Muskuloskeletal

Estrogen dan progesteron memberi efek maksimal pada relaksasi otot dan ligament pelvis pada akhir kehamilan. Relaksasi ini digunakan oleh pelvis untuk meningkatkan kemampuannya menguatkan posisi janin pada akhir kehamilan dan pada saat kelahiran. Ligament pada simfisis pubis dan sakroiliaka akan menghilang karena berelaksasi sebagai efek dari estrogen. Simfisis pubis melebar sampai 4 mm pada usia kehamilan 32 minggu dan sakrokoksigeus tidak teraba, diikuti terabanya koksigsis sebagai pengganti bagian belakang. Adanya sakit punggung dan ligament pada kehamilan tua disebabkan oleh meningkatnya pergerakan pelvis akibat pembesaran uterus. Bentuk tubuh selalu berubah menyesuaikan dengan pembesaran uterus ke depan karena tidak adanya otot abdomen.

6) Kulit

Topeng kehamilan (*cloasma gravidarum*) merupakan bintik berpigmen kecoklatan yang muncul pada kulit dahi dan pipi. Pigmentasi di area puting susu juga meningkat, dan biasanya muncul garis hitam di tengah perut bagian bawah - spider hemangioma (pembuluh darah kecil mirip laba-laba) di kulit dan di punggung bawah. Pada ekstremitas bawah, pembuluh darah kecil berdinding tipis sering kali membesar.

7) Sistem Hormon

Dalam menstruasi normal, kelenjar hipofisis anterior menghasilkan *Leutenizing Hormone* dan *Folikel Stimulating Hormone*. Hormon perangsang folikel (FSH) merangsang pematangan dan migrasi *folikel de Graaf* ke

permukaan ovarium, tempat folikel tersebut dilepaskan. Folikel kosong, yang dikenal sebagai korpus luteum, dirangsang oleh LH untuk memproduksi progesteron. Progesteron dan estrogen merangsang pertumbuhan desidua (lapisan rahim) sebagai persiapan implantasi selama kehamilan. Plasenta terbentuk sempurna dan berfungsi 10 minggu setelah pembuahan, mengambil alih peran korpus luteum dalam memproduksi estrogen dan progesteron.. Sumber : Sulistiyawati, 2011

8) Indeks Masa Tubuh (IMT)

Menurut Sulistiyawati (2011) Cara menentukan berat badan berdasarkan tinggi badan adalah dengan menggunakan indeks massa tubuh (IMT), yaitu berat badan (kg) dibagi tinggi badan (m) dikuadratkan.

Rumus :

$$IMT = \frac{BB(kg)}{TB(m)^2}$$

Dengan acuan rentang nilai IMT sebagai berikut :

- (1) 19,8-26,6 : Normal, (2) < 19,8 : Underweight,
 (3) 26,6-29,0 : Overweight, (4) > 29,0 : Obese

kenaikan berat badan ibu selama kehamilan mencerminkan status gizinya selama kehamilan dan harus dipantau setiap bulan. Kenaikan berat badan ibu yang tertunda dapat mengindikasikan malnutrisi, yang dapat menyebabkan terhambatnya pertumbuhan janin di dalam rahim (*intrauterine growth retardation* - IUGR). Jika Anda baru pertama kali menjadi ibu, disarankan agar Anda tidak menambah berat badan lebih dari 1 kg per bulan. Pada ibu hamil disarankan terjadi kenaikan berat badan sebesar 4 kg pada trimester

pertama dan 0,5 kg per minggu pada trimester kedua dan ketiga, sehingga totalnya sekitar 15-16 kg. (Sulistiyawati, 2011).

Tabel 2.3 Peningkatan BB yg diharapkan selama kehamilan

Nilai IMT	Penilaian BB	Total Peningkatan BB Yg Diharapkan Selama Kehamilan
>30	Obesitas-kegemukan	6-9 kg
25-29,9	BB berlebih	6-11 kg
18,5-24,9	BB ideal	11-15 kg
<18,5	BB kurang	12-18 kg

Sumber : Sulistyawati, 2011

9) Sistem Pernafasan

Meningkatnya ruang di perut akibat bertambahnya ruang di rahim dan produksi hormon progesteron menyebabkan fungsi paru-paru sedikit berbeda dari biasanya. Ibu hamil membutuhkan lebih banyak oksigen untuk janin dan dirinya sendiri, sehingga bernapas lebih cepat dan lebih dalam. Lingkar dada ibu hamil sedikit bertambah. Lebih banyak darah memasuki lapisan saluran udara, menyebabkan penyumbatan saat darah menggenang (kongesti). Penyumbatan ini dapat menyebabkan penyumbatan sebagian pada hidung dan tenggorokan. Tekanan dan kualitas suara ibu hamil agak berubah (Sulistiyawati, 2011)

2. Perubahan Psikologis Kehamilan

Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan, ibu akan mengalami perubahan psikologis dan pada saat ini pula wanita akan mencoba untuk beradaptasi terhadap peran barunya melalui tahap sebagai berikut :

- 1) Tahap antisipasi : dalam tahap ini wanita akan mengawali adaptasi dengan merubah peran sosialnya melalui latihan formal (misalnya kelas-kelas khusus

kehamilan) dan informasi melalui model peran (*role model*).

- 2) Tahap honeymoon (menerima peran, mencoba menyesuaikan diri) : Pada tahap ini, wanita sedang mencoba beradaptasi dan mulai menerima peran barunya.
- 3) Secara internal, perempuan mengubah posisinya dari penerima kasih sayang ibu menjadi pemberi kasih sayang kepada bayinya. Tahap stabil (bagaimana mereka melihat penampilan dalam perut) : tahap sebelumnya mengalami peningkatan sampai ia mengalami suatu titik stabil dalam penerimaan peran barunya.
- 4) Tahap akhir (perjanjian) : Pada titik ini, ibu telah menerima perannya dengan cukup stabil, namun dia masih mampu menepati janji tentang kemungkinan-kemungkinan batin yang telah dia ciptakan untuk peran apa yang akan dia mainkan mulai sekarang. Saya membuat “kesepakatan” dengan diri saya sendiri bahwa itu mungkin saja. Playbaby lahir. (Sulistiyawati, 2011).

2.1.5 Tanda-tanda Kehamilan

Tanda-tanda kehamilan menurut Hani dkk, 2011

1. Tanda Tidak Pasti (*Presumptive Sign*)

Tanda tidak pasti adalah perubahan-perubahan fisiologis yang dapat dikenali dari pengakuan atau yang dirasakan oleh wanita hamil meliputi, 1). Amenorea (berhenti menstruasi), 2) Mual (nausea) dan muntah (*emesis*), 3) Ngidam, 4) *Syncope* (pingsan), 5) Kelelahan, 6) Payudara tegang, 7) Sering miksi, 8) Konstipasi atau obstipasi, 9) Pigmentasi kulit, 10) Epulis dan 11) Varises (penampakan pembuluh darah vena).

2. Tanda Kemungkinan (*Probability Sign*)

Tanda kemungkinan adalah perubahan-perubahan fisiologis yang dapat diketahui oleh pemeriksa dengan melakukan pemeriksaan fisik kepada wanita hamil.

- 1) Pembesaran perut : terjadi akibat pembesaran uterus. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan.
- 2) Tanda hegar : adalah pelunakan dan dapat ditekannya isthmus uteri.
- 3) Tanda goodel : adalah pelunakan serviks. Pada wanita yang tidak hamil serviks seperti ujung hidung, sedangkan pada wanita hamil melunak seperti bibir.
- 4) Tanda *Chadwick* : perubahan warna menjadi keunguan pada vulva dan mukosa vagina termasuk juga porsio dan serviks.
- 5) Tanda *Piscaseck* : merupakan pembesaran uterus yang tidak simetris. Terjadi karena ovum berimplantasi pada daerah dekat dengan kornu sehingga daerah tersebut berkembang lebih dulu.
- 6) Kontraksi *Braxton hicks* : Peregangan sel miometrium akibat peningkatan konsentrasi aktimisin di miometrium. Kontraksi ini tidak berirama, sporadis, dan tidak menimbulkan rasa sakit dan biasanya terjadi pada minggu ke-8 kehamilan, meskipun mungkin baru terlihat pada pemeriksaan perut pada trimester ketiga. Frekuensi, durasi, dan intensitas kontraksi ini akan terus meningkat hingga persalinan dimulai.
- 7) Teraba *ballotement* : Pukulan tiba-tiba pada rahim menyebabkan pergerakan janin di rahim. Menyentuh bentuk janin saja tidak cukup, ada

kemungkinan fibroid rahim sehingga perlu dilakukan pemeriksaan kehamilan.

- 8) Pemeriksaan tes biologis kehamilan (planotest) positif : pemeriksaan ini bertujuan untuk mendeteksi keberadaan human chorionic gonadotropin (HCG) yang diproduksi oleh sel syncytiotrophoblast selama kehamilan. Hormon ini disekresikan ke dalam aliran darah ibu (plasma) dan dikeluarkan melalui urin ibu.

3. Tanda Pasti (*Positive Sign*)

Tanda pasti yaitu indikasi spesifik yang langsung menunjukkan adanya janin dan dapat langsung dikenali oleh pemeriksa, yaitu :

- 1) Terdapat Mobilitas janin dalam rahim
- 2) Denyut jantung janin dapat dirasakan menggunakan alat Elektrokardiografi janin (seperti Doppler)
- 3) Bagian-bagian janin terlihat saat di USG
- 4) Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG.

2.1.6 Diagnosa Kehamilan

Menurut Sulitiyawati (2011) Pertimbangan untuk menegakkan diagnosa kehamilan meliputi (HaPriU HiTU LetD PaKu):

1. Hamil atau Tidak Hamil : dengan mencari indicator kehamilan, tanda tidak pasti hamil, dan tanda pasti hamil.

Tabel 2.4 Indikator kriteria kehamilan

Tanda kemungkinan hamil	Tanda pasti hamil	Tanda tidak pasti hamil
Pembesaran perut, Tanda hegar Tanda goodel, Tanda <i>Chadwick</i> Tanda <i>Piscaseck</i> , Kontraksi	Terdapat gerak janin, Terdengar DJJ, Teraba bagian janin	Amenorea (berhenti menstruasi), Mual (nausea) dan muntah

<i>Braxton hicks</i> , Teraba <i>ballottement</i> , Pemeriksaan tes biologis kehamilan (planotest) positif, Pembesaran perut, Tanda hegar, Tanda goodel , Tanda <i>Chadwick</i> , Tanda <i>Piscaseck</i> , Kontraksi <i>Braxton hicks</i> , Teraba <i>ballottement</i> , Pemeriksaan tes biologis kehamilan (planotest) positif		(emesis), Ngidam, Syncope (pingsan), Kelelahan, Payudara tegang, Sering miksi, Konstipasi atau obstipasi, Pigmentasi kulit, Epulis, Varises
---	--	---

2. Tuanya kehamilan

Usia kehamilan dapat ditentukan berdasarkan lama amenore, hari pertama haid terakhir (HPHT), tinggi fundus uteri (TFU), mulai merasakan pergerakan, mulai terdengar DJJ pada usia 12 minggu menggunakan dopler, 16 minggu dengan menggunakan funanduskop, masuknya kepala ke dalam panggul (Sulistiyawati, 2011).

1) Rumus Naegle

Usia kehamilan diukur dari 280 hari, patokan HPHT atau TP (taksiran persalinan). HPHT adalah hari pertama haid terakhir seorang wanita sebelum hamil. Cara menentukan HPHT adalah dengan melakukan anamnesa pada ibu secara tepat karena apabila terjadi kesalahan, maka penentuan usia kehamilan juga menjadi tidak tepat. Haid terakhir tersebut harus normal, baik dari lamanya maupun dari banyaknya. Pertanyaan yang bisa digunakan adalah :

- (1) Kapan ibu mengeluarkan haid terakhir sebelum hamil.
- (2) Apakah pada tanggal tersebut sudah bersih atau masih baru keluar darah haidnya.
- (3) Berapa lama menstruasinya.

(4) Berapa banyak menstruasinya (jika hanya sedikit maka kemungkinan sudah terjadi nidasi.

HPHT yang tepat adalah tanggal dimana ibu baru mengeluarkan darah menstruasi dengan frekuensi dan lama seperti menstruasi yang seperti biasa.

TP adalah tanggal taksiran perkiraan persalinan ibu, bisa ditentukan setelah HPHT didapatkan. Berikut rumus yang digunakan:

TP : Tanggal HPHT ditambahkan 7
 Bulan HPHT dikurangi 3
 Tahun HPHT ditambahkan 1 (jika bulan lebih dari 4-12)

Jika dari HPHT : Dihitung secara rinci hari-hari yang sudah dilalui dimulai dari HPHT sampai tanggal waktu penghitungan (Hani dkk, 2011).

2) Gerakan pertama fetus.

Diperkirakan terjadinya gerakan pertama fetus pada usia kehamilan 16 minggu terdapat perbedaan. Namun, perkiraan ini tidak tepat karena perbedaan merasakan gerakan antara primigravida dengan multigravida. Pada primigravida biasanya dirasakan pada usia 18 minggu, sedangkan pada multigravida sekitar 16 minggu (Hani dkk, 010).

3) Perkiraan tinggi fundus uteri

Perkiraan dengan TFU ini merupakan perkiraan yang diketahui oleh bidan. Perkiraan dengan TFU akan lebih tepat pada kehamilan pertama, tetapi kurang tepat pada kehamilan berikutnya.

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik Kebidanan

1. Tes urin kehamilan (tes HCG)

Hal ini harus dilakukan sesegera mungkin setelah timbulnya amenore (1 minggu setelah berhubungan intim). Pastikan untuk menggunakan urine pagi. (Sulistiyawati,2011)

2. Palpasi abdomen

Menggunakan cara Leopold dengan langkah sebagai berikut.

- 1) Leopold I : Bertujuan untuk mengetahui TFU dan bagian janin yang ada di fundus
- 2) Leopold II : Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada disebelah kanan atau kiri ibu.
- 3) Leopold III : Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada dibawah uterus.
- 4) Leopold IV : Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada dibawah dan untuk mengetahui apakah kepala sudah masuk panggul atau belum (Sulistiyawati,2011)

3. Pemeriksaan USG

Dilaksanakan sebagai salah satu diagnosis pasti kehamilan, gambaran yang terlihat, yaitu adanya rangka janin dan kantong kehamilan. (Sulistiyawati,2011).

2.1.8 Standar Pelayanan *Antenatal Care*

Pelayanan atau asuhan standar minimal 10 T adalah sebagai berikut (Depkes RI, 2011) :

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. penambahan Berat Badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin.

Pelayanan antenatal 10 T yang berkualitas di puskesmas, juga termasuk pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menepis adanya faktor risiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan resiko untuk terjadinya CPD (Cephalo Pelvic Disproportion).

2. Pemeriksaan tekanan darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah $>/140/90$ mmhg) pada kehamilan dan pre eklampsia (hipertensi disertai edema wajah atau tungkai bawah dan atau protei nuria).

3. Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas)

Pelayanan antenatal 10 T yang berkualitas di puskesmas, meliputi juga pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil beresiko kurang energi kronis.

4. Pemeriksaan puncak rahim (tinggi fundus uteri)

Pelayanan antenatal 10 T yang berkualitas di puskesmas, bidan juga akan melakukan pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

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

Penentuan penampakan janin dilakukan pada akhir trimester kedua dan pada setiap kunjungan prenatal berikutnya. Tes ini berguna untuk menentukan letak janin. Evaluasi Denyut Jantung Janin dilakukan pada akhir trimester pertama dan pada setiap kunjungan antenatal berikutnya.

6. Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan

Pelayanan antenatal 10 T yang berkualitas di puskesmas, juga dilakukan imunisasi TT untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskruining status imunisasi TT. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status imunisasi T5 (*TT Long Life*)

tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi. Berikut tabel rentang waktu pemberian imunisasi TT dan lama perlindungannya :

Imunisasi	Status Imunisasi TT
DPT 1,2 dan 3	T2
Td kelas 1 SD	T3
Td kelas 2 SD	T4
Td kelas 3 SD	T5

7. Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan

Ibu hamil sejak awal kehamilan minum 1 tablet tambah darah setiap hari minimal 90 hari. Tablet tambah darah diminum pada malam hari untuk mengurangi rasa mual (Buku KIA, 2017).

Makanlah daging, unggas, dan ikan karena zat besi yang terkandung dalam bahan makanan ini lebih mudah diserap dan digunakan dibanding zat besi dalam bahan makanan lain.

8. Test Laboratorium (rutin dan khusus)

Pelayanan antenatal 10 T yang berkualitas di puskesmas, juga termasuk pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin darah, dan pemeriksaan spesifik daerah endemis/epidemi (malaria, HIV dll). Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal seperti tes HbsAg (untuk mendeteksi virus hepatitis B) tes anti HBs (untuk mendeteksi antibodi pada hepatitis), dan anti HCV (untuk mendeteksi virus hepatitis C).

9. Tatalaksana Kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal diatas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

10. Temu wicara (konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB paska persalinan.

- 1) Kesehatan Ibu dalam perilaku hidup bersih dan sehat.
- 2) Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan.

2.1.9 Jadwal Minimal Kunjungan ANC

Menurut Hani,dkk (2011), untuk menerima manfaat yang maksimum dari kunjungan-kunjungan antenatal ini, maka sebaiknya ibu tersebut memperoleh sedikitnya 4 kali kunjungan selama kehamilan, yang terdistribusi dalam 3 trimester, atau dengan istilah rumus 1 1 2, yaitu : 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II, 2 kali pada trimester III.

BINA SEHAT PPNI

SKRINING / DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI OLEH PKK DAN PETUGAS KESEHATAN

Nama : Umur Ibu : Th.
 Hamil ke Haid Terakhir tgl : Perkiraan Persalinan tgl : bl
 Pendidikan : Ibu Suami
 Pekerjaan : Ibu Suami

KEL. F.R.	NO.	Masalah / Faktor Risiko	SKOR	Tribulan						
				I	II	III	III 2	IV	IV 2	
Skor Awal Ibu Hamil			2							
I	1	Tertalu muda, hamil I < 16 th	4							
	2	a. Tertalu lambat hamil I, kawin > 4th	4							
		b. Tertalu tua, hamil I > 35 th	4							
	3	Tertalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4							
	4	Tertalu lama hamil lagi (> 10 th)	4							
	5	Tertalu banyak anak, 4 / lebih	4							
	6	Tertalu tua, umur > 35 tahun	4							
	7	Tertalu pendek < 145 Cm	4							
	8	Pemah gagal kehamilan	4							
	9	Pemah melahirkan dengan : a. Tarikan tang / vakum b. Uti diroboh c. Diberi infus/Transfusi	4 4 4							
10. Pemah Operasi Sesar			0							
II	11	Penyakit pada ibu hamil : a. Kurang darah b. Malaria c. TBC Paru d. Payah jantung e. Kencing Manis (Diabetes) f. Penyakit Menular Seksual	4 4 4 4 4							
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan Tekanan darah tinggi	4							
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4							
	14	Hamil kembar air (Hydramnion)	4							
	15	Bayi mati dalam kandungan	4							
	16	Kehamilan lebih bulan	4							
	17	Lelah Sungsung	0							
	18	Lelah Lintang	0							
	III	19	Pendarahan dalam kehamilan ini	0						
		20	Preeklampsia Berat / Kelang-2	0						
JUMLAH SKOR										

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN – RUJUKAN TERENCANA

JML. SKOR	REL. RISIKO	PERA. RATA-RATA	KEHAMILAN		PERSALINAN DENGAN RISIKO			
			RUJUKAN	TEMPAT	PENG. LONGG.	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN
			RUJUKAN	TEMPAT	PENG. LONGG.	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN
7	RBR	BIDAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENG. LONGG.	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN
6-10	ART	BIDAN DOKTER	BIDAN	POLINDES	BIDAN	BIDAN	BIDAN	BIDAN
11-13	ART	BIDAN DOKTER	BIDAN	POLINDES	BIDAN	BIDAN	BIDAN	BIDAN

Kematian Ibu dalam kehamilan : 1. Abortus 2. Lain-lain

KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI' PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

Tempat Perawatan Kehamilan : 1. Pusyandu 2. Polindes 3. Rumah Bidan
 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Praktek Dokter

Persalinan : Melahirkan tanggal : / /

RUJUKAN DARI : 1. Sendiri 2. Dukun 3. Bidan 4. Puskesmas

RUJUKAN KE : 1. Bidan 2. Puskesmas 3. Rumah Sakit

RUJUKAN :
 1. Rujukan Dini Berencana (RDB) / Rujukan Dalam Rahim (RDR)
 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW) 3. Rujukan Tertambat (RTT)

Gawat Obstetrik :
 Kel. Faktor Risiko I & II

Gawat Darurat Obstetrik :
 Kel. Faktor Risiko III

1. Pendarahan antepartum
2. Eklampsia
3. Komplikasi Obstetrik
4. Pendarahan postpartum
5. Uti Tertinggal
6. Persalinan Lama
7. Panas Tinggi

TEMPAT :
 1. Rumah Ibu 2. Rumah bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan

PENGLONG :
 1. Dukun 2. Bidan 3. Dokter 4. Lain-2

MACAM PERSALINAN :
 1. Normal 2. Tindakan pervaginam 3. Operasi Sesar

PASCA PERSALINAN :

IBU :
 1. Hidup 2. Mati, dengan penyebab :
 a. Perdarahan b. Preeklampsia/Eklampsia c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2

TEMPAT KEMATIAN IBU :
 1. Rumah ibu 2. Rumah bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan 7. Lain-2

BAYI :
 1. Berat lahir : gram, Laki-2/Perempuan
 2. Lahir hidup : Appar Skor :
 3. Lahir mati, penyebab :
 4. Mati kemudian, umur hr, penyebab :
 5. Kelainan bawaan : tidak ada / ada

KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca-Salin)

1. Sehat 2. Sakit 3. Mati, penyebab :
 Pemberian ASI : 1. Ya 2. Tidak

Keluarga Berencana : 1. Ya / Sterilisasi
 2. Belum Tahu

Kategori Keluarga Miskin : 1. Ya 2. Tidak

Sumber Biaya : Mandiri / Bantuan :

Gambar 2.1 Halaman depan lembar skrining dan skor Poedji Rochjati



Gambar 2.2 Halaman Belakang Kartu Skor Poedji Rohjati

Tabel 2.5 Cara Perhitungan Jumlah Skor dan Kode Warna

Kasus Kehamilan	Kontak	Pemberian Skor	Jumlah Skor	Kode Warna
Ibu hamil berumur 30 tahun sedang hamil 3 bulan kehamilan yang ke-3 Anak kedua lahir dengan operasi sesar	I	2 8	10	Kuning
Keadaan tetap	II, III	Tetap	10	Kuning
Pada umur kehamilan 8 bulan, terjadi perdarahan. Oleh ibu PKK di Rujuk dan dirawat di Rumah Sakit. Setelah perdarahan berhenti dipulangkan.	IV	8	18	Merah

Dirumah tidak ada perdarahan ibu PKK melakukan kontak.	V	Tetap	18	Merah
Mendadak perdarahan banyak ibu PKK segera merujuk ke Rumah Sakit.	-	Tetap	18	Merah

Sumber : Rochjati, 2011

2.2 Konsep Dasar Persalinan

2.2.1. Pengertian

Definisi persalinan normal menurut WHO adalah persalinan yang dimulai secara spontan, beresiko rendah pada awal kehamilan dan tetap demikian selama proses persalinan. Bayi dilahirkan secara spontan dalam presentasi belakang kepala pada usia kehamilan antara 37 hingga 42 minggu lengkap setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam kondisi sehat (Retno HeruSetyorini, 2013).

2.2.2. Klasifikasi Persalinan

Menurut Ambar Dwi Erawati (2010), klasifikasi persalinan ada 3 jenis yaitu sebagai berikut : 1. Persalinan normal, 2. Persalinan Buatan dan 3. Persalinan Anjuran.

2.2.3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Retno Heru Setyorini (2013) Ada lima faktor yang mempengaruhi persalinan, yaitu: 1) *Force* (Kekuatan): *Force* terdiri dari kemampuan ibu untuk melakukan kontraksi sukarela dan spiral secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari rahim. Kontraksi yang tidak disengaja disebut kontraksi primer, menandai dimulainya persalinan. Saat serviks melebar, upaya sukarela mulai menghasilkan apa yang dikenal sebagai kekuatan sekunder, dan kekuatan ini meningkatkan kekuatan kontraksi yang tidak disengaja. 2) *Passage* (jalan

Lahir) : Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus menyesuaikan dirinya terhadap jalan yang relatif kaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai. 3) *Passanger* (janin dan plasenta) : *Passenger* atau jalan bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka dia juga dianggap sebagai bagian dari *passenger* yang menyertai janin, namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal. 4) Psikologi : perasaan yang nyaman dan tenang atas dukungan yang didapatkan dari orang terdekat. 5) Penolong : merupakan bantuan pertolongan dari tenaga kesehatan.

2.2.4. Tanda Permulaan Persalinan

Tanda-tanda permulaan persalinan sebagai berikut : 1) *Lightening* yaitu terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk PAP 2) terjadinya his permulaan 3) perut kelihatan lebih melebar, fundus uter turun 4) Perasaan seolah sering atau susah buang air kecil karena kandung kemih tertekan bagian bawah janin 5) Serviks menjadi lembek, mendatar dan mengeluarkan sekresi lendir, darah dari vagina (*bloody show*)(Rohani, 2011).

2.2.5. Tanda dan Gejala Inpartu

Menurut Sondakh (2013) Tanda dan gejala inpartu : 1) Terjadinya his persalinan. Sifat his persalinan adalah pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar, makin beraktivitas (jalan), kekuatan akan makin bertambah. 2) Pengeluaran lendir dengan darah. Terjadinya his persalinan mengakibatkan terjadinya perubahan pada serviks yang akan menimbulkan pendataran dan pembukaan serviks, pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat di kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah. 3) Pengeluaran cairan. Pada beberapa kasus persalinan akan terjadi pecah ketuban. Sebagian besar, keadaan ini terjadi menjelang pembukaan lengkap. Setelah adanya pecah ketuban, diharapkan proses persalinan akan berlangsung kurang dari 24 jam. 4) Hasil yang didapatkan pada pemeriksaan dalam, yaitu perlunakan serviks, pendataran serviks dan pembukaan serviks.

2.2.6. Pembagian Kala Dalam Persalinan

Menurut Sarwono Prawirohadjo (2014) terdapat 4 pembagian kala dalam persalinan yaitu sebagai berikut:

1. Kala I : Sejak lahir hingga pembukaan penuh (10 cm). Proses ini berlangsung 18-24 jam dan dibagi menjadi dua tahap: 1) Tahap inkubasi: berlangsung 8 jam. 2) Tahap aktif, dibagi menjadi tiga tahap: (1) Tahap akselerasi: dalam waktu 3 jam, pembukaan 3 cm menjadi 4 cm, (2) Tahap Diastol maksimum: dalam waktu 2 jam Pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm. (3) Tahap perlambatan: pembukaan diperlambat lagi, menyelesaikan

pembukaan 9 cm dalam waktu 2 jam.

Tahapan ini terjadi pada kelahiran pertama. Hal ini juga terjadi pada kehamilan ganda, namun masa inkubasi, aktif, dan deselerasinya lebih singkat. Mekanisme pembukaan serviks berbeda antara wanita primipara dan multipara. Pada kasus pertama, leher rahim bagian dalam terbuka terlebih dahulu, sehingga membuat leher rahim menjadi rata dan tipis. Baru setelah itu serviks bagian luar terbuka. Pada wanita multipara, serviks bagian luar sedikit melebar. Pada saat yang sama, tulang di dalam dan di luar rahim berubah, dan leher rahim menjadi lebih tipis dan rata. Tahap pertama selesai saat leher rahim terbuka. Pada periode primipara I berlangsung sekitar 13 jam dan pada periode multipara berlangsung sekitar 7 jam.

2. Kala II : Pada tahap kedua, lakukan lebih keras dan lebih cepat, setiap 2-3 menit. Dalam hal ini, janin biasanya telah mencapai rongga panggul, yang memberikan tekanan pada otot dasar panggul sehingga menimbulkan perasaan tegang secara refleksif. Wanita juga merasakan tekanan di rektumnya dan merasakan keinginan untuk buang air besar. Kemudian perineum mulai menonjol dan melebar seiring dengan lubang anus, labia mulai terbuka, dan segera setelah itu muncul kepala janin di dalam vulva. Saat dasar panggul Anda lebih rileks, kepala Anda tidak akan menonjol ke luar saat desisan Anda. Gaya tekan maksimum menyebabkan keluarnya kepala janin, dengan daerah oksipital terletak di bawah simfisis pubis, dan dahi, wajah, dan dagu melewati perineum. Setelah jeda singkat, dia mulai mengeluarkan kembali tubuh dan anggota tubuh bayi itu. Tahap II Dibutuhkan rata-rata 1,5 jam untuk primipara

dan 0,5 jam untuk wanita multipara.

3. Kala III : Setelah bayi lahir, rahim menjadi keras dan fundus berada sedikit di atas tengah. Setelah beberapa menit, rahim berkontraksi kembali dan melepaskan plasenta dari dinding rahim. Plasenta biasanya terpisah dalam waktu 6 sampai 15 menit setelah anak lahir dan keluar dengan sendirinya atau ketika ada tekanan pada bagian belakang rahim. Keluarnya plasenta disertai pendarahan.
4. Kala IV : Sejak lahirnya plasenta sampai 2 jam setelah lahir. Keduanya baru-baru ini mengalami perubahan abnormal pada tubuhnya. Rata-rata kehilangan darah normal adalah 250cc. Perdarahan persalinan yang melebihi 500ml merupakan perdarahan tidak normal.

2.2.7. Standar pertolongan persalinan

1. Pelayanan obstetri tahap 1 : bertujuan untuk memberikan pelayanan kebidanan yang tepat guna mendukung pelayanan obstetri yang bersih dan aman bagi ibu dan anak.
2. Persalinan Aman Tahap 2 : bertujuan untuk menjamin persalinan yang bersih dan aman bagi ibu dan bayi.
3. Penatalaksanaan agresif kala tiga persalinan: Tujuan dari adalah untuk menunda pengeluaran lengkap plasenta dan selaput ketuban untuk mengurangi terjadinya perdarahan setelah kala tiga persalinan dan untuk mencegah tonus uterus dan retensi plasenta. mendukung secara aktif.

4. Pengobatan gawat janin kala II dengan episiotomi: dimaksudkan untuk mempercepat persalinan dengan melakukan episiotomi bila muncul tanda gawat janin saat kepala bayi meregang perineum.

2.2.8. Penapisan Awal Pada Kala I Persalinan Normal

Tujuan pemeriksaan awal adalah untuk mengetahui apakah ibu mampu melahirkan di PMB atau perlu dirujuk. Meliputi : 1) riwayat operasi caesar, 2) perdarahan vagina, 3) kelahiran prematur (usia kehamilan <37 minggu), 4) ketuban pecah karena mekonium kental, 5) ketuban pecah dalam jangka panjang, 6) kelahiran prematur (usia kehamilan <37 minggu), 7) penyakit kuning, 8) anemia berat, 9) tanda/gejala infeksi, 10) preeklamsia/kehamilan hipertensi berat, 11) TFU 40 cm atau lebih, 12) gawat janin, 13) Primipara wanita bersalin aktif kala I dengan palpasi masih 5/5, 14) Gejala noncephalic, 15) Presentasi majemuk, 16) Kehamilan keruh, 17) Tali pusat - pusat meningitis, 18) Syok, 19) Ibu hamil KTI, 20) Ibu hamil dengan suami melahirkan, 21) Suami/ibu hamil bertato, 22) HIV/AIDS, 23) PMS, 24) Anak mahal.

2.2.9. Partograf

Partograf adalah alat untuk memantau perkembangan kala satu persalinan, fisiologis atau patologis, dan untuk mengambil keputusan klinis. Tujuan utama penggunaan partograf adalah untuk 1) mencatat observasi dan kemajuan persalinan, dan 2) menentukan apakah proses persalinan berjalan normal. Oleh karena itu, deteksi dini dapat dilakukan meskipun persalinan mungkin berlangsung lama. 3) Pemantauan keadaan ibu, grafik kemajuan proses persalinan, pemberian zat dan obat, pemeriksaan laboratorium, keputusan klinis, dan keadaan

ibu dan bayi baru lahir dan semuanya dicatat secara rinci dalam rekam medis. (Sarwono, 2014).

2.2.10. Inisiasi Menyusu Dini

Menurut Buku KIA (2017) inisiasi menyusu dini (early initiation) adalah proses menyusu sendiri, minimal satu jam pertama pada bayi baru lahir atau segera meletakkan bayi di dada ibu (ada kontak kulit ibu dengan bayi sekurang-kurangnya 1 jam untuk memberikan kesempatan kepada bayi menyusu sesegera mungkin).

Kolostrum merupakan cairan yang pertama kali disekresi oleh payudara yang dinamakan *the gift of life*. Klostrum berupa cairan dengan *viscosital* kental berwarna kekuning-kuningan, lebih kuning dibandingkan dengan susu matur. Kolostrum mengandung *immunoglobulin A* (IgA) yang membantu melapisi usus bayi yang masih rentan dan mencegah kuman memasuki bayi (Saleha, 2009).

2.3 Konsep Dasar Nifas Fisiologis

2.3.1. Pengertian Nifas

Masa nifas atau puerperium adalah dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Prawirohardjo, 2014).

Menurut Bahiyatun (2009)

Menurut Yusari Asih dkk (2016) masa nifas adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil.

Menurut Sulistyawati (2009) masa nifas (puerperium) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali

seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu.

2.3.2. Perubahan Fisiologis yang Terjadi Pada Masa Nifas

2.3.2.1. Perubahan Sistem Reproduksi

Organ dalam sistem reproduksi yang mengalami perubahan yaitu :

1. Rahim

Rahim merupakan organ yang mengalami perubahan signifikan selama kehamilan dan persalinan. Jika janin hadir lebih lama dari yang diperlukan, terjadi kerusakan serat otot, meskipun hal ini tidak diinginkan. Proses katabolik membantu mencegah terjadinya masalah ini.

2. Afterpains

Pada wanita primipara, fundus uteri umumnya tetap keras akibat peningkatan tonus uterus. Relaksasi dan kontraksi berkala sering terjadi pada wanita multipara dan biasanya menyebabkan nyeri yang berlangsung hingga awal periode pascapersalinan. Nyeri pasca melahirkan bahkan lebih parah jika rahim meregang berlebihan setelah ibu melahirkan (bayi, bayi besar, kembar, dll). Pemberian ASI dan suplementasi oksitosin biasanya meningkatkan rasa sakit ini karena keduanya merangsang kontraksi rahim.

3. Lochea

Lochea juga mengalami perubahan karena proses involusi. Perubahan *lochea* tersebut adalah :

1) *Lochea rubra (Cruenta)*

Muncul pada hari pertama sampai hari kedua post partum, warnanya merah mengandung darah dari luka pada plasenta dan serabut dari decidua dan choricon.

2) *Lochea Sanguilenta*

Berwarna merah kuning, berisi darah lendir, hari 3-7 paska persalinan.

3) *Lochea Serosa*

Muncul pada hari ke 7-14, berwarna kecoklatan mengandung lebih banyak serum, lebih sedikit darah juga leukosit dan laserasi plasenta.

4) *Lochea Alba*

Sejak 2-6 minggu setelah persalinan, warnanya putih kekuningan mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.

Sedangkan menurut Astutik Yuli (2015) lochea adalah cairan atau secret yang berasal dari kavum uteri atau vagina dalam masa nifas.

Macam-macam lochea ; (1) *Lochea Rubra* (cruenta) : berisi darah segar dan sisa selaput ketuban, sel desidua, verniks caseosa, lanugo dan mekonium, selama 2 hari masa nifas, (2) *Lochea sanguinolenta* yaitu berwarna kuning berisi darah dan lendir, hari 3-7 nifas, (3) *Lochea serosa* yaitu berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 nifas, (4) *Lochea alba* yaitu cairan putih, keluar setelah 2 minggu masa nifas.

2.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

2.4.1. Definisi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan antara 37 dan 42 minggu dengan berat badan antara 2.500 gram hingga 4.000 gram. (Nanny Lia Dewi, Vivian, 2012).

Neonatus dapat didefinisikan sebagai bayi (*infant*) dalam empat minggu pertama kehidupan (Williamson, Amanda, 2013).

2.4.2. Pelayanan esensial pada BBL sehat oleh dokter/bidan/perawat

1. Jaga bayi tetap hangat
2. Bersihkan jalan napas (bila perlu)
3. Keringkan dan jaga bayi tetap hangat
4. Potong dan ikat tali pusat 2 menit setelah lahir
5. IMD, salep mata antibiotik tetrasiklin 1% pada kedua mata
6. Suntik vitamin K1 1 mg IM di paha kiri, imunisasi HB0 0,5 ml IM di paha kanan kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vit. K
7. Pemberian identitas
8. Anamnesis dan pemeriksaan fisik
9. Pemulangan bayi lahir normal, konseling dan kunjungan ulang

Buku KIA (2017)

2.4.3. Pemeriksaan BBL

1) Penilaian Selintas BBL

Penilaian Awal menurut JNPK-KR, 2014, untuk semua bayi baru lahir (BBL), lakukan penilaian awal dengan menjawab 3 pertanyaan : Sebelum

bayi lahir : 1) apakah kehamilannya cukup bulan? 2) apakah bayi menangis atau bernapas/ tidak megap-megap? 3) apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

2) APGAR Score

Penilaian APGAR menurut Jenny J.S Sondakh, 2013, hal.158 ; Menilai kesehatan umum bayi Anda dimulai dari menit pertama kehidupannya dengan menggunakan skor APGAR. Evaluasi selanjutnya akan dilakukan setelah 5 dan 10 menit. Evaluasi ini diperlukan untuk mengetahui apakah bayi Anda menderita tersedak.

Tabel 2.6 Kriteria APGAR Score pada BBL

Kriteria	0	1	2
<i>Appoearance</i> (warna kulit)	Pucat	Badan merah ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
<i>Pulse rate</i> (frekuensi nadi)	Tidak ada	Kurang dari 100	Lebih dari 100
<i>Grimace</i> (reaksi rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik (<i>grimace</i>)	Batuk /bersin
<i>Activity</i> (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas dalam sedikit fleksi	Gerakan aktif
<i>Respiraton</i> (pernafasan)	Tidak ada	Lemah /tidak teratur	Baik/menangis

Sumber : Jenny J.S Sondakh, 2013

Bayi dengan nilai 0-3 menunjukkan depresi serius dan membutuhkan resusitasi segera dan mungkin memerlukan ventilasi. (Jenny J.S Sondakh, 2013, hal.158).

3) Pemeriksaan Fisik

Tabel 2.7 Pemeriksaan fisik BBL (Kemenkes RI 2010)

No	Pemeriksaan fisik yang dilakukan	Keadaan normal
1.	Lihat postur, tonus dan aktivitas	Posisi tungkai dan lengan fleksi Bayi sehat akan bergerak aktif
2.	Lihat kulit	Wajah, bibir dan selaput lendir, dada berwarna merah muda, tidak ada kemerahan atau bisul
3.	Hitung pernapasan dan lihat retraksi dinding dada saat bayi tidak menangis	Frekuensi napas normal 40-60 kali per menit Tidak ada retraksi dinding dada
4.	Hitung denyut jantung (stetoskop) di dada kiri setinggi apeks kordis)	Frekuensi denyut jantung normal 120-160 kali per menit
5.	Lakukan pengukuran suhu aksila	Suhu normal adalah 36,5-37,5 ⁰ C
6.	Lihat dan raba bagian kepala	Bentuk kepala terkadang asimetris karena penyesuaian pada saat proses persalinan, umumnya hilang dalam 48 jam Ubun-ubun besar rata atau tidak menonjol, dapat sedikit membonjol saat bayi menangis
7.	Lihat mata	Tidak ada kotoran/secret
8.	Lihat bagian dalam mulut Masukkan satu jari yang menggunakan sarung tangan ke dalam mulut, raba langit-langit	Bibir, gusi, langit-langit utuh dan tidak ada bagian yang terbelah Nilai kekuatan isap bayi Bayi akan mengisap kuat jari pemeriksa
9.	Lihat dan raba perut Lihat tali pusat	Perut bayi datar, teraba lemas Tidak ada perdarahan, pembengkakan, nanah, tali pusat berbau/kemerahan sekitar tali pusat
10.	Lihat punggung dan raba tulang belakang	Kulit terlihat utuh, tidak terdapat celah/lubang dan benjolan pada tulang belakang
11.	Lihat lubang anus Hindari memasukkan alat atau jari dalam memeriksa anus Tanyakan apakah bayi sudah BAB	Terlihat lubang anus dan periksa apakah mekonium sudah keluar Biasanya mekonium keluar dalam 24 jam setelah lahir
12.	Lihat dan raba alat kelamin luar Tanyakan pada ibu apakah bayi sudah buang air kecil	Bayi perempuan : kadang terlihat cairan vagina berwarna putih atau kemerahan Bayi laki-laki : terdapat lubang uretra pada ujung penis. Teraba testis di skrotum

13.	Timbang bayi Timbang bayi (diselimuti) hasilnya dikurangi berat selimut	Berat lahir 2,5-4 kg Dalam minggu pertama, berat bayi mungkin turun dahulu baru kemudian naik kembali
14.	Mengukur panjang dan lingkar kepala bayi	Panjang lahir normal 48-52 cm. Lingkar kepala 33-37 cm.

2.4.4. Kunjungan Neonatus

Kunjungan neonatus adalah pelayanan kepada neonatus pada masa 6 jam sampai 28 hari setelah kelahiran sesuai standrat (Kemenkes RI, 2010).

- a. kunjungan neonatus 1 (KN 1) dilakukan kurun waktu 6-48 jam (1-2 hari) setelah bayi lahir.
- b. Kunjungan neonatus 2 (KN 2) dilakukan kurun waktu 3-7 hari setelah bayi lahir.
- c. Kunjungan neonatus 3 (KN 3) dilakukan kurun waktu hari ke 8 sampai ke 28 setelah bayi lahir

2.4.5. Tanda Bayi Baru Lahir butuh pertolongan

1. Pernafasan sulit atau lebih dari 60 x/menit, 2. Terlalu panas atau dingin,
3. Warna kulit kuning, biru, atau pucat, 4. Isapan lemah (tidak mau mengisap, 5. Mengantuk berlebihan, banyak muntah, 6. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah, 7. Infeksi (suhu meningkat, pernafasan sulit), 8. Feses/kemih (tidak berkemih dalam 24 jam, feses lembek, kering, hijau tua, ada lender atau darah), 9. Aktivitas : menggigil (tangis tidak biasa, sangat mudah tersinggung, lemas, terlalu mengantuk, lunglai, kejang, kejang halus, tidak tenang, menangis terus menerus) (Deslidel, 2011).

2.5 Konsep Dasar KB (Keluarga Berencana)

2.4.6. Pengertian KB

Kontrasepsi merupakan usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan, upaya ini bersifat permanen (Prawirohardjo, 2014).

2.4.7. Macam-Macam Metode Kontrasepsi

1. Metode Keluarga Berencana Alamiah (KBA)

1) Metode Kalender : (1) Tidak melakukan senggama pada masa subur istri dengan menghitung waktu pelepasan sel telur dari ovarium (2) berdasarkan data menstruasi yang dicatat selama 6-12 bulan terakhir. Harus mencatat siklus haid setiap bulan. Cara ini hanya cocok bagi wanita dengan siklus haid teratur. Harus mencatat siklus haid paling sedikit 6-12 bulan. (3) Langkah-langkah menghitung masa subur: a) Mencatat tanggal hari pertama datang bulan, b) Lakukan pencatatan ini terus menerus setiap bulan, minimal 6 bulan, c) Catatlah jumlah hari dari setiap siklus haid (siklus terpendek, terpanjang) (4) Patokan menentukan masa subur wanita, yaitu: a) Ovulasi terjadi ± 2 hari sebelum haid yang akan datang, b) Sperma dapat hidup dan membuahi dalam 48 jam setelah ejakulasi, b) Ovum dapat hidup 24 jam setelah ovulasi.

2) Metode Suhu Basal : (1) Suhu yang diukur segera setelah bangun tidur dan seseorang belum melakukan kegiatan apapun. Terjadi peningkatan suhu $0,2-0,5^{\circ}\text{C}$ pada waktu ovulasi. Peningkatan suhu basal disebabkan karena peninggian kadar hormon progesteron. Faktor yang mempengaruhi: Infeksi traktus respiratorius, Infeksi/penyakit-penyakit lain yang meninggikan suhu

hari subur : Ketika terobservasi adanya lendir servik sebelum ovulasi, ibu dianggap subur, ketika terlihat adanya lendir yang kental, lengket. Lendir yang basah,licin mungkin sudah ada, c) Hari puncak: Hari terakhir adanya lendir pada servik, d) Perubahan lendir servik karena perubahan kadar estrogen.

- 5) Teknik Simtothermal : (1) Kombinasi berbagai metode KB alamiah untuk menentukan masa subur. Misal Metode lendir servik & suhu basal. Pantang senggama mulai masa subur dimana ada perasaan basah, ada lendir sampai hari puncak & terjadi perubahan suhu, (2) Mekanisme kerja; a) Untuk kontrasepsi: Hindari persetubuhan selama fase kesuburan dari siklus haid, dimana kemungkinan hamil sangat besar, b) Untuk kehamilan: Rencanakan persetubuhan agar dekat dengan pertengahan siklus (sekitar 10-15 hari siklus haid) kemungkinan kehamilan mungkin terjadi, (3) Keuntungan kontraseptif, yaitu: a) Dapat digunakan untuk mencegah atau mendapatkan kehamilan, b) Tanpa resiko kesehatan yang berkaitan dengan metodenya, c) Tanpa efek samping, d) Murah dan aman, (4) Keuntungan non kontraseptif, yaitu: a) Pengetahuan meningkat tentang sistem reproduksi, b) Kemungkinan hubungan lebih dekat dengan pasangan, c) Keterlibatan pihak laki-laki meningkatkan dalam perencanaan keluarga, (5) Keterbatasan: a) Efektifitas bergantung pada keikhlasan mengikuti petunjuk, b) Diperlukan banyak latihan untuk bisa menggunakan dengan benar, c) Memerlukan penahanan nafsu selama fase kesuburan untuk mencegah kehamilan, d) Memerlukan pencatatan setiap hari, f) Infeksi vagina akan membuat lendir

servik sulit diinterpretasi, g) Tidak memberikan perlindungan terhadap PMS, (6) Kekurangan, antara lain: a) Angka kegagalan tinggi, apabila salah menghitung masa subur, b) Tidak semua perempuan mengetahui kapan masa subur, c) Tidak semua perempuan mempunyai haid yang teratur, d) Tidak semua pasangan dapat mentaati untuk tidak bersenggama pada masa subur, e) Dapat menimbulkan kekhawatiran/ketegangan bila melakukan hubungan seks, f) Cara ini memerlukan kerjasama menahan diri secara sungguh-sungguh bagi pasangan, g) Perlu pencatatan tiap hari. (7) Wanita yang dapat menggunakan KB Alamiyah, adalah a) Semua perempuan semasa reproduksi, b) Perempuan kurus/gemuk, c) Perempuan dengan alasan kesehatan tertentu, d) Pasangan dengan alasan agama untuk tidak menggunakan metode lain, e) Perempuan yang tidak dapat menggunakan metode kontrasepsi lain, (8) Wanita yang tidak dianjurkan menggunakan KB Alamiyah, adalah: a) wanita yang belum mendapatkan haid (masih menyusui), b) Wanita yang pasangannya tidak mau kerjasama/berpantang selama waktu tertentu, c) Siklus haid tidak teratur, d) Riwayat siklus haid an-ovulatoir, e) Kurva suhu badan yang tidak teratur.

2. Metode Amenore Laktasi (MAL)

1) Definisi

Metode Amenorea Laktasi (MAL) atau Lactational Amenorrhea Method (LAM) dapat dikatakan sebagai metode keluarga berencana alamiah (KBA) atau natural family planning, apabila tidak dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain (Affandi, 2015)

- 2) Cara Kerja : Penundaan atau penekanan ovulasi (Affandi, 2015)
 - 3) Keuntungan kontrasepsi MAL, antara lain : efektifitas tinggi, segera aktif, tidak perlu pengawasan medis, tidak mengganggu senggama tidak ada efek samping secara sistemik,tidak perlu obat atau alat,tanpa biaya.
 - 4) Kekurangan dari kontrasepsi MAL adalah : a) perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan, b) mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial, c) efektifitas tinggi hanya sampai kembalinya haid sampai dengan 6 bulan, d) tidak melindungi terhadap IMS termasuk hepatitis B/HBV dan HIV/AIDS.
 - 5) Indikasi : a) wanita yang menyusui secara eksklusif, b) bayi berumur kurang dari 6 bulan, c) belum mendapatkan haid setelah melahirkan.
3. Senggama Terputus
- 1) Pengertian

Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional di mana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum mencapai ejakulasi.
 - 2) Cara kerja

Alat kelamin (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi untuk mencegah sperma masuk ke dalam vagina, mencegah bertemunya sperma dan sel telur, serta mencegah kehamilan.
 - 3) Keuntungan kontrasepsi, yaitu:
 - a) efektif
 - b) produksi ASI tidak terganggu

- c) mendukung metode KB lainnya
 - d) bebas efek samping
 - e) bisa digunakan setiap waktu
 - f) bebas biaya
- 4) Keuntungan nonkontrasepsi, yaitu:
- a) melibatkan suami dalam perencanaan keluarga
 - b) meningkatkan keharmonisan rumah tangga

4. Metode Pembatas

a. Kondom

(1) Definisi

Kondom adalah selongsong/penutup karet yang terbuat dari berbagai bahan seperti lateks (karet), plastik (vinil), dan bahan alami (produk hewani) yang dipasang pada penis pada saat berhubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintetis tipis dan berbentuk silinder dengan bukaan berbingkai tebal yang menjadi rata atau berbentuk seperti puting susu jika digulung. Berbagai bahan ditambahkan pada kondom agar lebih efektif (misalnya, ditambahkan spermisida) atau sebagai aksesoris untuk hubungan seksual. Standar kondom dapat ditentukan oleh ketebalannya, dan umumnya 0,02 mm dianggap sebagai standar.

(2) Jenis-jenis Kondom

Kondom biasa, kondom berkontur (bergerigi), kondom beraroma, dan kondom tidak beraroma

(3) Efek samping dan penanganannya

Tabel 2.8 Efek samping dan penanganan masalah penggunaan kondom

Efek Samping atau Masalah	Penanganan
Kondom rusak atau diperkirakan bocor (sebelum berhubungan).	Buang dan pakai kondom baru atau pakai spermisida digabung kondom.
Kondom bocor atau dicurigai ada curahan divagina saat berhubungan	Jika dicurigai ada kebocoran, pertimbangkan pemberian <i>Morning After Pill</i> (kontrasepsi darurat).
Dicurigai adanya reaksi alergi (spermisida).	Reaksi alergi, meskipun jarang, dapat sangat mengganggu dan bisa berbahaya. Jika keluhan menetap sesudah berhubungan dan tidak ada gejala IMS, berikan kondom alami (produk hewani: <i>lamb skin gut</i>) atau bantu klien memilih metode lain.
Mengurangi kenikmatan hubungan seksual.	Jika penurunan kepekaan tidak bisa ditolerir biarpun dengan kondom yang lebih tipis, anjurkan pemakaian metode lain.

b. Spermisida

- 1) Definisi, Spermisida adalah bahan kimia (bisaanya non oksinol-9) digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma. Dikemas dalam bentuk: aerosol (busa), tablet vaginal, suppositoria, atau *dissolvablefilm*, krim (Affandi, 2015)
- 2) Cara penggunaan spermisida bentuk tablet vagina atau suppositoria atau film/tissue : (a) Cuci tangan sebelum membuka paket, (b) Lepaskan tablet atau suppositoria dari paket, (c) Sambil berbaring masukkan tablet vagina atau suppositoria jauh kedalam vagina, (d) Tunggu 10-15 menit sebelum mulai berhubungan seksual, (e) Sediakan selalu ekstra pengadaan tablet vagina atau suppositoria di tempat. Beberapa busa dari tablet vagina menyebabkan rasa hangat di vagina, itu normal-normal saja.

- 3) Cara penggunaan spermisida bentuk krim: (a) Inseri kontrasepsi krim setelah dikemas kedalam aplikator sampai penuh, masukkan kedalam vagina sampai mendekati serviks, (b) Tekan alat pendorong sampai krim keluar. Tidak perlu menunggu kerja krim, (c) Aplikator harus dicuci dengan sabun dan air sesuai dengan pencegahan infeksi untuk alat-alat, tiriskan dan keringkan, (d) Untuk memudahkan pembersihan alat, pisahkan bagian-bagiannya. Jangan berbagi aplikator dengan orang lain, (e) Sediakan selalu ekstra pengandaan krim trauma apabila ternyata container kosong.

c. Kontrasepsi Kombinasi

1. Kontrasepsi Suntikan Kombinasi (Depo medroksiprogesteron Asetat)

- 1) Cara Kerja : (a) Menekan ovulasi, (b) Membuat lender serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu, (c) Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu, (d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba.
- 2) Keuntungan kontrasepsi : (a) Resiko terhadap kesehatan kecil, (b) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri, (c) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam, (d) Jangka panjang, (e) Efek samping sangat kecil, (f) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
- 3) Keuntungan non kombinasi : (a) Mengurangi dari jumlah perdarahan, (b) Mengurangi nyeri saat haid, (c) Mencegah anemia, (d) Khasiat pencegahan terhadap kanker ovarium dan endometrium, (e) Mengurangi penyakit payudara jinak dan kista ovarium, (f)

Mencegah kehamilan ektopik, (g) Melindungi klien dari jenis-jenis tertentu penyakit radang panggul, (h) Pada keadaan tertentu dapat diberikan pada wanita usia premenopause.

- 4) Kerugian : (a) Terjadi perubahan pada pola haid, seperti tidak teratur, perdarahan bercak atau perdarahan sela sampai 10 hari, (b) Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan, (c) Ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan, (d) Efektivitasnya berkurang apabila digunakan bersamaan dengan obat-obat epilepsi (penitoin dan barbiturat) atau obat tuberculosis (rifampisin), (e) Dapat terjadi efek samping yang serius seperti serangan jantung, stroke, dll, Indikasi dan kontraindikasi
- 5) Efek samping dan penanganannya

Tabel 2.9 Efek samping dan penanganan masalah penggunaan suntik kombinasi

Efek samping	Penanganan
Amenorea	Bila tidak terjadi kehamilan, dan tidak perlu diberi pengobatan khusus. Jelaskan bahwa darah haid tidak berkumpul dalam Rahim. Anjurkan klien untuk kembali ke klinik bila tidak datangnya haid masih menjadi masalah. Bila klien hamil, rujuk klien. Hentikan penyuntikan, dan jelaskan bahwa hormon progestin dan estrogen sedikit sekali pengaruhnya pada janin
Mual / pusing / muntah	Pastikan tidak ada kehamilan. Bila hamil, rujuk. Bila tidak hamil, informasikan bahwa hal ini adalah hal biasa dan akan hilang dalam waktu dekat
Perdarahan / perdarahan bercak (<i>spotting</i>)	Bila hamil, rujuk. Bila tida hamil cari penyebab perdarahan yang lain jelaskan bahwa perdarahan yang terjadi merupakan hal biasa. Bila perdarahan berlanjut dan mengkhawatirkan klien, metode kontrasepsi lain perlu dicari

6) Waktu mulai menggunakan suntikan kombinasi

- Suntikan pertama diberikan dalam waktu 7 hari siklus haid. Tidak diperlukan kontrasepsi tambahan.
- Bila suntikan pertama diberikan setelah 7 hari siklus haid, klien tidak boleh melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan kontrasepsi lain untuk 7 hari.
- Bila klien tidak haid, suntikan pertama dapat diberikan setiap saat, asal saja dapat dipastikan ibu tersebut tidak hamil. Klien tidak boleh melakukan hubungan seksual untuk 7 hari lamanya atau menggunakan metode kontrasepsi yang lain selama masa waktu 7 hari.
- Bila klien pasca persalinan 6 bulan, menyusui, serta belum haid, suntikan pertama dapat diberikan, asal saja dapat dipastikan tidak hamil.
- Bila pasca persalinan > 6 bulan, menyusui, serta telah mendapat haid, suntikan pertama dapat diberikan pada siklus haid hari ke 1 dan 7.
- Bila pasca persalinan < 6 bulan dan menyusui, jangan diberikan suntikan kombinasi.
- Bila pasca persalinan 3 minggu, dan tidak menyusui, suntikan kombinasi dapat diberikan.
- Pasca keguguran, suntikan kombinasi dapat segera diberikan atau dalam waktu 7 hari.

- Ibu yang sedang menggunakan metode kontrasepsi hormonal yang lain dan ingin menggantinya dengan kontrasepsi hormonal kombinasi. Selama ibu tersebut menggunakan kontrasepsi sebelumnya secara benar, suntikan kombinasi dapat segera diberikan tanpa perlu menunggu haid. Bila ragu-ragu, perlu dilakukan uji kehamilan terlebih dahulu.
- Bila kontrasepsi sebelumnya juga kontrasepsi hormonal, dan ibu tersebut menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan kombinasi tersebut dapat diberikan sesuai jadwal kontrasepsi sebelumnya. Tidak diperlukan metode kontrasepsi lain.
- Ibu yang menggunakan metode kontrasepsi nonhormonal dan ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan pertama dapat segera diberikan, asal saja diyakini ibu tersebut tidak hamil, dan pemberiannya tanpa perlu menunggu datangnya haid. Bila diberikan pada hari 1-7 siklus haid, metode kontrasepsi lain tidak diperlukan. Bila sebelumnya menggunakan AKDR, dan ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan pertama diberikan 1-7 hari siklus haid. Cabut AKDR segera.

7) Cara penggunaan

Suntikan kombinasi diberikan setiap bulan dengan suntikan intramuscular dalam. Klien diminta datang setiap 4 minggu. Suntikan ulang dapat diberikan 7 hari lebih awal, dengan kemungkinan terjadi

gangguan perdarahan. Dapat juga diberikan setelah 7 hari dari jadwal yang telah diberikan, asal saja diyakini ibu tersebut tidak hamil. Tidak dibenarkan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi yang lain untuk 7 hari saja.

2. Kontrasepsi Pil Kombinasi

- (1) Jenis : a) Monovasiik: pil yang tersedia dalam kemasan dalam 21 tablet mengandung hormon aktif ekstrogen atau progestin dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif, b) Bifasik : pil yang tersedia dalam kemasan dalam 21 tablet mengandung hormon aktif ekstrogen atau progestin dengan 2 dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif, c) Trifasik
- (2) Indikasi : a) Usia reproduksi, b) Telah memiliki anak ataupun yang belum memiliki anak, c) Gemuk atau kurus, d) Mengginginkan metode kontrasepsi dengan efektifitas tinggi, e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui, f) Setelah melahirkan 6 bulan yang tidak memberikan ASI eksklusif, g) Paska keguguran, h) Anemia karena haid berlebihan, i) Nyeri haid hebat, j) Siklus haid tidak teratur, k) Riwayat kehamilan ektopik, l) Kelainan payudara jinak, m) Kencing manis tanpa komplikasi pada daerah ginjal, pembuluh darah, mata dan saraf, n) Menderita tuberculosis, o) Menderita Varises vena.
- (3) Kontraindikasi : a) hamil atau dicurigai hamil, b) Menyusui eksklusif, c) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya, d) Penyakit hati akut, e) Perokok dengan usia lebih dari 35 tahun, f)

Riwayat penyakit jantung, setruk, tekanan darah > 180/110 mmHg,
 g) Riwayat gangguan faktor pembekuan darah atau kencing manis >
 20 tahun, h) Kanker payudara atau dicurigai kanker payudara, i)
 Tidak dapat menggunakan pil secara teratur setiap hari.

(4) Keadaan yang perlu mendapat perhatian

Tabel 2.10 Keadaan yang perlu mendapat perhatian penggunaan pil kombinasi

Tanda	Masalah yang mungkin terjadi
Nyeri dada hebat, batuk, napas pendek	Serangan jantung atau bekuan darah di dalam paru
Sakit kepala hebat	Stroke, hipertensi, migraine
Nyeri tungkai hebat (batis atau paha)	Sumbatan pembuluh darah tungkai
Nyeri abdomen hebat	Penyakit jantung empedu, bekuan darah, pancreatitis
Kelihatan penglihatan atau kabur	Stroke, hipertensi, atau problem vascular
Tidak terjadi perdarahan / <i>spotting</i> setelah selesai minum pil	Kemungkinan kehamilan

(5) Instruksi untuk klien

- Sebaiknya pil diminum setiap hari, lebih baik pada saat yang sama setiap hari.
- Pil yang pertama dimulai pada hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid.
- Sangat dianjurkan penggunaannya pada hari pertama haid.
- Pada paket 28 pil, dianjurkan mulai minum pil placebo sesuai dengan hari yang ada pada paket.
- Beberapa paket pil mempunyai 28 pil, yang lain 21 pil. Bila paket 28 pil habis, sebaiknya mulai minum pil dari paket yang baru. Bila paket 21 habis, sebaiknya tunggu 1 minggu baru kemudian mulai minum pil dari paket yang baru.

- Bila muntah dalam waktu 2 jam setelah menggunakan pil, ambillah pil yang lain.
- Bila terjadi muntah hebat, atau diare lebih dari 24 jam, maka bila keadaan memungkinkan dan tidak memperburuk keadaan, pil dapat diteruskan.
- Bila muntah dan diare berlangsung sampai 2 hari atau lebih, cara penggunaak pil mengikuti cara menggunakan pil lupa.
- Bila lupa minum pil (hari 1-21), segera minum pil setelah ingat boleh minum 2 pil pada hari yang sama. Tidak perlu menggunakan metode kontrasepsi yang lain. Bila lupa 2 pil atau lebih (hari 1-21), sebaiknya minum 2 pil setiap hari sampai sesuai jadwal yang ditetapkan. Juga sebaiknya gunakan metode kontrasepsi yang lain atau tidak melakukan hubungan seksual sampai telah menghabiskan paket pil tersebut.
- Bila tidak haid, perlu segera ke klinik untuk tes kehamilan

3. Kontrasepsi Progestin

1) Kontrasepsi Suntikan Progestin

- (1) Pengertian : Alat kontrasepsi berupa cairan yang berisi hormon progesteron yang disuntikkan ke dalam tubuh wanita secara periodik setiap 3 bulan sekali.
- (2) Jenis : Tersedia 2 jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin,yaitu: a) Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depoprovera), mengandung 150 mg DMPA, yang

diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuskular (didaerah bokong), b) Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat), yang mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuskular.

- (3) Cara Kerja :a) Mencegah ovulasi, b) Mengentalkan lender serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma, c) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi, d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba.
- (4) Efektivitas : Kedua kontrasepsi suntik tersebut memiliki efektivitas yang tinggi,dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan per tahun, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan.
- (5) Keuntungan :a) Sangat efektif, b) Pencegahan kehamilan jangka panjang, c) Tidak berpengaruh pada hubungan suami-istri, d) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung,dan gangguan pembekuan darah, e) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI, f) Sedikit efek samping, g) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik, h) Dapat digunakan oleh perempuan usia>35 tahun sampai perimenopause, i) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik, j) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara, (k) Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul, l) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (sickle cell).

(6) Indikasi dan kontraindikasi

Tabel 2.11 Indikasi dan kontraindikasi penggunaan suntikan progestin

Kontrasepsi Suntikan Progestin	
Sesuai untuk klien yang:	Tidak sesuai untuk klien yang:
Usia reproduksi Nulipara dan yang telah memiliki anak Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai Setelah melahirkan dan tidak menyusui Setelah abortus atau keguguran Telah banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi Perokok Tekanan darah <180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit Menggunakan obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) atau obat tuberkulosis (rifampisin) Tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen Sering lupa menggunakan pil Anemia defisiensi besi Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.	Hamil atau dicurigai hamil (resiko cacat pada janin 7 per 100.000 kelahiran) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorea Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, Diabetes mellitus disertai komplikasi.

(7) Efek samping dan penanganannya

Tabel 2.12 Efek samping dan penanganan penggunaan suntikan kombinasi

Efek Samping	Penanganan
Amenorea (tidak terjadi perdarahan/ <i>spotting</i>)	Bila tidak hamil, pengobatan apa pun tidak perlu. Jelaskan, bahwa darah haid tidak terkumpul dalam Rahim. Nasihati untuk kembali ke klinik Bila terjadi kehamilan, rujuk klien. Hentikan penyuntikan Bila terjadi kehamilan ektopik, rujuk klien segera Jagan berikan terapi hormonal untuk menimbulkan

	perdarahan karena tidak akan berhasil. Tunggu 3-6 bulan kemudian, bila tidak terjadi perdarahan juga, rujuk ke klinik
Perdarahan/perdarahan bercak (<i>spotting</i>)	Informasikan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai tetapi hal ini bukanlah masalah serius dan biasanya tidak memerlukan pengobatan. Bila klien tidak dapat menerima perdarahan tersebut dan ingin melanjutkan suntikkan, maka dapat disarankan 2 pilihan pengobatan : 1 siklus pil kombinasi (30-35 µg etinilestradiol), ibuprofen (sampai 800 mg, 3x/hari untuk 5 hari), atau obat sejenis lain. Jelaskan bahwa selesai pemberian pil kontrasepsi kombinasi dapat terjadi perdarahan. Bila terjadi perdarahan banyak selama pemberian suntikan ditangani dengan pemberian 2 tablet pil kombinasi/hari selama 3-7 hari dilanjutkan dengan 1 siklus pil kontrasepsi hormonal, atau diberio 50 µg etinilestradiol atau 1,25 mg estrogen equin konjugasi untuk 14-21 hari
Meningkatnya/ menurunnya berat badan	Informasikan bahwa kenaikan / penurunan berat badan sebanyak 1-2 kg dapat saja terjadi. Perhatikan diet klien bila perubahan berat badan terlalu mencolok. Bila berat badan berlebihan, hentikan suntikan dan anjurkan metode kontrasepsi lain.

2) Kontrasepsi Pil Progestin (Minipil)

- (1) Jenis : a) Kemasan dengan isi 35 pil: 300 µg levonorgestrel atau 350 µg noretindron, b) Kemasan dengan isi 28 pil : 75 µg desogestrel.
- (2) Cara kerja : a) Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium (tidak begitu kuat), b) Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit, c) Mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma, d) Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu.

- (3) Efektivitas : Sangat efektif, 98,5%, pada penggunaan minipil jangan sampai terlupa satu-dua tablet atau jangan sampai terjadi gangguan gastrointestinal (muntah, diare), karena akibatnya kemungkinan terjadi kehamilan sangat besar. Penggunaan obat-obatan mukolitik asetilsistein bersamaan dengan minipil perlu dihindari karena mukolitik jenis ini dapat meningkatkan penetrasi sperma sehingga kemampuan kontraseptif dari minipil dapat terganggu.

Agar didapatkan kehandalan yang tinggi, maka :a) Jangan sampai ada tablet yang lupa, b) Tablet digunakan pada jam yang sama (malam hari), c) Senggama sebaiknya dilakukan 3-20 jam setelah penggunaan minipil.

- (4) Keuntungan Kontrasepsi : a) Sangat efektif bila digunakan secara benar, b) Tidak mengganggu hubungan seksual, c) Tidak mempengaruhi ASI, d) Kesuburan cepat kembali, e) Nyaman dan mudah digunakan, f) Sedikit efek samping, g) Dapat dihentikan setiap saat, h) Tidak mengandung estrogen.
- (5) Keuntungan nonkontrasepsi : a) Mengurangi nyeri haid, b) Mengurangi jumlah darah haid, c) Menurunkan tingkat anemia, d) Mencegah kanker endometrium, e) Melindungi dari penyakit radang panggul, f) Tidak meningkatkan pembekuan darah, g) Dapat diberikan pada penderita endometriosis, h) Kurang menyebabkan peningkatan tekanan darah, nyeri kepala, dan

depresi, i) Dapat mengurangi keluhan pre menstrual sindrom (sakit kepala, perut kembung, nyeri payudara, nyeri pada betis, lekas marah), j) Sedikit sekali mengganggu metabolisme karbohidrat sehingga relatif aman diberikan pada perempuan pengidap kencing manis yang belum mengalami komplikasi.

(6) Keterbatasan : a) Hampir 30-60% mengalami gangguan haid, b) Peningkatan/penurunan berat badan, c) Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama, d) Bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi lebih besar, e) Payudara menjadi tegang, mual, pusing, dermatitis atau jerawat, f) Resiko kehamilan ektopik cukup tinggi (4 dari 100 kehamilan), tetapi resiko ini lebih rendah jika dibandingkan dengan perempuan yang tidak menggunakan minipil, g) Efektivitasnya menjadi rendah bila digunakan bersamaan dengan obat tuberkulosis atau obat epilepsi, h) Tidak melindungi diri dari infeksi menular seksual atau HIV/AIDS, i) Hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan didaerah muka), tetapi sangat jarang terjadi.

(7) Efek samping : Amenorea dan Perdarahan tidak teratur/spotting.

(8) Indikasi dan kontraindikasi

Tabel 2.13 Indikasi dan kontraindikasi penggunaan pil progestin

Kontrasepsi Pil Progestin (Minipil)	
Sesuai untuk klien yang:	Tidak sesuai untuk klien yang:
Usia reproduksi Telah memiliki anak, atau yang belum memiliki anak Menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui persalinan dan tidak	Hamil atau diduga hamil, Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, Menggunakan obat tuberkulosis

<p>menyusui Pasca keguguran Perokok segala usia Mempunyai tekanan darah tinggi (selama <180/110 mmHg) atau dengan masalah pembekuan darah Tidak boleh menggunakan estrogen atau lebih senang tidak menggunakan estrogen.</p>	<p>(rifampisin), atau obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat), Kanker payudara atau riwayat kanker payudara, Sering lupa menggunakan pil, Miom uterus. Progestin memicu pertumbuhan miom uterus Riwayat stroke. Progestin menyebabkan spasme pembuluh darah.</p>
---	--

3) Kontrasepsi Implan

- (1) Pengertian : Implan adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara 3 hingga 5 tahun.
- (2) Jenis Implan : a) Norplant terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan diameter 2,4 mm, yang diisi dengan 36 mg levonorgestrel dan lama kerjanya 5 tahun, b) Implanon, terdiri dari satu batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm, dan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg 3-Keto-desogestrel dan lama kerjanya 3 tahun, c) Jadena dan indoplant terdiri dari 2 batang yang diisi dengan 75 mg Levonor-gestrel dengan lama kerja 3 tahun.
- (3) Cara Kerja : a) Lendir serviks menjadi kental, b) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, c) Mengurangi transportasi sperma, d) Menekan ovulasi.
- (4) Efektivitas : Sangat efektif (kegagalan 0,2-1 kehamilan per 100 perempuan).

- (5) Keuntungan Kontrasepsi : a) Daya guna tinggi, b) Perlindungan jangka panjang (sampai 5 tahun), c) Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan, d) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam, e) Bebas dari pengaruh estrogen, f) Tidak mengganggu kegiatan senggama, g) Tidak mengganggu ASI, h)Klien hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan, i) Dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan.
- (6) Keuntungan nonkontrasepsi : a) Mengurangi nyeri haid, b) Mengurangi jumlah darah haid, c) Mengurangi/memperbaiki anemia, d) Melindungi terjadinya kanker endometrium, e) Menurunkan angka kejadian kelainan jinak payudara, f) Melindungi diri dari beberapa penyebab penyakit radang panggul, g) Menurunkan angka kejadian endometriosis.
- (7) Keterbatasan : Pada kebanyakan pasien dapat menyebabkan perubahan pola haid berupa perdarahan bercak (spotting), hipermenorea, atau meningkatnya jumlah darah haid serta amenorea.
- (8) Indikasi dan kontraindikasi

Tabel 2.14 Indikasi dan kontraindikasi penggunaan implan

Kontrasepsi Implan	
Sesuai untuk klien yang:	Tidak sesuai untuk klien yang:
Usia reproduksi, telah memiliki anak ataupun yang belum Menghendaki kontrasepsi yang dimiliki efektivitas tinggi dan menghendaki pencegahan kehamilan kehamilan jangka panjang Menyusui dan membutuhkan	Hamil atau diduga hamil Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya Benjolan/kanker payudara atau riwayat jelas penyebabnya Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi

kontrasepsi Pasca persalinan dan tidak menyusui Pasca keguguran Tidak menginginkan anak lagi, tetapi menolak sterilisasi Riwayat kehamilan ektopik Tekanan darah < 180/110 mmHg, engan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (sickle cell) Tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal yang mengandung estrogen, Sering lupa menggunakan pil.	Miom uterus dan kanker payudara Gangguan toleransi idak teglukosa.
--	---

- (9) Waktu mulai menggunakan implant :
- a) Setiap saat selama siklus haid hari ke-2 sampai hari ke-7. Tidak diperlukan metode kontrasepsi tambahan,
 - b) Insersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini terjadi kehamilan. Bila diinsersi setelah hari ke-7 siklus haid, klien jangan melakukan hubungan seksual atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja,
 - c) Bila klien tidak haid, insersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja iyakini tidak terjadi kehamilan, jangan melakukan hubungan seksual atau gunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja,
 - d) Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pasca persalinan, insersi dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain,
 - e) Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat, tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja,
 - f) Bila klien menggunakan kontrasepsi hormonal dan ingin menggantinya dengan implan,

insersi dapat dilakukan setia saat asal saja diyakini klien tersebut tidak hamil atau klien menggunakan kontrasepsi terdahulu dengan benar, g) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi suntikan, implan dapat diberikan pada saat jadwal kontrasepsi suntikan tersebut. Tidak diperlukan metode kontrasepsi lain, h) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi nonhormonal (kecuali AKDR) dan klien ingin menggantinya dengan implan, insersi dapat dilakukan setia saat asal saja diyakini klien tersebut tidak hamil. Tidak perlu menunggu sampai datangnya haid berikutnya, i) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah AKDR dan klien ingin menggantinya dengan implan, implan dapat diinsersikan pada saat haid hari ke-7 dan klien jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau gunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja. AKDR segera dicabut, j) Pascakeguguran implan dapat segera diinsersikan.

- (10) Jadwal kunjungan kembali ke klinik : Klien tidak perlu kembali ke klinik, kecuali ada masalah kesehatan atau klien ingin mencabut implan. Klien dianjurkan kembali ke klinik tempat implan dipasang bila ditemukan hal-hal sebagai berikut : a) Amenorea yang disertai nyeri perut bagian bawah, b) Perdarahan yang banyak dari kemaluan, c) Rasa nyeri pada lengan, d) Luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah, e)

Ekspulsi dari batang impalan, f) Sakit kepala hebat atau penglihatan menjadi kabur, g) Nyeri dada hebat, h) Dugaan adanya kehamilan.

4) Kontrasepsi AKDR

- (1) Pengertian Intra Uterin Devices (IUD)/AKDR; AKDR adalah suatu alat berukuran kecil yang diletakkan didalam rongga endometrium (Sinclair, 2009).
- (2) Jenis-jenis Intra Uterin Devices (IUD)/AKDR
- (3) Macam IUD menurut Affandi (2011) dikategorikan menjadi 2 yaitu : AKDR Cu T-380A dan AKDR NOVA T (Schering).
- (4) Mekanisme Kerja, menurut Affandi (2011), antara lain: a) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi, b) Mempengaruhi fertilitas sebelum ovum mencapai cavum uteri, c) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, d) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.
- (5) Efektivitas; Menurut Affandi (2011), antara lain: a) AKDR Post-plasenta telah dibuktikan tidak menambah resiko infeksi dan perdarahan, b) Diakui bahwa ekspulsi lebih tinggi (6-10%), c) Kemampuan penolong meletakkan di fundus amat memperkecil resiko ekspulsi.
- (6) Keuntungan : a) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan, b) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari

CuT-380 A dan tidak perlu diganti), c) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat, d) Tidak mempengaruhi hubungan seksual, e) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil, f) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT-380 A), g) Tidak mempengaruhi kualitas ASI, h) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (Apabila tidak terjadi infeksi), i) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir), j) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan, k) Membantu mencegah terjadinya kehamilan ektopik.

(7) Kerugian. Efek samping yang akan terjadi, antara lain : a) Perubahan siklus haid (umumnya pada 8 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan), b) Haid lebih lama dan banyak, c) Perdarahan atau (spotting) antar menstruasi, d) Saat haid lebih sakit, e) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS, f) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering ganti-ganti pasangan, g) Penyakit radang panggul terjadi. Seorang perempuan dengan IMS memakai AKDR, PRP dapat memicu infertilitas, h) Prosedur medis, termasuk pemeriksaan pelvic diperlukan dalam pemasangan AKDR. Seringkali perempuan takut selama pemasangan, i) Sedikit nyeri perdarahan (spotting) terjadi segera setelah pemasangan AKDR. Bisaanya menghilang dalam 1-2 hari, j) Klien tidak dapat

melepas AKDR oleh dirinya sendiri. Petugas kesehatan terlatih yang harus melakukannya, k) Mungkin AKDR keluar lagi dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR dipasang setelah melahirkan), l) Perempuan harus memeriksa posisi benang dari waktu ke waktu, untuk melakukan ini perempuan harus bisa memasukkan jarinya ke dalam vagina. Sebagian perempuan ini tidak mau melakukannya (Handayani, 2010).

- (8) Hal yang harus diketahui oleh akseptor IUD; a) Cara memeriksa sendiri benang ekor IUD, b) Efek samping yang sering timbul misalnya perdarahan haid yang bertambah banyak/lama, rasa sakit/kram, c) Segera mencari pertolongan medis bila timbul gejala-gejala infeksi, d) Macam IUD yang dipakinya, e) Saat untuk mengganti IUD nya, f) Bila mengalami keterlambatan haid, segera periksakan diri ke petugas medis, g) Sebaiknya tunggu tiga bulan untuk hamil kembali setelah IUD dikeluarkan dan gunakan metode kontrasepsi lain selama waktu tersebut, h) Bila berobat karena alasan apapun, selalu beritahu dokter bahwa akseptor menggunakan IUD, i) IUD tidak memberi perlindungan terhadap transmisi virus penyebab AIDS.
- (9) Prosedur pemasangan menurut Varney's, yaitu: a) Informed Consent, b) Pastikan bahwa wanita yang menginginkan pemasangan AKDR tidak sedang hamil, c) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan, d) Lakukan pemeriksaan bimanual, e)

Pasang speculum dan sesuaikan untuk mendapatkan ruang pandang terluas sehingga memudahkan pemasangan AKDR, f) Membersihkan Serviks secara menyeluruh dengan antiseptic, g) Memasukkan tenakulum dan jepit porsio ke arah jam 11.00 atau 13.00, h) Mengukur kedalaman uterus dengan menggunakan sonde uterus, i) Memasukkan IUD sesuai dengan macam alatnya. Lepaskan IUD dalam bidang transverse dari kavum uteri pada posisi setinggi mungkin difundus uteri, j) Keluarkan tabung inseternya, k) Periksa dan gunting benang ekor IUD sampai 2-3 cm dari ostium uteri eksternum, l) Lepaskan tenakulum dan spekulum.

(10) Waktu penggunaan, menurut Affandi (2011), antara lain: a) Setiap waktu dalam siklus haid, yang dapat dipastikan klien tidak hamil, b) Hari pertama sampai ke tujuh siklus haid, c) Segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 4 minggu pasca persalinan, setelah 6 bulan apabila menggunakan metode amenore laktasi (MAL). Perlu diingat, angka ekspulsi tinggi pada pemasangan segera atau selama 48 jam pasca persalinan, d) Setelah menderita abortus (segera atau dalam waktu 7 hari) apabila tidak ada gejala infeksi, e) Selama 1-5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi.

5) Kontrasepsi Mantap

Kontrasepsi mantap (kontap) adalah suatu tindakan untuk membatasi keturunan dalam jangka waktu yang tidak terbatas; yang dilakukan terhadap salah seorang dari pasangan suami isteri atas permintaan yang bersangkutan, secara mantap dan sukarela. Berikut adalah macam – macam kontrasepsi mantap, yaitu:

1. Tubektomi

- a. Pengertian. Tubektomi adalah metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan tubektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini.
- b. Jenis-Jenis Tubektomi; Menurut Affandi jenis-jenis tubektomi antara lain: a) Laparoskopi, b) Minilaparotomi= Mini-lap.
- c. Manfaat Kontrasepsi: a) Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan), b) Tidak mempengaruhi proses menyusui (breastfeeding), c) Tidak bergantung pada faktor senggama, d) Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi risiko kesehatan yang serius, e) Pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anestesi lokal, f) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang, g) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek pada produksi hormon ovarium).

d. Manfaat Nonkontrasepsi adalah berkurangnya resiko kanker ovarium.

e. Indikasi dan Kontraindikasi

Tabel 2.15 Indikasi dan kontraindikasi penggunaan tubektomi

Tubektomi	
Indikasi	Kontraindikasi
Usia lebih dari 26 tahun Paritas lebih dari dua Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya Pada kehamilannya akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius Pasca persalinan Pasca keguguran Paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini.	Hamil (sudah terdeteksi atau dicurigai) Perdarahan pervaginal yang belum terjelaskan (hingga harus dievaluasi) Infeksi sistemik atau pelvik yang akut (hingga masalah itu disembuhkan atau dikontrol) Tidak boleh menjalani proses pembedahan Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilitas di masa depan Belum memberikan persetujuan tertulis.

Sebaiknya tubektomi sukarela dilakukan pada wanita yang memenuhi syarat-syarat berikut : a) Umur termuda 25 tahun dengan 4 anak hidup, b) Umur sekitar 30 tahun dengan 3 anak hidup, c) Umur sekitar 35 tahun dengan 2 anak hidup.

f. Efektivitas; Menurut Affandi (2015) efektivitas tubektomi antara lain: a) kurang dari 1 kehamilan per 100 (5 per 1000) perempuan pada tahun pertama penggunaan, b) pada 10 tahun, terjadi sekitar 2 kehamilan per 100 perempuan (18-19 per 1000 perempuan), c) efektivitas kontraseptif terkait juga teknik tubektomi (penghambatan atau oklusi tuba) tapi secara keseluruhan, efektivitas tubektomi cukup tinggi dibandingkan

kontrasepsi lainnya. Metode dengan efektivitas tinggi adalah tubektomi minilaparotomi pascapersalinan.

2. Vasektomi

a. Pengertian

Vasektomi adalah prosedur bedah minor, yang melibatkan insisi, mencari lokasi dan mengeksisi vas deferens, mencegah sperma dari epididimis mencapai vesikel seminalis. Vasektomi merupakan metode kontrasepsi bagi pria yang tidak menginginkan anak lagi. Vasektomi adalah prosedur pembedahan, sehingga pemeriksaan fisik dan tes tambahan lainnya diperlukan untuk menentukan apakah klien cocok untuk prosedur tersebut. (Affandi, 2015).

b. Jenis-Jenis Vasektomi; Menurut Affandi (2015) macam-macam vasektomi ada 2 yaitu : Vasektomi standar dan Vasektomi Tanpa Pisau (VTP).

c. Keuntungan; Keuntungan memakai vasektomi menurut Glasier (2006) antara lain: a) prosedurnya lebih sederhana, b) tidak dapat dilakukan dengan anestesia lokal sebagai prosedur rawat jalan, c) Tidak memerlukan peralatan canggih dan jauh lebih murah pengerjaannya, d) Mortalitas dan morbiditas operasi yang signifikan, e) Efektivitasnya dapat diuji.

d. Indikasi dan Kontraindikasi

Tabel 2.16 Indikasi dan kontraindikasi penggunaan vaksektomi

Vasektomi	
Indikasi	Kontraindikasi
Vasektomi merupakan upaya untuk menghentikan fertilitas dimana fungsi reproduksi merupakan ancaman atau gangguan terhadap kesehatan pria dan pasangannya serta melemahkan ketahanan dan kualitas keluarga	<p>Infeksi kulit pada daerah operasi</p> <p>Infeksi sistemik yang sangat mengganggu kondisi kesehatan klien</p> <p>Hidrokel atau varikokel yang besar</p> <p>Hernia inguinalis</p> <p>Filiariasis (elefantiasis)</p> <p>Undensensus testikularis</p> <p>Massa intraskrotalis</p> <p>Anemia berat, gangguan pembekuan darah atau sedang menggunakan antikoagulansia</p>

