

BAB 2

LANDASAN TEORI

2.1 Kehamilan

2.1.1 Definisi Kehamilan

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari(40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir, kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan ke 2 dari bulan ke 4 sampai 6 bulan, triwulan ke 3 dari bulan ke 7 sampai 9 bulan (Sarwono, 2010).

Kehamilan merupakan proses alami dalam periode pertumbuhan seorang wanita. Perubahan fisik maupun yang terjadi selama kehamilan bersifat fisiologis bukan patologis. Asuhan yang diberikan diupayakan untuk membantu ibu beradaptasi dengan perubahan selama hamil dan mengantisipasi keadaan abnormal dari perubahan fisik maupun psikologis ibu (Bartini, 2012).

Emosional dari ibu serta perubahan sosial di dalam keluarga. Jarang seorang ahli medik terlatih yang begitu terlibat dalam kondisi yang biasanya sehat dan normal. Mereka menghadapi suatu tugas yang tidak biasa dalam memberikan dukungan pada ibu dan keluarganya dalam rencana menyambut anggota keluarga baru, memamantau perubahan-perubahan fisik yang normal serta tumbuh kembang janin, juga mendeteksi serta menata laksana setiap kondisi yang tidak normal. Pada umumnya kehamilan berkembang dengan normal dan menghasilkan kelahiran bayi sehat cukup bulan melalui jalan lahir namun kadang-kadang tidak sesuai yang diharapkan. Sulit diketahui sebelumnya bahwa kehamilan akan menjadi masalah. Sistem penilaian berisiko tidak dapat memprediksi apakah ibu hamil bermasalah selama kehamilannya. Oleh karena itu pelayanan atau asuhan antenatal merupakan cara penting untuk memonitor dan

mendukung kesehatan ibu hamil normal dan mendeteksi ibu dengan kehamilan normal (Sarwono:2010).

Ibu hamil sebaiknya dianjurkan menugunungi bidan atau dokter sedini mungkin semenjak dia merasa dirinya hamil untuk mendapatkan pelayanan atau asuhan antenata.

2.1.2 Tujuan asuhan antenatal

Tujuan asuhan Antenatal menurut Sarwono (2010) meliputi :

1. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi
2. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu dan bayi.
3. Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
4. Mempersipkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
5. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian asi eksklusif.
6. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara alami.

2.1.3 Perubahan pada organ-organ system reproduksi

Perubahan pada organ-organ system reproduksi menurut Margaret (2013).

2.1.3.1 Uterus

Tumbuh membesar primer, maupun sekunder akibat pertumbuhan isi konsepsi intrauterine. Estrogen menyebabkan hiperplasi jaringan, progesterone berperan untuk elastisitas / kelenturan uterus. Taksiran kasar perbesaran uterus pada perabaan tinggi funus:

1. tidak hamil atau normal: sebesar telur ayam (+ 30 g)
2. kehamilan 8 minggu: telur bebek
3. kehamilan 12 minggu: telur angsa
4. kehamilan 16 minggu: pertengahan simfisis-pusat
5. kehamilan 20 minggu: pinggir bawah pusat
6. kehamilan 24 minggu: pinggir atas pusat
7. kehamilan 28 minggu: sepertiga pusat-xyphoid
8. kehamilan 32 minggu: pertengahan pusat-xyphoid
9. 36-42 minggu: 3 sampai 1 jari bawah xyphoid

2.1.3.2 Vagina/vulva

Terjadi hipervaskularisasi akibat pengaruh estrogen dan progesterone, warna merah kebiruan (tanda chadwick).

2.1.3.3 Ovarium

Sejak kehamilan 16 minggu fungsi diambil oleh plasenta, terutama fungsi produksi progesteron dan estrogen. Selama kehamilan ovarium tenang/istirahat. Tidak terjadi pembentukan dan pematangan folikel baru, tidak terjadi ovulasi, tidak terjadi siklus hormonal menstruasi.

2.1.3.4 Payudara

Akibat pengaruh estrogen terjadi hiperplasia system duktus dan jaringan interstisial payudara. Hormon laktogenik plasenta (diantaranya somatomammotropin) menyebabkan hipertrofi dan pertambahan sel-sel asinus payudara, serta meningkatkan produksi zat-zat kasein, laktoalbumin, sel-sel lemak, kolostrum. Mamae membesar dan tegang, terjadi hiperpigmentasi kulit serta hipertrofi kelenjar Montgomery, terutama daerah areola dan papilla akibat pengaruh melanofor. Putting susu membesar dan menonjol. (beberapa kepustakaan tidak memasukkan payudara dalam system reproduksi wanita yang dipelajari dalam ginekologi)

2.1.3.5 Peningkatan berat badan selama hamil

Normal berat badan meningkat sekitar 6-16 kg, terutama dari pertumbuhan isi konsepsi dan volume berbagai organ / cairan intrauterine. Berat janin + 2.5-3.5 kg, berat plasenta+ 0.5 kg, cairan amnion + 1.0 kg, berat uterus + 1.0 kg, penambahan volume sirkulasi maternal + 1.5 kg, pertumbuhan mammae + 1 kg, penumpukan cairan interstisial di pelvis dan ekstremitas + 1.0-1.5 kg.

2.1.4 Diagnostik kehamilan

Berdasarkan perubahan-perubahan anatomik dan fisiologik, dapat dikumpulkan hal-hal yang mungkin bermakna pada pemeriksaan fisik maupun penunjang, untuk menuju pada diagnosis kehamilan.

Gejala dan tanda yang dapat mengarahkan diagnosis adanya suatu kehamilan:

1. Amenorea(sebenarnya bermakna jika 3 bulan atau lebih)
2. Pembesaran uterus (tampak disertai pembesaran perut, atau pada kehamilan muda diperiksa dengan palpasi)
3. Adanya kontraksi uterus pada palpasi (*Braxton-Hicks*)
4. Teraba/terasa gerakan janin pada palpasi atau tampak pada imaging.
5. Ballotement (+). Jika (-) curiga mola hidatidosa.
6. Terdengar jantung janin (dengan alat *Laennec/Dopler*) atau visual tampak jantung berdenyut pada imaging(*fetal ultrasound echoscopy*)
7. Teraba bagian tubuh janin pada palpasi (*leopold*) atau tampak pada imaging(*ultrasonografi*)
8. Perubahan serviks uterus (*chadwick/hegar sign*)
9. Kurva suhu badan meningkat
10. Tes urine B-Hcg (*pack's test/Gallimainini*) positif. Hati-hati karena positif palsu dapat juga terjadi missal karena urine kotor, alat kadaluarsa, atau cara pemeriksaan yang salah

11. Titer B-Hcg meningkat pada kehamilan sekitar 90 hari, kemudian menurun seperti awal kehamilan, bahkan dapat sampai tidak terdeteksi.
12. Perasaan mual dan muntah berulang, *morning sickness*.
13. Perubahan payudara
14. Polyuria (buang air kecil yang berlebihan).

2.1.5 Standar pelayanan kehamilan

Standar pelayanan kehamilan menurut Pantikawati & Saryono (2010) sesuai kebijakan program pelayanan asuhan antenatal harus sesuai dengan dengan standar 14 T, yaitu:

1. Ukur tinggi badan dan berat badan.
2. Ukur tekanan darah.
3. Ukur tinggi fundus uteri.
4. Pemberian imunisasi TT.
5. Pemberian tablet besi (minimal 90 tablet) selama hamil.
6. Tes terhadap penyakit menular seksual.
7. Temu wicara/ konseling.
8. Tes/ pemeriksaan Hb.
9. Tes/ pemeriksaan protein urin.
10. Tes produksi urin.
11. Perawatan payudara (tekan pijat payudara).
12. Pemeliharaan tingkat kebugaran (senam hamil).
13. Terapi yodium kapsul (khusus daerah endemis gondok).
14. Terapi obat malaria.

2.1.6 Kebijakan Program

Standar kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selamakehamilan.

1. Satu kali pada triwulan pertama.

2. Satu kali pada triwulan kedua.
3. Dua kali pada triwulan ketiga.

2.1.7 Tanda bahaya kehamilan

Tanda bahaya kehamilan menurut Indrayani (2011) adalah sebagai berikut:

Selama kehamilan beberapa tanda bahaya yang dialami dapat dijadikan sebagai data dalam deteksi dini komplikasi akibat kehamilan. Jika pasien mengalami tanda-tanda bahaya ini maka sebaiknya segera lakukan pemeriksaan lebih lanjut dan tindakan antisipasi untuk mencegah terjadinya kematian ibu dan janin.

Beberapa tanda bahaya yang penting untuk disampaikan kepada pasien dan keluarga adalah sebagai berikut: Pendarahan pervaginam, sakit kepala hebat, masalah penglihatan, bengkak pada muka dan tangan, nyeri abdomen yang hebat, bayi kurang bergerak seperti biasa

2.1.8 Kebijakan teknis

Setiap kehamilan dapat berkembang menjadi masalah atau komplikasi setiap saat. Itu sebabnya mengapa ibu hamil memerlukan pemantauan selama kehamilannya.

Penatalaksanaan ibu hamil secara keseluruhan meliputi komponen-komponen sebagai berikut:

1. Mengupayakan kehamilan setiap yang sehat.
2. Melakukan deteksi dini komplikasi, melakukan penatalaksanaan awal serta rujukan bila diperlukan.
3. Persiapan persalinan yang bersih dan aman.
4. Perencanaan antisipatif dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi komplikasi.
 - a. Persiapan vitamin zat besi
rasa mual hilang. Tiap tablet mengandung FeSO_4 320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500 ug, minimal masing-masing 90

tablet. Tablet besi sebaiknya tidak diminum bersama teh atau kopi, karena akan mengganggu penyerapan.

b. Imunisasi TT

Tabel 2.1 Jadwal Imunisasi

Antigen	Interval (selangwaktu minimal)	Lama perlindungan	% perlindungan
TT1	Padakunjungan antenatal pertama	-	-
TT2	4 minggusetelah TT1	3 tahun*	80
TT3	6 bulansetelah TT2	8 tahun	95
TT4	1 Tahunsetelah TT3	10 Tahun	99
TT5	1 tahunsetelah TT4	25 tahun/seumurhidup	99

Keterangan: *artinya apabila dalam waktu 3 tahun WUS tersebut melahirkan, maka bayi yang dilahirkan akan terlindung dari TN(*Tetanus Neonatorum*).

2.1.9 Asuhan P4K

Asuhan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) yaitu: Persiapan penolong persalinan, persiapan tempat persalinan, persiapan dana untuk persalinan, alat transportasi dan calon pendonor darah.

2.1.11 PenilaianKlinik

Penilaian klinik merupakan proses berkelanjutan yang dimulai pada kontak pertama antara petugas kesehatan dengan ibu hamil dan secara optimal berakhir pada pemeriksaan 6 minggu setelah persalinan. Pada setiap kunjungan antenatal, petugas mengumpulkan dan menganalisis data mengenai kondisi ibu melalui anamnsesis dan pemeriksaan fisik, untuk mendapatkan diagnosis kehamilan intrayterin, serta ada tidaknya masalah atau komplikasi (Sarwono, 2010).

2.1.12 Gawat janin

1. Definisi Gawat Janin menurut WHO (2013) adalah :

Gawat janin terjadi bila janin tidak menerima cukup oksigen sehingga terjadi hipoksia. Gawat janin dalam persalinan dapat terjadi bila:

- a. Persalinan berlangsung lama
- b. Induksi persalinan dengan oksitosin (kontraksi hipertonik)
- c. Terjadi perdarahan atau infeksi
- d. Insufisiensi plasenta: postterm atau preeklamsia

2. Diagnosis

a. Denyut jantung janin (DJJ) abnormal

- 1) $Djj < 100$ kali/menit diluar kontraksi
- 2) $Djj > 180$ kali/menit dan ibu tidak mengalami takikardi
- 3) Djj irreguler: kadang-kadang ditemukan $Djj > 180$ kali/menit tetapi disertai takikardi ibu. Hal ini merupakan reaksi terhadap: demam pada ibu, obat-obatan yang menyebabkan takikardi (misal: tokolitik), amnionitis.

Pemantauan Djj yang paling optimal adalah dengan menggunakan *kardiotokografi* (KTG). Apabila tidak tersedia, dapat menggunakan Doppler atau fetoskop.

b. Mekonium

- 1) Mekonium kental merupakan indikasi perlunya percepatan persalinan dan penanganan mekonium pada saluran nafas atas neonatus.
- 2) Mekonium yang dikeluarkan pada saat persalinan sungung bukan merupakan tanda kegawatan kecuali bila dikeluarkan pada awal persalinan.

3. Faktor predisposisi

Gawat janin dalam persalinan dapat terjadi bila:

- a. Persalinan berlangsung lama
- b. Induksi persalinan dengan oksitosin (kontraksi hipertonik)
- c. Terjadi perdarahan atau infeksi

- d. Insufisiensi plasenta: postterem atau preeklamsia
- 4. Tatalaksana
 - a. Tatalaksana umum
 - 1) Bila sedang dalam infus oksitosin : segera hentikan infus
 - 2) Posisikan ibu berbaring miring kliri
 - 3) Berikan oksigen
 - 4) Rujuk ibu kerumah sakit
 - 5) Jika sebab dari ibu diketahui (seperti demam, obat-obatan) mulailah penanganan yang sesuai
 - 6) Jia sebab dari ibu tidak diketahui dan Djj tetap abnormal sepanjang paling sedikit 3 kontraksi, lakukan pemeriksaan dalam untuk mencari penyebab gawat janin:
 - a) Jika terdapat perdarahan dengan nyeri hilang timbul atau menetap, pikirkan kemungkinan solusio plasenta
 - b) Jika terdapat tandsa-tanda infeksi (demam, secret vagina berbau tajam) berikan antibiotika untuk amnionitis
 - c) Jika tali pusat terletak dibagian bawah janin atau dalam vagina, lakukan penanganan prolapse tali pusat
 - 7) Jika Djj tetap abnormal atau jika terdapat tanda-tanda lain gawat janin (meconium kental pada cairan amnion) rencanakan persalinan dengan ekstraksi vakum atau cunam, atau seksio sesarea
 - 8) Siapkan segera resusitasi neonates

2.2 Asuhan Persalinan

2.2.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau hampir cukup bulan dan dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lahir lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Rukmawati, 2012).

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan disebut normal apabila prosesnya terjadi pada usia cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri).

2.2.2 Jenis-jenis persalinan

Manuaba (1998), mengatakan ada 2 jenis persalinan, yaitu berdasarkan bentuk persalinan dan menurut usia kehamilan:

2.2.2.1 Jenis persalinan berdasarkan bentuk persalinan:

- a. Persalinan spontan
Adalah proses persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.
- b. Persalinan buatan
Adalah proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.
- c. Persalinan anjuran
Adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan

2.2.2.2 Jenis persalinan menurut usia kehamilan

- a. Abortus
Pengeluaran buah kehamilan sebelum usia kehamilan 20 minggu atau berat badan janin kurang dari 500 gram.
- b. Partus immatur
Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 20 minggu dan 28 minggu atau berat badan janin antara 500 gram dan kurang dari 1.000 gram.
- c. Partus prematur
Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 28 minggu dan < 37 minggu atau berat badan janin antara 1.000 gram dan kurang dari 2500 gram.
- d. Partus matur atau partus aterm

Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 37 minggu dan 42 minggu atau berat badan janin lebih dari 2500 gram.

e. Partus serotinus atau partus postmatur

Pengeluaran buah kehamilan lebih dari 42 minggu (Rukmawati, 2012).

2.2.2.3 Sebab lainnya persalinan

Menurut Asrinah (2010) sebab-sebab lainnya persalinan meliputi:

a. Penurunan hormon progesteron

Pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun menjadikan otot Rahim sensitif sehingga menimbulkan his.

b. Keregangan otot-otot

Otot Rahim akan meregangdengannya majunya kehamilan, oleh karena isinya bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya atau mulai persalinan.

c. Peningkatan hormon oksitosin

Pada akhir kehamilan hormon oksitosin bertambah sehingga dapat menimbulkan his.

d. Pengaruh janin

Hypofise dan kelenjar suprarenal pada janin memegang peranan dalam proses persalinan, oleh karena itu pada anencepalus kehamilan lebih lama dari biasanya.

e. Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan dari desidua meningkat saat umur kehamilan 15 minggu. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap umur kehamilan.

f. Plasenta menjadi tua

Dengan tuanya kehamilan plasenta menjadi tua, villi corialis mengalami perubahan sehingga kadar progesteron dan estrogen menurun (Rukmawati, 2012).

2.2.3 Tahapan persalinan

Menurut Rukmawati (2012) Tahapan persalinan dibagi menjadi 4 kala, yaitu:

2.2.3.1 Kala I persalinan

Dimulai sejak adanya his yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) yang menyebabkan pembukaan, sampai serviks membuka lengkap (10 cm). Kala I terdiri dari dua fase, yaitu fase laten dan aktif.

1. Fase laten

- a. Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan pembukaan sampai pembukaan 3 cm.
- b. Pada umumnya berlangsung 8 jam

2. Fase aktif, dibagi menjadi 3 fase, yaitu:

a. Fase akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

b. Fase dilitasi maksimal

Dalam waktu 2 jam pembukaan serviks berlangsung cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.

c. Fase deselerasi

Pembukaan serviks menjadi lambat, dalam waktu 2 jam dari pembukaan 9 cm menjadi 10 cm.

Pada primipara, berlangsung selama 12 jam dan pada multipara sekitar 8 jam. Kecepatan pembukaan serviks 1 cm/jam (primipara) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).

2.2.3.2 Kala II (dua) persalinan

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi. Tanda pasti kala II (dua) ditentukan melalui pemeriksaan dalam yang hasilnya adalah:

1. Pembukaan serviks telah lengkap (10 cm), atau
2. Terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina

Proses kala II berlangsung 2 jam pada primipara dan 1 jam pada multipara. Dalam kondisi yang normal pada kala II kepada janin sudah masuk dalam dasar panggul, maka pada saat his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflek menimbulkan rasa mengedan. Wanita merasa adanya tekanan pada rectum dan seperti akan buang air besar. Kemudian perineum mulai menonjol dan melebar dengan membukanya anus. Labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak divulva saat ada his. Jika dasar panggul sudah berelaksasi, kepala janin tidak masuk lagi diluar his. Dengan kekuatan his mengedan maksimal kepala dilahirkan dengan suboksiput dibawah simpisis dan dahi, muka, dagu melewati perineum. Setelah his istirahat sebentar, maka his akan mulai lagi untuk mengeluarkan anggota badan bayi.

2.2.3.3 Kala III (tiga) persalinan

Persalinan kala III dimulai segera setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta serta selaput ketuban yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan dari fundus uteri.

2.2.3.4 Kala IV (empat) persalinan

Kala IV persalinan dimulai setelah lahirnya plasenta sampai 2 jam post partum

2.2.4 Tanda-tanda persalinan

2.2.4.1 Tanda-tanda persalinan sudah dekat

1. Lightening

Pada minggu ke-36 pada primigravida terjadi penurunan fundus karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh:

- a. Kontraksi *Braxton hicks*
- b. Ketegangan otot perut
- c. Ketegangan *ligamentum rotundum*
- d. Gaya berat janin kepala kearah bawah

2. Terjadinya his permulaan

Makin tua usia kehamilan, pengeluaran progesterone dan estrogen semakin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi, yang lebih sering disebut his palsu.

Sifat his palsu:

- a. Rasa nyeri ringan dibagian bawah
- b. Datangnya tidak teratur
- c. Tidak ada perubahan serviks
- d. Durasinya pendek
- e. Tidak bertambah jika beraktivitas

2.2.4.2 Tanda-tanda persalinan

1. Terjadinya his persalinan

His persalinan mempunyai sifat:

- a. Pinggang terasa sakit, yang menjalar kedepan
- b. Sifatnya teratur, intervalnya makin pendek dan kekuatan makin besar
- c. Kontraksi uterus mengakibatkan perubahan uterus

d. Makin beraktivitas (jalan), kekuatan makin bertambah

2. *Bloody show* (pengeluaran lender disertai darah melalui vagina)

Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lendir yang terdapat di kanalis servikalis lepas, kapiler pembuluh darah pecah, yang menjadikan perdarahan sedikit.

3. Pengeluaran cairan

Terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tetapi kacang pecah pada pembukaan kecil.

2.2.5 Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta terintervensi minimal, sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal. Dengan pendekatan yang seperti ini, berarti bahwa upaya asuhan persalinan normal harus didukung oleh adanya alasan yang kuat dan berbagai bukti ilmiah yang dapat menunjukkan adanya manfaat apabila diaplikasikan pada setiap proses persalinan.

2.2.6 Lima Benang Merah Dalam Asuhan Persalinan Dan Kelahiran Bayi

Lima aspek dasar atau lima benang merah dalam asuhan persalinan baik normal maupun patologis termasuk bayi baru lahir. Lima benang merah tersebut adalah:

2.2.6.1 Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan klinik merupakan proses yang sangat penting untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien. Keputusan ini harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun bagi petugas yang memberikan pertolongan. 7 langkah dalam membuat keputusan klinik:

1. Pengumpulan data

Pengumpulan data dapat dilakukan dengan cara:

- a. Anamnesis dan observasi langsung: berbicara dengan ibu, mengajukan pertanyaan-pertanyaan mengenai kondisi dan mencatat riwayat kesehatan ibu. Termasuk juga mengamati perilaku ibu dan apakah ibu terlihat sehat atau sakit, merasa nyaman atau nyeri.
 - b. Pemeriksaan fisik: inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi.
 - c. Pemeriksaan penunjang: pemeriksaan laboratorium, USG, rontgen, dan lain-lain.
 - d. Catatan fisik
2. Interpretasi data untuk mendukung diagnosis atau identifikasi masalah data yang terkumpul, kemudian dilakukan analisis untuk selanjutnya dirumuskan atau didiagnosa .

Hal yang diperlukan untuk mendiagnosis atau identifikasi masalah sebagai berikut:

- a. Data yang lengkap dan akurat
 - b. Kemampuan untuk menginterpretasikan/analisis data
 - c. Pengetahuan esensial, intuisi dan pengalaman yang relevan dengan masalah yang ada.
3. Menetapkan diagnosis atau masalah potensial

Setelah melakukan identifikasi masalah, pada langkah ini adalah menetapkan diagnosis masalah. Selanjutnya lakukan antisipasi segera kemungkinan adanya penyulit yang mungkin terjadi setelah diagnose dibuat atau menentukan diagnose potensial.

4. Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Petugas kesehatan tidak hanya diharapkan trampil membuat diagnosis bagi pasien atau klien yang dilayaninya tetapi juga harus mampu mendeteksi setiap situasi yang dapat mengancam keselamatan jiwa ibu dan bayinya. Untuk mengenali situasi tersebut, para bidan harus pandai membaca situasi klinik dan budaya masyarakat setempat sehingga mereka tanggap dalam mengenali kebutuhan terhadap tindakan segera sebagai langkah penyelamatan ibu dan bayinya apabila situasi gawat darurat memang terjadi. Upaya ini dikenal sebagai kesiapan menghadapi persalinan dan tanggap terhadap komplikasi yang mungkin terjadi (*birt preparedness and complication readiness*).

5. Menyusun rencana asuhan atau intervensi

Menyusun rencana asuhan dilakukan untuk membuat ibu bersalin dapat ditangani secara baik dan melindunginya dari berbagai masalah atau penyulit potensial yang dapat mengganggu kualitas pelayanan, kenyamanan ibu ataupun mengancam keselamatan ibu dan bayinya.

Rencana asuhan harus dijelaskan dengan baik kepada ibu dan keluarganya agar mereka mengerti manfaat yang diharapkan dan bagaimana upaya penolong

untuk menghindarkan ibu dan bayinya dari berbagai gangguan yang mungkin dapat mengancam keselamatan jiwa atau kualitas hidup mereka. Oleh karena itu rencana asuhan sebelum disetujui oleh ibu maupun bidan, harus didiskusikan terlebih dahulu.

6. Melaksanakan asuhan

Setelah membuat rencana asuhan, laksanakan rencana tersebut secara tepat waktu dan aman. Hal ini akan menghindarkan terjadinya penyulit dan memastikan bahwa ibu dan/atau bayinya yang baru lahir akan menerima asuhan atau perawatan yang mereka butuhkan. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang beberapa intervensi yang dapat dijadikan pilihan untuk kondisi yang sesuai dengan apa yang sedang dihadapi sehingga mereka dapat membuat pilihan yang baik dan benar.

Beberapa factor yang dapat mempengaruhi pilihan anda:

- a. Bukti-bukti ilmiah
 - b. Rasa percaya ibu terhadap penolong persalinan
 - c. Pengalaman saudara atau kerabat untuk kasus yang serupa
 - d. Tempat dan kelengkapan fasilitas kesehatan
 - e. Biaya yang diperlukan
 - f. Akses ketempat rujukan
 - g. Luaran dari system dan sumberdaya yang ada
7. Memantau dan mengevaluai efektivitas asuhan atau intervensi solusi penatalaksanaan yang telah dikerjakan kemudian dievaluasi untuk menilai efektivitasnya. Tentukan apakah perlu dikaji ulang atau diteruskan dengan rencana kebutuhan saat ini.

Proses pengumpulan data, membuat diagnosis, memilih intervensi, menilai kemampuan diri, melaksanakan asuhan atau intervensi dan evaluasi adalah proses sirkuler (Rukmawati, 2012).

2.2.6.2 Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan, dan keinginan sang ibu. Banyak penelitian menunjukkan bahwa ibu-ibu diindonesia tidak mau meminta tenaga terlatih untuk memberi asuhan persalinan dan melahirkan bayi. Sebagian dari mereka beralasan bahwa penolong terlatih tidak memperhatikan kebutuhan dan kebudayaan, tradisi keinginan pribadi pada ibu dalam persalinan dan kelahiran bayi. Berikut ini merupakan asuhan sayang ibu dan sayang bayi dalam melahirkan.

1. Panggil ibu sesuai namanya, hargai dan jaga matabatnya
2. Jelaskan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan
3. Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarga
4. Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir
5. Dengarkan dan tanggapi pertanyaan dan kekhawatiran ibu
6. Berikan dukungan, besarkan dan tentramkan hatinya serta anggota keluarganya
7. Anjurkan ibu untk ditemani suami dan atau anggota keluarga lain selama persalinan
8. Ajarkan suami dan anggota keluarga tentang bagaimana mereka memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan

9. Laksanakan praktik pencegahan infeksi yang baik secara konsisten
10. Hargai privasi ibu
11. Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan
12. Anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ia menginginkannya
13. Hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu
14. Hindari tindakan yang berlebihan dan merugikan seperti episiotomy, pencukurab dan klisma
15. Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin untuk melakukan kontak kulit ibu-bayi, Inisiasi Menyusu Dini dan membangun hubungan psikologis
16. Membantu memulai pemberian ASI
17. Siapkan rujukan (bila perlu)
18. Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik dan mencukupi semua bahan yang diperlukan. Siap untuk resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran. Faktor -faktor yang mempengaruhi persalinan

Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan menurut Rimandini, 2014 adalah sebagai berikut:

1. *Power*

His (kontraksi ritmis otot polos uterus) kekuatan mengejan Ibu, dan keadaan kardiovaskular respirasi metabolic ibu, kekuatan ibu atau tenaga mendedan sangat mempengaruhi.

2. *Passage*

Keadaan jalan lahir yang terdiri atas panggul dimana terdiri atas beberapa posisi yaitu Pintu Atas Panggul (PAP), posisi Pintu Tengah Panggul (PTP), dan posisi Pintu Bawah Panggul (PBP). Hal ini yang mempengaruhi proses persalinan lancar atau tidaknya.

3. *Passanger*

Bagian dari penumpang atau yang akan dikeluarkan nantinya baik dari keadaan janin (letak, presentasi, ukuran / berat janin, ada / tidaknya kelainan anatomic mayor) keadaan plasenta yang normal / abnormal, serta keadaan cairan amnion (ketuban) yang baik dalam proses persalinan.

4. Psikis

Keadaan jiwa ibu yang bisa mempengaruhi persalinan secara normal atau abnormal. Bila jiwa dan kondisi ibu baik, maka persalinan akan berjalan normal dan baik, sebaliknya jika keadaan jiwa atau kondisi ibu kurang baik, maka proses persalinan akan terhambat.

5. Penolong

Seseorang yang berfungsi sebagai penolong yaitu tenaga kesehatan, seperti bidan, perawat, dokter, dan dukun, dimana tenaga kesehatan tersebut mampu memberikan perlindungan, pengawasan, dan pelayanan dalam proses persalinan maupun setelah persalinan selesai.

2.2.6.3 Pencegahan infeksi

1. Tujuan tindakan pencegahan infeksi dalam pelayanan asuhan kesehatan:

- a. Meminimalkan infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme.
 - b. Menurunkan resiko penularan penyakit yang mengancam jiwa seperti hepatitis dan HIV/AIDS.
2. Penolong persalinan dapat terpapar hepatitis dan HIV melalui:
- a. Percikan darah atau cairan ketuban pada mata, hidung, mulut atau melalui diskontinuitas permukaan kulit (misalnya luka lecet yang kecil)
 - b. Luka tusuk yang disebabkan oleh jarum yang sudah terkontaminasi atau peralatan tajam lainnya, baik pada saat tindakan maupun saat proses dekontaminasi peralatan.
3. Definisi tindakan-tindakan pencegahan infeksi
- a. Asepsis atau teknik merupakan istilah yang dipakai untuk menggambarkan semua asuhan yang dilakukan dalam mencegah masuknya mikroorganisme kedalam tubuh dan berpotensi menimbulkan penyakit.
 - b. Antisepsis mengacu pada pencegahan infeksi dengan cara membunuh atau menghambat pertumbuhan mikroorganisme pada kulit atau jaringan tubuh lainnya.
 - c. Dekontaminasi adalah tindakan yang dilakukan untuk memastikan bahwa petugas kesehatan dapat menangani secara aman berbagai benda yang terkontaminasi darah maupun cairan.
 - d. Mencuci dan membasuh adalah tindakan-tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua cemaran darah, cairan tubuh atau benda asing (misalnya debu, kotoran) dari kulit atau peralatan.

- e. Disinfeksi adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme penyebab penyakit yang mencemari benda-benda mati atau instrument.
 - f. Disinfeksi tingkat tinggi (DTT) adalah tindakan untuk menghilangkan semua mikroorganisme kecuali endospora dengan cara merebus atau kimiawi.
 - g. Sterilisasi adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua *mikroorganisme* (bakteri, virus, jamur, dan parasit) termasuk *endospora* bakteri dari benda-benda mati atau instrument.
4. Prinsip-prinsip pencegahan infeksi
- a. Setiap orang (ibu, bayi, penolong) harus dianggap dapat menularkan penyakit karena infeksi dapat berupa asimtomatik.
 - b. Setiap orang harus dianggap beresiko terkena infeksi
 - c. Permukaan benda atau peralatan disekitar kita yang akan dan telah bersentuhan dengan permukaan kulit, harus dianggap terkontaminasi hingga setelah digunakan harus diproses secara benar
 - d. Jika tidak diketahui, apakah peralatan, benda-benda telah diproses dengan benar maka semua benda harus dianggap terkontaminasi
 - e. Resiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, tapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan PI secara benar dan konsisten
5. Tindakan-tindakan pencegahan infeksi

a. Cuci tangan

Cuci tangan harus dilakukan:

- 1) Segera tiba ditempat kerja
- 2) Sebelum dan sesudah melakukan kontak fisik dengan ibu atau bayi
- 3) Sebelum dan sesudah menggunakan sarung tangan steril
- 4) Setelah menyentuh benda-benda yang mungkin terkontaminasi oleh darah, cairan tubuh atau setelah menyentuh selaput mukosa (mata, hidung, mulut, dan vagina) meskipun menggunakan sarung tangan
- 5) Setelah kekamar mandi
- 6) Setelah pulang kerja

Langkah mencuci tangan:

- 1) Lepaskan perhiasan yang ada ditangan
- 2) Basahi tangan dengan air bersih dan mengalir
- 3) Gosok kedua tangan dengan menggunakan sabun biasa atau antiseptik selama 10 detik
- 4) Bilas tangan dengan air mengalir dan bersih
- 5) Keringkan tangan dengan cara diangin-anginkan atau keringkan dengan handuk pribadi yang bersuh dan kering.

b. Memakai sarung tangan dan perlengkapan pelindung pribadi memakai sarung tangan

Pakai sarung tangan sebelum menyentuh sesuatu yang basah (kulit tak utuh, selaput mukosa, darah atau cairan tubuh lainnya), peralatan, sarung tangan atau sampah yang terkontaminasi.

- 1) Gunakan sarung tangan steril atau DTT untuk prosedur apapun yang akan melibatkan kontak dengan jaringan dibawah kulit seperti persalinan atau pengambilan darah
- 2) Gunakan sarung tangan rumah tangga atau tebal untuk mencuci peralatan, menangani sampah, juga membersihkan darah dan cairan (Rukmawati, 2012).

c. Perlengkapan pelindung pribadi

Perlengkapan pelindung pribadi mencegah petugas terpapar mikroorganisme penyebab penyakit dengan cara menghalangi atau membatasi petugas dari percikan darah, cairan tubuh atau darah selama melaksanakan prosedur klinik. Yang termasuk perlengkapan pelindung pribadi yaitu kacamata, masker, sepatu boot atau alas kaki tertutup, celemek.

2.2.6.4 Pencatatan asuhan persalinan (dokumentasi)

Manfaat pencatatan rutin:

1. Dapat digunakan sebagai alat bantu untuk membuat keputusan klinik dan mengevaluasi apakah asuhan sudah sesuai dan efektif, mengidentifikasi kesenjangan asuhan yang diberikan dan perencanaan peningkatan asuhan
2. Dapat digunakan sebagai tolak ukur keberhasilan proses membuat keputusan klinik
3. Merupakan catatan permanen tentang asuhan, perawatan dan obat yang diberikan
4. Dapat dibagikan diantara penolong persalinan

5. Dapat mempermudah kelangsungan asuhan dari satu kunjungan ke kunjungan lain, dari satu penolong ke penolong lain
6. Dapat digunakan untuk studi kasus
7. Diperlukan untuk memberi masukan data statistik nasional dan daerah, termasuk catatan kematian dan kesakitan ibu dan bayi

Aspek penting dalam pencatatan:

1. Tanggal dan waktu asuhan tersebut diberikan
2. Identifikasi penolong
3. Paraf atau tanda tangan penolong pada semua catatan
4. Mencakup informasi yang berkaitan secara tepat, dicatat dengan jelas, dan dapat dibaca
5. Suatu system untuk memelihara catatan pasien sehingga siap tersedia
6. Kerahasiaan dokumen – dokumen medis

Ingat

1. Catat semua data, hasil pemeriksaan, diagnosis, obat – obatan, asuhan, dll
2. Jika tidak dicatat, dianggap bahwa asuhan tersebut tidak dilakukan
3. Pastikan setiap partograf terisi dengan lengkap dan benar

2.2.6.5 Rujukan

Setiap penolong persalinan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan yang mampu untuk menatalaksana kasus gawat darurat obstetrik dan bayi baru lahir seperti:

1. Pembedahan, termasuk SC

2. Transfusi darah
3. Persalinan dengan menggunakan ekstraksi vakum atau cunam
4. Pemberian antibiotik IV
5. Resusitasi bayi lahir dan asuhan lanjutan bayi baru lahir

Singkatan BAKSOKU dapat digunakan untuk mengingat hal – hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi:

Tabel 2.2 Rujukan

B:	Bidan	Pastikan bahwa ibu atau bayi didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk menatalaksana gawat darurat untuk dibawa ke tempat rujukan
A:	Alat	Bawa perlengkapan dan bahan – bahan bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan fasilitas rujukan
K:	Keluarga	Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir dan jelaskan alasan merujuk. Suami dan anggota keluarga harus menemani ibu dan bayi hingga ke fasilitas rujukan
S:	Surat	Berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan informasi tentang ibu dan bayi, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil asuhan yang telah diberikan. Sertakan partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik
O:	Obat	Bawa obat – obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan
K:	Kendaraan	Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Pastikan

		kendaraan cukup baik untuk sampai di fasilitas rujukan
U:	Uang	Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat – obatn yang diperlukan dan bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan atau bayi tinggal di fasilitas rujukan

Kini persiapan merujuk bukan hanya **BAKSOKU** saja, tetapi ditambah dengan darah (da), karena kemungkinan ibu terjadi perdarahan banyak dan membutuhkan darah saat berada di fasilitas rujukan, untuk itu perlu dipersiapkan calon pendonor darah (Rukmawati, 2012).

2.2.7 Kelaina kala satu

2.2.7.1 Fase aktif memanjang

Kemajuan persalinan pada ibu nulipara memiliki makna khusus karena kurva-kurva memperlihatkan perubahan cepat dalam kecuraman pembukaan serviks antara 3-4 cm.dalam hal ini, fase ‘aktif ‘ persalinan, dari segi kecepatan pembukaan serviks tertinggi, secara konsistensi berawal saat servikis mengalami pembukaan 3-4 cm. kemiripakn yang agak luar biasa ini digunakan untuk menentukan fase aktif dan memberi petunjuk bagi penatalaksanaan. Dengan demikian, pembukaan serviks 3-4 cm atau lebih, disertai adanya kontraksi uterus, dapat secara meyakinkandigunakan sebagai batas awal persalinman aktif. Demikian pula, kurva-kurva ini memungkinkan para dokter mengajukan pertanyaan, karen awal persalinan dapat meyakinkan didiagnosis secara pasti, berapa lama fase aktif harus berlangsung (Sarwono, 2013).

Kembali ke *Friedman*, rerata durasi persalinan aktif pada nulipara adalah 4-9 jam. Deviasi standar 3,4 jam cukup lebar, dengan demikian, fase aktif dilaporkan memiliki maksimum statistik sebesar 11,7 jam (rerata +SD) dengan durasi yang cukup bervariasi. Memang, kecepatan pembukaan serviks berkisar antara 1,2 sampai 6,8 cm/jam. Dengan demikian, apabila kecepatan pembukaan yang dianggap normal untuk persalinan pada nulipara adalah 1,2 cm/jam, maka kecepatan normal minimum 1,5 cm/jam.

Secara spesifik ibu nulipara yang masuk ke fase aktif dengan pembukaan 3-4 cm dapat diharapkan mencapai pembukaan 8 sampai 10 cm dalam 3 sampai 4 jam. Pengamatan ini mungkin bermanfaat. Sebagai contoh, apabila pembukaan serviks mencapai 4 cm, dokter dapat memperkirakan bahwa pembukaan lengkap akan tercapai dalam 4 jam apabila persalinan spontan berlangsung ‘normal’. Namun, kelainan persalinan fase aktif sering dijumpai. Sokol dan rekan melaporkan bahwa 25 persalinan nulipara dipersulit kelainan fase-aktif, sedangkan pada multigravida angkanya adalah 15 persen.

Memahami analisis *Friedman* tentang fase aktif bahwa kecepatan penurunan janin diperhitungkan selain kecepatan pembukaan serviks, dan keduanya berlangsung bersamaan. Penurunan dimulai pada tahap akhir dilatasi aktif, dimulai pada sekitar 7 sampai 8 cm pada nulipara dan paling cepat setelah 8 cm. *Friedman* membagi lagi masalah fase aktif menjadi gangguan *protraction* (berkepanjangan/berlarut-larut) dan *arrest* (macet, tak maju). Ia mendefinisikan sebagai kecepatan

pembukaan atau penurunan yang lambat, yang untuk nulipara adalah kecepatan pembukaan kurang dari 1,5 cm per jam atau penurunan kurang dari 2 cm per jam. Ia mendefinisikan sebagai berhentinya secara total pembukaan atau penurunan. Kemacetan pembukaan (*arrest of dilatation*) didefinisikan sebagai tidak adanya perubahan serviks dalam 2 jam, dan kemacetan penurunan (*arrest of descent*) sebagai tidak adanya penurunan janin dalam 1 jam. Prognis persalinan yang berkepanjangan dan macet cukup berbeda. Ia mendapatkan sekitar 30% ibu dengan persalinan berkepanjangan mengalami *disproporsi sefalopelvik*, sedangkan kelainan ini didiagnosa pada 45% ibu yang mengalami gangguan kemacetan persalinan.

Keterkaitan atau faktor lain yang berperan dalam persalinan yang berkepanjangan dan macet adalah sedasi berlebihan, anestesia regional, dan malposisi janin, oksiput posterior persisten. Pada persalinan yang berkepanjangan dan macet, Friedman menganjurkan pemeriksaan fetopelvik untuk mendiagnosis *diproporsi sefalopelvik*. Terapi yang dianjurkan untuk persalinan yang berkepanjangan adalah penatalaksanaan menunggu, sedangkan oksitosin dianjurkan untuk persalinan yang macet tanpa *diproporsi sefalopelvik*. Yang terakhir ini tidak didefinisikan secara jelas dalam laporan Friedman tahun 1995. Selain adanya keterangan bahwa 8 diantara 39 diagnosis kasus disproporsi memperlihatkan tanda-tanda kurangnya kapasitas panggul berdasarkan pelvimetri radiologi, dan 31 ibu sisanya dianggap memiliki disproporsi relative karena berbagai alasan, misalnya oksiput posterior yang persisten yang

mencolok, diantara 500 ibu yang diteliti, hanya 2% yang menjalani seksio sesarea. Kenyataan ini harus selalu di ingat apabila kita menilai arti berbagai kelainan persalinan menurut fiednman dalam konteks implikasi saat ini bahwa disproporsi sefalopelvik mengharuskan dilakukan seksio sesarea.

Menurut *American collage of obstetricians and gynecologists*⁶, kegagalan kemajuan(*failure to progress*) atau *disproporsi sefalopelvik* adalah istilah yang kurang tepat. Mereka menyimpulkan bahwa klasifikasi yang lebih praktis membagi kelainan persalinan menjadi lebih lambat dari pada normal (partus lama, protraction disorders), atau penghentian total kemajuan (partus macet, arrest disorder). Ibu harus ada dalam fase aktif persalinan (servik membuka 3-4 cm atau lebih) untuk mendiagnosa salah satu di antara keduanya.

Handa dan laros⁷ mendiagnosis kemacetan fase aktif (tidak ada pembukaan selama 2 jam atau lebih) pada 5 persen nulipara aterm. Insiden ini belum berubah sejak tahun 1950-an⁸. Kontraksi uterus yang kurang adekuat, didefinisikan sebagai kurang dari 180 satuan Montevideo, didiagnosis pada 80 persen ibu dengan kemacetan fase aktif. Partus lama lebih jarang dibahas, mungkin karena interval waktu yang diperlukan sebelum mendiagnosis kemajuan yang lambat belum didefinisikan. Dengan kata lain beberapa jam kita harus menunggu sebelum memutuskan bahwa kecepatan pembukaan servile kurang dari 1,2 cm/jam. World health organization⁹ mengajukan suatu partograf penatalaksanaan persalinan pada partus lama

didefinisikan sebagai pembukaan servik yang kurang dari 1 cm/jam selama minimal 4 jam.

Kriteria saat ini yang dianjurkan oleh *American collage Obstetricians and Gynecologists*⁶ untuk diagnosis partus lama dan partus macet diperlihatkan dalam table dibawah ini

Kriteria Diagnostik kelainan persalinan Akibat persalinan lama atau Persalinan Macet.

Tabel 2.3 Diagnostik kelainan persalinan

Pola persalinan	Nulipara	Multipara
Persalinan lama (<i>protaction disorders</i>)		
Pembukaan	<1,2	<1,5 cm/jam
penurunan	cm/jam <1,0 cm/jam	<2,0 cm/jam
Persalinan macet (<i>arrest disorders</i>)		
Tidak ada pembukaan	>2 jam	>2 jam
Tidak ada penurunan	>1 jam	>1 jam

Hauth dkk¹⁰. Melaporkan bahwa agar induksi atau akselerasi persalinan dengan oksitosin efektif, 90 persen ibu mencapai 200 sampai 250 satuan *Montevideo*, dan 40 persen mencapai paling sedikit 300 satuan *Montevideo*. Hasil-hasil ini mengisyaratkan bahwa terdapat batas-batas minimal tertentu pada aktivitas uterus yang harus dicapai sebelum dilakukan seksio sesarea atas indikasi distosia. Oleh karena itu, *American collage of obstetricians and gynecologists* menyarankan bahwa

sebelum ditegakan diagnosis kemacetan pada persalinan kala satu, kedua kriteria ini harus dipenuhi.

1. Fase laten telah selesai, dengan servik membuka 4 cm atau lebih
2. Sudah terjadi kontraksi pola uterus sebesar 200 satuan *Montevideo* atau lebih dalam periode 10 menit selama 2 jam tanpa perubahan pada serviks (Sarwono, 2013).

2.3 Asuhan Pada Bayi Segera Setelah Lahir

2.3.1 Pengertian

Beberapa pengertian dari bayi baru lahir adalah:

Bayi baru lahir Normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat lahir antara 2500-4000 gram. (Jenny:2013)

Asuhan pada bayi segera lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut selama jam pertama setelah kelahiran. Pengkajian pada bayi baru lahir dapat dilakukan segera setelah lahir yaitu untuk mengkaji penyesuaian bayi dari kehidupan intrauterine ke ekstrauterine, dengan menjaga agar bayi tetap hangat, mampu melakukan pernafasan spontan, dan bayi bisa menyusu sendiri pada ibunya (Rukmawati, 2012).

Bayi baru lahir dikatakan normal jika termasuk dalam kriteria sebagai berikut:

1. Berat badan lahir bayi antara 2500-4000 gram
2. Panjang badan bayi 48-50 cm
3. Lingkar dada bayi 32-34 cm
4. Lingkar kepala bayi 33-35 cm
5. Bunyi jantung dalam menit pertama $\pm$ 180 kali/menit, kemudian turun sampai 140-120 kali/menit pada saat bayi berumur 30 menit
6. Pernafasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80 kali/menit disertai pernafasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit

7. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subcutan cukup terbentuk dan dilapisi verniks kaseosa
8. Rambut lanugo telah hilang, rambut kepala tumbuh baik
9. Kuku telah agak panjang dan lemas
10. Genetalia: testis sudah turun (pada bayi laki-laki) dan labia mayora telah menutupi labia minora (pada perempuan)
11. Refleks isap, menelan, dan moro telah terbentuk
12. Eliminasi, urin, dan mekonium normalnya keluar 24 jam pertama, mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket. (jenny, 2013).

2.3.2 Adaptasi fisiologi bayi baru lahir terhadap kehidupan di luar uterus

Adaptasi fisiologi bayi baru lahir sangat penting bagi bayi untuk menjaga kelangsungan hidupnya diluar uterus. Masa peralihan atau periode transisi ini sangat cepat, mengakibatkan terjadinya beberapa perubahan pada bayi meliputi :

2.3.2.1 Perubahan Sistem Pernafasan

1. Perkembangan paru-paru

Paru-paru berasal dari titik tumbuh yang muncul dari pharynx, yang bercabang dan kemudian bercabang kembali membentuk struktur percabangan bronus dan berlanjut setelah kelahiran hingga sekitar usia 8 tahun hingga jumlah bronkiolus dan alveolus berkembang sepenuhnya. Ketidakmatangan paru-paru terutama akan mengurangi kelangsungan hidup BBL sebelum usia kehamilan 24 minggu, yang disebabkan oleh keterbatasan permukaan alveolus, ketidaknyaman sistem kapiler paru-paru dan tidak mencukupinya jumlah surfaktan.

2. Awal adanya nafas

Faktor yang berperan merangsang nafas pertama pada bayi:

- a. Hipoksia pada akhir persalinan dan rangsangan fisik lingkungan luar rahim merangsang otak.
- b. Tekanan terhadap rongga dada, terjadi karena kompresi paru selama persalinan, yang merangsang masuknya udara kedalam paru-paru secara mekanis.

3. Surfactan dan upaya respirasi untuk bernafas

Upaya pernafasan pertama seorang bayi yang berfungsi untuk:

- a. Mengeluarkan cairan dalam paru-paru
- b. Mengembangkan jaringan alveolus paru-paru untuk pertama kali.

Tanpa surfaktan, alveoli akan kolaps setiap saat setelah akhir pernapasan, yang menyebabkan sulit bernapas.

4. Dari cairan menuju udara

Bayi cukup bulan, mempunyai cairan di dalam paru-parunya. Pada saat bayi melalui jalan lahir selama persalinan, sekitar 1/3 cairan diperas keluar dari paru-parunya. Bayi yang lahir melalui seksio sesaria tidak memiliki keuntungan dari kompresi rongga dada dan dapat menderita paru-paru basah dalam jangka waktu lama. Dengan cairan di dalam paru dikeluarkan dari paru dan diserap oleh pembuluh limfe dan darah. Semua alveolus paru-paru akan berkembang terisi udara sesuai dengan perjalanan waktu.

5. Fungsi sistem pernafasan dalam kaitannya dengan fungsi kardiovaskuler

Jika terdapat hipoksia, pembuluh darah paru-paru akan mengalami vasokonstriksi (pengerutan pembuluh darah) artinya tidak ada pembuluh darah yang terbuka guna menerima oksigen yang ada pada alveoli hingga menyebabkan penurunan oksigenasi jaringan dan memperburuk hipoksia.

2.3.2.2 Perubahan Sistem Sirkulasi

Setelah lahir, darah BBL harus melewati paru untuk mengambil oksigen dan mengadakan sirkulasi melalui tubuh guna mengantarkan oksigen ke jaringan. Dua peristiwa yang mengubah tekanan dalam sistem pembuluh darah:

1. Saat tali pusat dipotong, resistensi pembuluh sistemik meningkat dan tekanan atrium kanan menurun karena berkurangnya aliran darah ke atrium kanan menyebabkan volume dan tekanan atrium mengalami penurunan. Kedua kejadian ini membantu darah dengan kandungan oksigen sedikit mengalir ke paru-paru untuk menjalani proses oksigenasi ulang.
2. Pernapasan pertama menurunkan resistensi pembuluh darah paru-paru dan meningkatkan tekanan atrium kanan. Oksigen pada pernapasan pertama menimbulkan relaksasi dan terbukanya sistem pembuluh darah paru-paru. Peningkatan sirkulasi ke paru-paru mengakibatkan volume darah dan tekanan pada atrium kanan.

2.3.2.3 Perubahan Sistem Termoregulasi

BBL belum dapat mengatur suhu tubuh mereka, sehingga akan mengalami stress dengan adanya perubahan-perubahan lingkungan. BBL mudah sekali terkena hipotermia yang disebabkan oleh:

1. Pusat pengaturan suhu tubuh pada bayi belum berfungsi dengan sempurna
2. Permukaan tubuh bayi relatif lebih luas
3. Tubuh bayi terlalu kecil untuk memproduksi dan menyimpan panas
4. Bayi belum mampu mengatur posisi tubuh dan pakaiannya agar tidak kedinginan.

Penyebab hipotermia pada BBL karena suhu lingkungan bayi rendah seperti terlalu lama dibiarkan basah dan telanjang selama menunggu plasenta lahir atau segera dimandikan. Gejala hipotermia:

1. Berkurangnya suhu tubuh menjadikan bayi juga kurang aktif, letargis, hipotonus, tidak kuat mengisap ASI dan menangis lemah.
2. Pernapasan megap-megap, lambat, denyut jantung menurun.
3. Timbul sklerema (kulit mengeras berwarna kemerahan, terutama pada bagian punggung, tungkai dan lengan).
4. Muka berwarna merah terang
5. Hipotermia menyebabkan perubahan metabolisme dan mengakibatkan kegagalan fungsi jantung, perdarahan paru-paru, ikterus dan kematian.

Mekanisme hipotermia

1. Radiasi : panas tubuh memancar ke lingkungan sekitar bayi yang lebih dingin
2. Evaporasi: cairan/ketuban yang membasahi kulit menguap
3. Konduksi: pindahnya panas tubuh bayi karena kulit bayi langsung kontak dengan permukaan yang lebih dingin
4. Konveksi : hilangnya panas tubuh karena udara sekeliling bayi.

2.3.2.4 Perubahan sistem metabolisme

Koreksi penurunan gula darah dapat dilakukan dengan 3 cara:

1. Melalui penggunaan ASI
2. Melalui penggunaan cadangan glikogen
3. Melalui pembuatan glukosa dari sumber lain terutama lemak.

2.3.2.5 Perubahan sistem gastrointestinal

Sebelum lahir, janin cukup bulan akan mulai menghisap dan menelan. Refleks gumoh dan reflek batuk yang matang sudah terbentuk dengan baik pada saat lahir. Kemampuan bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan masih terbatas. Lambung memiliki kapasitas kurang dari 30cc dan usus bayi belum matang sehingga tidak mampu melindungi diri dari zat-zat berbahaya dan mudah terserang diare pada neonatus

2.3.2.6 Perubahan sistem kekebalan tubuh

Contoh kekebalan alami :

1. Perlindungan oleh kulit membrane mukosa
2. Fungsi saringan saluran nafas
3. Pembentukan koloni mikroba oleh kulit dan usus.
4. Perlindungan kimia oleh lingkungan asam lambung.

Kekebalan alami juga disediakan pada tingkat sel oleh sel darah yang membantu bayi baru lahir membunuh mikroorganisme asing namun belum matang memerangi infeksi secara efisien. Sehingga BBL rentan terhadap infeksi dan reaksinya masih lemah dan tidak memadai.

2.3.3 Perlindungan Termal

Menurut Rukmawati (2012) Hipotermia mudah dialami pada bayi yang tubuhnya dalam kondisi basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun dalam ruangan relative hangat. Mekanisme kehilangan panas pada bayi :

1. Evaporasi adalah kehilangan karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan. Kekeringan juga terjadi pada bayi yang cepat dimandikan namun tidak dikeringkan dan diselimuti.
2. Konduksi adalah kehilangan panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan dingin.

3. Konveksi adalah kehilangan tubuh bayi melalui paparan udara sekitar yang lebih dingin (ruangan dingin).
4. Radiasi adalah kehilangan panas karena ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi.

Mencegah kehilangan panas pada bayi :

1. Keringkan bayi dengan seksama
2. Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih dan hangat
3. Selimuti bagian kepala bayi
4. Anjurkan ibu untuk memeluk atau menyusui bayinya
5. Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir
6. Jangan memandikan bayi setidaknya 6 jam setelah lahir.
7. Tempatkan bayi dilingkungan yang hangat.

2.3.4 Pemeliharaan Pernafasan

Asfiksia adalah keadaan dimana bayi baru lahir tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur.

2.3.4.1 Faktor-faktor penyebab asfiksia pada BBL

1. Faktor Ibu :
 - a. Preeklampsia dan eklampsia
 - b. Perdarahan abnormal (plasenta previa dan solution plasenta)
 - c. Partus lama atau macet
 - d. Demam selama persalinan
 - e. Infeksi berat
 - f. Kehamilan lewat waktu (lebih dari 42 minggu)
 - g. Penyakit ibu
2. Faktor tali pusat
 - a. Lilitan tali pusat
 - b. Tali pusat pendek
 - c. Simpul tali pusat
 - d. Prolapsus tali pusat

3. Faktor bayi

- a. Bayi prematur (sebelum 37 minggu)
- b. Persalinan dengan tindakan
- c. Kelainan bawaan
- d. Air ketuban berwarna kehijauan

2.3.4.2 Cara mengetahui gawat janin :

1. Frekuensi DJJ di bawah 100 atau di atas 180 kali/menit
2. Berkurangnya gerakan janin
3. Air ketuban berwarna kehijauan

2.3.4.3 Cara mencegah gawat janin

1. Gunakan partugraf untuk memantau kondisi dan kemajuan persalinan
2. Anjurkan ibu untuk sering berganti posisi selama persalinan

2.3.4.4 Cara mengidentifikasi gawat janin dalam persalinan

1. Periksa frekuensi bunyi jantung janin setiap 30 menit selama kala I dan setiap 5-10 menit selama kala II
2. Periksa ada/tidaknya air ketuban bercampur mekonium (berwarna kehijauan)

2.3.4.5 Cara menangani gawat janin

1. Tingkatkan pasokan ke jalan lahir dengan : minta ibu mengubah posisi tidurnya, berikan cairan oral atau IV pada ibu, berikan oksifen bila tersedia.
2. Periksa kembali DJJ : bila frekuensi tidak normal setelah 3 kali pemantauan (rujuk), bila merujuk tidak mungkin siaplah untuk menolong BBL dengan asfiksia.

2.3.4.6 Gejala dan tanda-tanda Asfiksia

1. Tanda bernafas atau bernafas megap-megap
2. Warna kulit kebiruan
3. Kejang
4. Penurunan kesadaran

2.3.4.7 Perawatan Tali Pusat

1. Dengan menggunakan klem DTT lakukan penjepitan tali pusat dengan klem pada sekitar 3 cm dari dinding perut (pangkal pusat) bayi.
2. Tekan tali pusat dengan kedua jari kemudian dorong tali pusat ke arah ibu.
3. Lakukan penjepitan kedua pada jarak 2 cm dari penjepitan pertama
4. Pegang tali pusat antara kedua klem, satu tangan menjadi landasan tali pusat sambil melindungi bayi
5. Tangan lain memotong tali pusat diantara 2 klem dengan menggunakan gunting DTT.

Setelah plasenta lahir dan ibu stabil lakukan pengikatan putung tali pusat dengan klem plastik tali pusat.

1. Celup tangan dengan larutan klorin 0,5% untuk membersihkan darah dan sekresi lainnya.
2. Bilas tangan dengan air DTT
3. Keringkan tangan dengan handuk/kain bersih
4. Ikat puntung tali pusat jarak 1 cm dari dinding perut dan gunakan benang/klem.
5. Jika pengikat dilakukan dengan benang lingkarkan ke sekeliling puntung tali pusat dan ikat kedua kali dengan simpul mati yang berlawanan
6. Lepaskan klem logam dan letakkan dalam larutan klorin 0,5%
7. Selimuti kembali bayi dan tutup kepala bayi dengan kain bersih dan kering.

2.3.4.8 Nasihat merawat tali pusat:

1. Jangan mengoleskan apapun pada puntung tali pusat
2. Mengoleskan alkohol/beradin masih diperkenankan bila pemotongan tali pusat tidak steril tetapi jangan dikompres karena menyebabkan lembab.
3. Lipat popok dibawah puntung tali pusat
4. Jika tali pusat kotor bersihkan dengan hati-hati dengan air DTT dan sabun dan segera keringkan kembali dengan kain bersih.
5. Bila tali pusat bernanah, bau atau berdarah jelaskan pada ibu bahwa harus mencari bantuan.
6. Jika tali pusat menjadi merah, mengeluarkan nanah atau darah segera rujuk ke fasilitas kesehatan.

2.3.4.9 Langkah-langkah Resusitasi BBL

1. Beritahu ibu dan keluarga bahwa bayinya memerlukan bantuan bernafas
2. Minta keluarga mendampingi ibu untuk memberi dukungan moral
3. Jaga bayi tetap hangat
4. Atur posisi bayi (baringkan terlentang dan ganjal sedikit agar kepala sedikit ekstensi
5. Isap lendir (dalam mulut dan hidung)
6. Keringkan dan rangsang bayi (tepuk atau menyentil telapak kaki, gosok punggung, perut dada atau tungkai telapak tangan)
7. Atur kembali posisi kepala dan selimuti
8. Lakukan penilaian bayi (apakah telah bernafas normal, bila telah normal berikan kepada ibunya dan anjurkan ibu untuk menyusukan bayinya).

2.3.4.10 Ventilasi I

Ventilasi adalah bagian dari tindakan resusitasi untuk memasukkan sejumlah udara ke dalam paru dengan tekanan positif yang memadai untuk membuka alveoli paru agar bisa bernafas dengan spontan dan teratur.

Cara :

1. Pasang sungkup
2. Ventilasi 2 kali dengan tekanan 30 cm air, amati gerakan dada bayi
3. Bila dada mengembang, lakukan ventilasi 20 kali dengan tekanan 20 cm air dalam 30 detik
4. Penilaian apakah bayi menangis atau bernafas spontan dan teratur.

2.3.5 Pemberian Asi Awal

Rangsangan isapan bayi pada putting susu ibu akan diteruskan oleh serabut saraf ke hipofise anterior untuk mengeluarkan hormon prolaktin

1. Refleks laktasi yaitu terdapat 2 refleks pada ibu yaitu refleks prolaktin dan reflex oksitosin yang berperan dalam produksi ASI dan involusi uterus

Terdapat 3 refleks pada bayi yaitu :

- a. refleks mencari putting susu
 - b. refleks menghisap
 - c. refleks menelan
2. posisi menyusui bayi saat menyusui sangat menentukan keberhasilan pemberian ASI dan mencegah lecet putting susu
tanda posisi bayi mnyusu dengan baik :
 - a. bagu menyentuh payudara ibu
 - b. mulut terbuka lebar
 - c. hidung bati mendekat dan kadang-ladang menyentuh payudara ibu

- d. mulut bayi mencakup sebanyak mungkin areola, lingkaran areola atas terlihat lebih banyak dibandingkan areola bawah
- e. lidah bayi menompang puting dan areola bagian bawah
- f. bibir bawah bayi melengkung keluar
- g. bayi menghisap kuat dan dalam secara perlahan dan kadang-kadang disertai dengan berhenti sesaat.

2.3.6 Pencegahan Infeksi Mata

Tetes mata untuk mencegah infeksi mata dapat diberikan setelah ibu dan keluarga mengasuh bayi dan diberi ASI dan efektif dilakukan setelah 1 jam kelahiran. Cara pemberian profilaksis mata:

1. Cuci tangan. Jelaskan apa yang akan dilakukan dan tujuan pemberian obat.
2. Berikan salep mata dalam satu garis lurus mulai dari mata paling dekat dengan hidung ke bagian luar
3. Ujung tabung salep mata tidak boleh menyentuh mata bayi
4. Jangan menghapus salep mata.

2.3.7 Pencegahan Perdarahan

Berikan injeksi vitamin K1 1mg intramuskuler di paha kiri untuk mencegah perdarahan pada BBL.

2.3.8 Pemberian Imunisasi HB 0

1. Manfaat imunisasi hepatitis B yaitu mencegah infeksi hepatitis B pada bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi.
2. Pemberian imunisasi hepatitis B sebanyak 3 kali yaitu usia 0 (setelah lahir), 1 dan 6 bulan.
3. Jadwal kedua pada 2,3, dan 4 bulan usia bayi. Dilakukan penyuntikan pada 1/3 paha bagian atas bagian luar.

2.3.9 Bounding attachment

2.3.9.1 Pengertian

Boudning adalah suatu langkah untuk mengungkapkan perasaan areksi (kasih sayang) oleh ibu kepada bayinya

segera lahir sedangkan attachment adalah interaksi antara ibu dan bayi secara spesifik sepanjang waktu.

2.3.9.2 Prakondisi yang mempengaruhi ikatan, yaitu :

1. Kesehatan emosional orangtua
2. Sistem dukungan sosial meliputi pasangan hidup, teman dan keluarga
3. Suatu tingkat keterampilan alam berkomunikasi dan dalam memberi asuhan yang kompeten
4. Kedekatan orangtua dengan bayi
5. Kecocokan orang tua-bayi

2.3.9.3 Tahap-tahap bounding attachment :

1. Perkenalan
2. *Bounding* (keterikatan)
3. *Attachmen*

2.3.9.4 Elemen-elemen *bounding attachment* meliputi :

1. Sentuhan atau indera peraba, dipakai seara ekstensif oleh orangtua dan pengasuh lain sebagai suatu sarana untuk mengenali abyu baru lahir dengan cara mengeksplorasi tubuh bayi dengan ujung jarinya.
2. Kontak mata ketika bayi baru lahir mampu secara fungsional mempertahankan kontak mata, orangtua dan bayi akan menggunakan lebih banyak waktu untuk saling memandang.
3. Suara, saling mendengarkan dan merespon
4. Aroma, perilaku yang terjalin antara orang tua dan bayi ialah respon terhadap aroma/bau masing-masing.
5. Entrainment, bayi baru lahir bergerak-gerak sesuai dengan struktur pembicaraan orang dewasa

6. Bioritme, anak yang belum lahir atau baru lahir dapat dikatakan senada dengan ritme alamiah ibunya
7. Kontak dini, saat ini tidak ada bukti-bukti alamiah yang menunjukkan bahwa kontak dini setelah lahir merupakan hal yang penting hubungan orang tua anak

2.3.10 Prinsip-prinsip dan upaya meningkatkan *bounding attachment*

1. Menit pertama jam pertama
2. Sentuhan orang tua pertama kali
3. Adanya ikatan yang baik dan sistematis
4. Terlibat proses persalinan
5. Persiapan PNC sebelumnya
6. Adaptasi
7. Kontak sedini mungkin
8. Fasilitas untuk kontak lebih lama
9. Penekanan pada hal positif
10. Perawat maternitas khusus (bidan)
11. Libatkan anggota keluarga lainnya
12. Informasi bertahap mengenai *bounding attachment*

2.3.11 Dampak positif *bounding attachment*

1. Bayi merasa dicintai, diperhatikan, dipercayai, menumbuhkan sikap sosial
2. Bayi merasa aman, berani mengadakan eksplorasi
3. Hambatan *bounding attachment*
4. Kurang support sistem
5. Ibu dengan risiko
6. Bayi dengan risiko
7. Kehadiran bayi yang tidak diinginkan

2.3.12 Inisiasi menyusui dini

2.3.12.1 Pengertian

Inisiasi menyusui dini adalah proses membirakan bayi menyusui sendiri segera setelah lahir. Para penelitian dari

Inggris dibawah pimpinan Dr. karen Edmond melakukan penelitian di Ghana terhdap hampr 11.000 bayi dipublikasikan di Pediatrck (30 maret 2006)

2.3.12.2 Proses inisiasi menyusu dini :

1. Sesaat setelah lahiran sehabis ari-ari dipotong, bayi langsung diletakkan di dada si ibu tanpa membersihkan si bayi kecuali tangannya, kulit bertemu kulit.
2. Setelah si bayi merasa lebih tenang, maka secara otomatis kaki si bayi akan mulai bergerak-gerak seperti hendak merangkak.
3. Setelah melakukan gerakan kaki tersebut, bayi akan melanjutkan dengan mencium tangannya, ternyata bau tangan si bayi sama dengan bau air ketuban
4. Setelah itu, si bayi akan mulai meremas-remas putting susu si ibu yang bertujuan untuk kegiatan itu juga tergantung dari si bayi itu
4. Terakhir baru mulailah si bayi itu menyusu

2.3.12.3 Manfaat Inisiasi Menyusu Dini

1. Untuk bayi
 - a. Mempertahankan suhu bayi tetap hangat
 - b. Menenangkan ibu dan bayi
 - c. Kolonisasi bakteri di kulit dan usus bayi dengan bakteri badan ibu yang normal
 - d. Mengurangi bayi menangis
 - e. Memungkinkan bayi menemukan payudara ibu memulai menyusu
 - f. Mengatur kadar gula dalam darah
 - g. Mempercepat keluarnya meconium
 - h. Bayi terlatih motoriknya saat menyusu

- i. Membantu perkembangan syaraf bayi
- j. Memperoleh kolostrum
- k. Mencegah terlewatnya puncak refleks menghisap pada bayi yang terjadi 20-30 menit setelah lahir.

2. Untuk ibu

- a. Meningkatkan hubungan khusus ibu dan bayi
- b. Merangsang kontraksi otot rahim sehingga mengurangi resiko perdarahan sesudah melahirkan
- c. Memperbesar peluang ibu untuk memantapkan dan melanjutkan kegiatan menyusui selama masa bayi
- d. Mengurangi stress ibu setelah melahirkan

2.3.12.4 Manfaat kontak kulit bayi ke kulit ibu

- 1. Dada ibu menghangatkan bayi dengan tepat
- 2. Ibu dan bayi merasa lebih tenang, sehingga membantu pernafasan dan detak jantung bayi lebih stabil.
- 3. Bayi memperoleh bakteri tak berbahaya yang ada antinya di ASI ibu.
- 4. Bayi mendapatkan kolostrum (ASI pertama), cairan berharga yang kaya akan antibodi dan berperan penting untuk pertumbuhan usus.
- 5. ASI pertama mengandung antibodi yang dapat mencegah infeksi pada bayi, sehingga menjamin kelangsungan hidup sang bayi.
- 6. Bayi memperoleh ASI yang tidak mengganggu pertumbuhan, fungsi usus dan alergi.
- 7. Bayi yang diberikan mulai menyusui dini akan lebih berhasil menyusui ASI eksklusif dan mempertahankan menyusui setelah 6 bulan.

8. Sentuhan, kuluman, dan jilatan bayi pada puting ibu membantu merangsang keluarnya oksitosin yang penting karena:
 - a. Menyebabkan rahim berkontraksi membantu mengeluarkan plasenta dan mengurangi perdarahan ibu
 - b. Merangsang hormon lain yang membuat ibu menjadi tenang, rileks, dan mencintai bayi, lebih kuat menahan sakit dan timbul rasa bahagia.
9. Merangsang pengaliran ASI dari payudara, sehingga ASI matang (yang berwarna putih) dapat lebih cepat keluar (Rukmawati, 2012)

2.3.12.5 Inisiasi menyusui dini pada partus spontan

1. Dianjurkan suami atau keluarga mendampingi ibu di kamar bersalin
2. Menolong ibu melahirkan disarankan untuk mengurangi/ tidak menggunakan obat kimiawi
3. Bayi lahir, segera dikeringkan secepatnya terutama kepala, kecuali tangannya, tanpa menghilangkan vernik mulut dan hidung bayi dibersihkan, talipusat diikat.
4. Bila bayi tidak memerlukan resusitasi, bayi ditengkurapkan di dada perut ibu dengan kulit bayi melekat pada kulit ibu dan mata bayi setinggi puting susu. Keduanya diselimuti. Bayi dapat diberi topi
5. Anjurkan ibu menyentuh bayi untuk merangsang bayi. Biarkan bayi mencari puting sendiri
6. Ibu didukung dan dibantu mengenali perilaku bayi sebelum menyusui
7. Biarkan kedua bayi bersentuhan dengan kulit ibu selama paling tidak satu jam, bila menyusui awal terjadi sebelum

1 jam, tetap biarkan kulit ibu bayi bersentuhan sampai setidaknya 1 jam

8. Bila dalam 1 jam menyusui awal belum terjadi, bantu ibu dengan mendekatkan bayi ke puting tapi jangan memasukkan puting ke mulut bayi, beri waktu kulit melekat pada kulit 30 menit atau 1 jam
9. Setelah setidaknya melekat kulit ibu dan bayi bayi baru dipisahkan untuk ditimbang, diukur, dicap diberi vit K.
10. Rawat gabung bayi: ibu-bayi dalam satu kamar, dalam jangkauan ibu selama 24 jam
11. Berikan ASI saja tanpa minuman atau makanan lain kecuali atas indikasi medis. Tidak diberi dot atau empeng.

2.3.12.6 Inisiasi menyusui dini pada operasi caesar

1. Anjurkan suami atau keluarga mendampingi ibu
2. Begitu lahir diletakkan di meja resusitasi untuk dinilai, dikeringkan secepatnya terutama kepala tanpa menghilangkan vernik kecuali tangannya.
3. Kalau bayi tak perlu diresusitasi bayi dibedong dibawa ke ibu dan perlihatkan kelaminnya
4. Tengkurap bayi didada ibu dengan kulit melekat pada kulit ibu. Kaki bayi agak sedikit melintang menghindari sayatan operasi. Bayi dan ibu diselimuti. Bayi diberi topi
5. Anjurkan ibu menyentuh bayi untuk merangsang bayi mendekati puting. Biarkan bayi mencari puting sendiri.
6. Biarkan kulit bayi bersentuhan dengan kulit ibu paling tidak selama satu jam, bila menyusui awal selesai sebelum 1 jam, tetapkan kontak kulit ibu-bayi selama setidaknya 1 jam

7. Bila bayi menunjukkan kesiapan untuk minum, bantu ibu dengan mendekatkan bayi ke puting tapi tidak memasukkan puting ke mulut bayi
8. Bila operasi telah selesai, ibu dapat dibersihkan dengan bayi tetap melekat didadanya dan dipeluk erat oleh ibu. Kemudian ibu dipindahkan dari meja operasi ke ruang pulih (RR) dengan bayi didadanya.
9. Bila ayah tidak dapat menyertai ibu di kamar operasi, diusulkan untuk mendampingi ibu dan mendoakan anaknya saat di kamar pulih.
10. Rawat gabung: ibu-bayi dirawat dalam satu kamar, bayi dalam jangkauan ibu selama 24 jam. Berikan ASI saja tanpa minuman atau makanan lain kecuali atas indikasi medis. Tidak diberi dot atau empeng.

2.3.12.7 Inisiasi menyusui dini pada gemelli

1. Dianjurkan suami atau keluarga mendampingi ibu di kamar bersalin.
2. Bayi pertama lahir, segera dikeringkan secepatnya terutama kepala kecuali tangan, tanpa menghilangkan verniks. Mulut dan hidung bayi dibersihkan tali pusat diikat
3. Bila bayi tidak memerlukan resusitasi. Bayi ditengkurapkan di dada-perut ibu dengan kulit bayi melekat pada kulit ibu dan mata bayi setinggi puting susu. keduanya diselumuti. Bayi dapat diberi topi
4. Anjurkan ibu menyentuh bayi untuk merangsang bayi. Biarkan mencari puting sendiri
5. Bila ibu merasa akan melahirkan bayi kedua berikan bayi pertama pada ayahnya. Ayah memeluk bayi dengan kulit bayi melekat pada kulit ayah seperti perawatan metoda kanguru. Keduanya ditutupi baju ayah.

6. Bayi baru lahir, segera dikeringkan secepatnya terutama kepala, kecuali tangannya, tanpa menghilangkan vernik. Mulut dan hidung bayi dibersihkan tali pusat diikat.
7. Bila bayi kedua tidak memerlukan resusitasi, bayi kedua ditengkurapkan di dada-perut ibu dengan kulit bayi melekat pada kulit ibu. Letakkan kembali bayi pertama di dada ibu berdampingan dengan sarudaranya, ibu dan kedua bayinya diselimuti. Bayi-bayi dapat diberi topi.
8. Biarkan kulit kedua bayi bersentuhan dengan kulit ibu selama paling tidak satu jam, bila menyusu awal terjadi sebelum 1 jam, tatap biarkan kulit ibu bayi bersentuhan sampai setidaknya 1 jam
9. Bantu ibu mendekatkan bayi ke puting tapi jangan dimasukkan ke mulut bayi. Beri waktu 30 menit atau 1 jam lagi.
10. Rawat gabung ibu-bayi dirawat dalam satu kamar dalam jangkauan ibu selama 24 jam. Berikan asi tanpa minuman atau makanan lain kecuali atas indikasi medis. Tidak diberi dot atau empeng.

2.3.12.8 Penghambat inisiasi menyusu dini

Penghambat terjadinya kontak kulit ibu dengan bayi yaitu:

1. Bayi kedinginan (suhu badan ibu dapat menyesuaikan dengan suhu bayi)
2. Ibu terlalu lemah untuk segera menyusui bayinya (bayi akan menenangkan ibu dengan menyusu dan menghasilkan oksitosin)
3. Tenaga kesehatan kurang tersedia (penolong persalinan dapat melanjutkan tugasnya)
4. Kamar bersalin atau kamar operasi sibuk (dapat dipindahkan ke ruang pulih)

5. Ibu harus dijahit (dapat dilakukan karena penjahitan hanya dibagian bawah bukan di area payudara)
6. Suntikan vitamin K dan tetes mata mencegah gonore harus segera diberikan setelah lahir. (dapat ditunda)
7. Harus dibersihkan, dimandikan, diukur dan ditimbang (dapat ditunda sampai menyusu awal)
8. Bayi kurang siaga (tidak tepat, karena 1-2 jam pertama kelahiran bayi sangat siaga)
9. Kolostrum tidak keluar atau jumlah kolostrum kurang memadai (kolostrum cukup menjadi makanan pertama bayi baru lahir)
10. Kolostrum tidak bahkan berbahaya pada bayi (salah, karena kolostrum sangat dibutuhkan untuk tumbuh kembang bayi, selain sebagai imunisasi pertama dan mengurangi kuning pada bayi baru lahir, kolostrum melindungi dan mematangkan dinding usus yang masih muda) (Rukmawati, 2012).

2.4 Perubahan Masa Nifas

2.4.1 Perubahan Fisik

Masa nifas berlangsung selama enam minggu dari sejak hari melahirkan. Dalam hal ini, masa nifas berarti dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta dan mencakup enam minggu berikutnya. Selama waktu tersebut, perubahan-perubahan fisiologis yang terjadi selama kehamilan dan kembali ke keadaan semula saat wanita tersebut tidak hamil. Akan tetapi, seluruh alat genital baru pulih kembali seperti sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 (tiga) bulan (Maryunani, 2011)

Perubahan fisik masa nifas dibagi dalam 2 fase, yaitu masa nifas dini dan masa nifas lanjut. Masa nifas dini berlangsung hingga 24 jam

pertama pascasalin dan masa nifas lanjut berlangsung sesudah 24 jam hingga 42 hari pascasalin (Tina, 2015).

2.4.2 Masa Nifas Dini

Menurut Tina (2015) Perubahan paling dominan pada tubuh ibu bersalin dimulai segera setelah terjadinya evakuasi janin dari dalam rahim, terutama pada sistem jantung dan pembuluh darah, pernapasan, dan perubahan pada uterus.

1. Sistem Jantung dan Pembuluh Darah

Peningkatan volume cairan intravaskular dapat mencapai 40% volume darah sebelum hamil, meliputi penambahan komponen sel darah dan plasma. Anemia terjadi karena proporsi penambahan komponen sel darah merah lebih rendah dibandingkan komponen plasma darah. Perubahan volume darah total juga dibutuhkan karena penambahan ruang sirkulasi (yaitu rahim dan janin) serta terjadinya vasodilatasi pembuluh darah secara umum sebagai dampak hormon kehamilan. Pada usia kehamilan cukup bulan, sirkulasi darah yang masuk dan keluar rahim mencapai 800-900 cc per menit. Fungsi volume darah yaitu membawa oksigen dan nutrisi untuk janin. Sesaat setelah bayi lahir dalam keadaan normal, uterus akan berkontraksi kuat secara kontinyu menyebabkan terjepitnya percabangan arteri arkuata hingga arteri basalis sehingga sirkulasi darah ke rahim berkurang drastis.

Dampak pengurangan aliran darah menuju rahim adalah terjadi percepatan peningkatan volume darah balik ke serambi kanan melalui vena cava inferior. Kegagalan jantung mencapai titik keseimbangan mengakibatkan gagal jantung yang timbul sangat cepat, ditandai dengan sesak nafas berat sehingga sering kali ibu harus berada dalam posisi duduk. Menurunnya volume darah dalam sirkulasi ibu dimulai saat terjadinya pelepasan plasenta dari tempat insersinya.

Pelepasan plasenta dari tempat insersinya menyebabkan ujung-ujung arteri spiralis robek, terbuka seperti mulut selang karena arteri spiralis tidak mempunyai lapisan otot yang dapat menghentikan aliran darah. Cara menghentikan perdarahan yaitu saat kontraksi rahim bersifat spastik. Adanya darah dalam rongga rahim dapat mengganggu kontraksi rahim sehingga perdarahan pascasalin dapat berlanjut. Perdarahan dimulai dengan vasokonstriksi pembuluh sistemik yang ditandai adanya tekanan darah naik beberapa saat. Selanjutnya perubahan tambahan dideteksi yaitu denyut jantung bertambah cepat (nadi diatas 100 kali per menit). Fase selanjutnya hilangnya volume darah yang signifikan sehingga nadi terasa lemah.

2. Sistem Pernafasan

Pada ibu hamil ekspansi dada tidak bisa mencapai kapasitas maksimal. Respirasi ibu hamil normal biasanya berkisar 18-20 kali per menit. Respirasi dapat meningkat karena ketegangan akibat stres atau nyeri kontraksi. Pada kasus ibu bersalin, perlu didorong agar dapat bernafas lebih cepat namun efisien yaitu menarik nafas dalam dan menghembuskan sebanyak mungkin (hiperventilasi). Pernapasan ini dapat berlangsung hingga kala 4, namun mulai menurun dibandingkan pada kala 2. Peristiwa emboli (masuknya komponen padat cairan ketuban ke dalam sirkulasi darah sistemik dan menyebabkan sumbatan di pembuluh darah arterial di paru) sangat jarang, namun bila terjadi berakhir pada kematian

3. Perubahan pada Uterus

Tumbuh membesar primer, maupun sekunder akibat pertumbuhan isi konsepsi intrauterine. Estrogen menyebabkan hiperplasi jaringan, progesterone berperan untuk elastisitas / kelenturan uterus.

Taksiran kasar perbesaran uterus pada perabaan tinggi fundus:

- a. tidak hamil atau normal: sebesar telur ayam (+ 30 g)
- b. kehamilan 8 minggu: telur bebek
- c. kehamilan 12 minggu: telur angsa
- d. kehamilan 16 minggu: pertengahan simfisis-pusat
- e. kehamilan 20 minggu: pinggir bawah pusat
- f. kehamilan 24 minggu: pinggir atas pusat
- g. kehamilan 28 minggu: sepertiga pusat-xyphoid

- h. kehamilan 32 minggu: pertengahan pusat-xyphoid
- i. 36-42 minggu: 3 sampai 1 jari bawah xyphoid

(Margaret, 2013)

Setelah plasenta lahir uterus merupakan alat yang keras, karena kontraksi dan retraksi otot-ototnya. Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (Involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelumnya hamil. Berikut ini adalah beberapa penjelasan tentang perubahan dalam uterus setelah proses persalinan (Maryunani, 2011).

2.4.3 Pengertian Involusi:

Menurut Tina (2015) :

1. Involusi adalah perubahan yang merupakan proses kembalinya alat kandungan atau uterus dan jalan lahir setelah bayi dilahirkan hingga mencapai keadaan seperti sebelum hamil.
2. Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan bobot sekitar 60 gram.

Proses Terjadinya Involusi:

Proses involusi terjadi karena adanya:

1. Autolysis:

Autolysis dapat dijelaskan dengan cara 2 macam, yaitu sebagai berikut:

- a. *Autolysis* merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterine. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula dan lima kali lebar dari semula selama kehamilan.
 - b. *Autolysis* yaitu penghancuran jaringan otot-otot uterus yang tumbuh karena adanya hiperplasi, dan jaringan otot yang membesar menjadi lebih panjang sepuluh kali dan menjadi lima kali lebih tebal dari sewaktu masa hamil akan susut kembali mencapai keadaan semula. Penghancuran jaringan tersebut akan diserap oleh darah kemudian akan dikeluarkan oleh ginjal yang menyebabkan ibu mengalami besar kencing setelah melahirkan. Aktifitas otot-otot yaitu adanya kontraksi dan retraksi dari otot-otot setelah anak lahir yang diperlukan untuk menjepit pembuluh darah yang pecah karena adanya pelepasan plasenta dan berguna untuk mengeluarkan isi uterus yang tidak berguna. Karena kontraksi dan retraksi menyebabkan terganggunya peredaran darah uterus yang mengakibatkan jaringan otot kurang zat yang diperlukan sehingga ukuran jaringan otot menjadi lebih kecil. Ischemia yaitu kekurangan darah pada uterus yang menyebabkan atropi pada jaringan otot uterus.
2. Terdapat *polymorph phagolitik* dan *machrophages* di dalam system vaskuler dan system limfatik.
 3. Efek oksitosin (cara berkerjanya oksitosin) penyebab kotraksi dan retraksi otot uterin sehingga akan mengompres pembuluh darah yang menyebabkan akan mengurangi suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi pendarahan.
- Perubahan pada uterus perlu diobservasi dengan seksama, karena pengosongan rahim menyebabkan rahim kehilangan tonus dan

menjadi lemas (flaksi, atonia) sehingga fundus uteri sulit teraba. Stimulasi eksternal dapat dilakukan dengan mengelus-elus bagian fundus uteri, stimulasi lainnya yaitu dengan melakukan inisiasi menyusui dini karena kaki bayi akan menendang rahim ibunya dan merangsang kontraksi. Kontraksi uterus kala 3 bersifat ritmik hal ini akan membantu plasenta lepas, kala 4 maka kontraksi yang diharapkan bersifat kuat dan terus-menerus tanpa fase relaksasi hingga kontraksi spastik.

2.4.4 Masa Nifas Lambat

Perubahan sistem organ nifas ibu perlu diwaspadai seperti perdarahan karena sisa plasenta, infeksi, dan pre-eklampsia.

2.4.4.1 Sistem Jantung dan Pembuluh Darah

Keadaan normal kehilangan volum darah di bawah 500cc tidak akan menyebabkan perubahan signifikan. Redistribusi cairan ekstrasvaskuler berlangsung perlahan hingga tidak berdampak buruk. Kelebihan cairan yang masuk ke intravaskular akan dikeluarkan melalui ginjal karenanya ibu masih nifas hingga 4 minggu pasca persalinan.

2.4.4.2 Sistem Hematologi

Perubahan pada indikator sistem hematologi dipengaruhi kondisi saat hamil dan apa yang terjadi selama persalinan.

1. Perubahan pada nilai hematokrit dan hemoglobin

Akibat hemodilusi fisiologis di masa hamil maka dalam 72 jam pertama setelah bayi lahir, proporsi volume plasma yang hilang lebih besar dibandingkan proporsi sel darah. Kadar hemoglobin dan hematokrit sangat bervariasi dalam masa nifas sebagai akibat variasi volume darah, volume plasma, dan volume sel darah merah menyebabkan hematokrit kurang sensitif jika digunakan sebagai tolak ukur volume kehilangan darah. Kerusakan sel darah merah tidak dapat dipastikan jumlah

sel darah dan hematokrit kembali ke nilai sebelum hamil, biasanya kembali berada dalam batas normal dalam 8 minggu setelah melahirkan.

2. Hitung Sel Darah Putih

Leukosit normal berkisar 6000-10.000 sel/cc (diluar kehamilan). Leukosit ibu hamil mencapai 14.000-16.000 sel/cc. leukosit meningkat selama 2 hari pertama pascasalin hingga 25.000 atau 30.000 sel/cc. leukositosis bukan tanda adanya infeksi nifas namun perlu diagnosis.

3. Proses Koagulasi Darah dan Fibrinolisis

Fibrinolisis adalah mekanisme tubuh menguraikan bekuan darah. Faktor pembekuan darah meningkat karena proses produksi meningkat, seperti fibrinogen, demikian juga dengan jumlah trombosit, namun peningkatan tidak disertai peningkatan aktivitasnya. Semakin besar darah keluar, maka semakin besar jumlah trombosit, fibrinogen, dan faktor koagulasi yang digunakan.

2.4.4.3 Sistem Pernapasan

Pernafasan kembali normal pada masa nifas dini. Kondisi tidak normal yaitu terdapat keluhan sesak, nafas cepat di atas 20 kali per menit.

2.4.4.4 Perubahan pada uterus, vagina, dan struktur penyokong rahim

Perubahan besar uterus terjadi secara bertahap selama masa nifas dengan pola mengikuti pola tertentu. Involusi adalah proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil karena masing-masing sel mengecil kembali. Kontraksi uterus akibat refleksi yang dirasakan sangat kuat menyerupai kontraksi bersalin dinamakan his Royan. Rasa nyeri akibat his royan disebut *Afterpain*.

Kontraksi dan retraksi otot di uterus mengakibatkan suplai darah ke uterus lebih jauh dan mencegah terjadinya perdarahan pascasalin lambat. Pada lokasi insersi plasenta akan terjadi pertumbuhan epitel dari stratum basalis untuk menutupi permukaan endometrium yang baru. Perubahan pada daerah serviks hingga porsio juga terjadi bersamaan bagian kranial serviks yaitu ismus adalah yang berubah menjadi segmen bawah rahim selama persalinan.

Perubahan juga terjadi pada vagina setelah mengalami overdistensi saat dilalui kepala dan badan janin saat bersalin maka dinding vagina menjadi kendur. Perubahan serupa terjadi pula pada daerah simfisi pubis, yaitu pada ligamen yang menyambungkan bilah simfisis kiri dan simfisis kanan. Kondisi simfisis yang mengalami peregangan maksimal disebut simfisiolisis. Keadaan simfisiolisis yang ekstrem menyebabkan ibu tidak dapat berjalan.

2.4.4.5 Perubahan pada dinding dan kontur tulang belakang

Selama hamil, dinding perut diregang begitu lama, sedangkan kontur tulang belakang berubah karena pengaruh gravitasi dari perut yang membesar. Perubahan dapat menyebabkan nyeri kronis di bagian bokong, pinggang, dan menjalar ke kedua kaki. Peregangan pada abdomen menyebabkan penambahan jaringan kolagen baru yang membentuk garis-garis merah. Penggunaan korset dan latihan pengencangan perut akan mempercepat pemulihannya.

2.4.4.6 Sistem berkemih

Selama hamil laju filtrasi glomerulus pada ginjal meningkat sehingga produksi urin meningkat. Volume dan frekuensi berkemih diharapkan kembali dalam keadaan sebelum hamil dalam 2 minggu saja. Keadaan trauma kandung kemih akibat persalinan dapat menyebabkan laserasi kandung kemih.

Terlihat edema dan hiperemia pada dinding saluran kemih. Tindakan yang diperlukan yaitu biasakan paling sedikit 4 jam sekali.

2.4.5 Perubahan Emosi Dan Adaptasi Dan Psikologis

Periode masa nifas merupakan masa perubahan besar bagi ibu baru dan keluarganya. Peran dan harapan sering berubah sebagai keluarga yang menyesuaikan dengan bertambah keluarga baru mereka dan mereka belajar untuk menjadi ibu (Mercer, 2004). Penyesuaian dilakukan terhadap semua perubahan baru. Adaptasi psikologis post partum yaitu ibu biasanya mengalami penyesuaian psikologis selama masa post partum. Adaptasi ibu melahirkan dibagi menjadi 3 fase (Rubin, 1960). Tahapan Rubin dalam Adaptasi Psikologis Ibu yaitu:

1. *Fase taking in* (fase ketergantungan)

Lamanya 3 hari pertama setelah melahirkan. Fokus pada diri ibu sendiri, tidak pada bayi, ibu membutuhkan waktu untuk tidur dan istirahat. Pasif, ibu mempunyai ketergantungan dan tidak bisa membuat keputusan. Ibu memerlukan bimbingan dalam merawat bayi dan mempunyai perasaan takjub ketika melihat bayinya yang baru lahir.

2. *Fase taking hold* (fase independen)

Akhir ke 3 sampai ke 10. Aktif, mandiri dan bisa membuat keputusan. Memulai aktifitas perawatan diri, fokus pada perut, dan kandung kemih. Fokus pada bayi dan menyusui. Merespon instruksi tentang perawatan bayi dan perawatan diri, dapat mengungkapkan kurangnya kepercayaan diri dalam merawat bayi.

3. *Letting go* (fase interdependen)

Terakhir hari ke 10 sampai 6 minggu postpartum. Ibu sudah mengubah peran barunya. Menyadari bayi merupakan bagian dari dirinya. Sudah dapat menjalankan perannya.

Kekhawatiran ibu selama periode postpartum:

1. Merasa terabaikan

Beberapa jam sebelumnya ibu merupakan pusat perhatian semua orang. Sekarang tiba-tiba, bayi adalah kepentingan utama. Ibu merasa bingung dan cemburu. Tanggung jawab bersama untuk perawatan bayi dapat membantu meringankan perasaan ini.

2. Kekecewaan

Emosi yang bercampur baur dapat memperlihatkan kekecewaan dan sulit bagi ibu untuk segera merasa positif tentang seorang bayi yang tidak memenuhi harapan mereka. Keletihan dapat mengakibatkan tidak bereaksi positif terhadap bayinya.

Hubungan Awal antara Orangtua dan Bayi Selama periode postpartum awal, banyak faktor yang dapat mempengaruhi attachment, termasuk anestesi setelah operasi sectio cesarean, sakit, atau pengalaman traumatis melahirkan. Perlu dilakukan pencatatan, dan bidan harus waspada untuk melaporkan dan mendokumentasikan reaksi negatif yang menonjol dari salah satu atau kedua orangtua, dan terus memantau ibu dan bayi, karena ini dapat merupakan pertanda awal kesulitan dalam pengasuhan di masa yang akan datang.

- a. Perilaku yang menunjukkan attachment positif : menyentuh, memegang, mencium, menimang, memeluk, berbicara dan bernyanyi, memilih posisi berhadapan, mengekspresikan rasa bangga mempunyai bayi.
- b. Perilaku mal-attachment : menolak untuk melihat bayi, menolak untuk menyentuh atau memegang bayi, menolak untuk memberi nama bayinya, komentar negatif tentang bayinya. Menolak untuk menanggapi atau merespons negatif terhadap isyarat bayi (misalnya, bayi menangis, tersenyum).

2.4.6 Respon Terhadap Bayi Baru Lahir

Kelahiran bayi yang aman dan selamat akan membangkitkan gejolak emosi pada sebagian besar orangtua dan bahkan penolong persalinan.

2.4.6.1 Ibu

Satu jam pertama merupakan saat peka bagi ibu. Kontak yang erat dengan bayinya selama waktu ini akan mempermudah jalinan batin. Tingkah laku ibu dimulai dari menyentuh bayinya dengan memeriksa tangan, kaki, dan kepala bayi dengan ujung jarinya, kemudian ibu akan mengelus tubuh bayi dengan seluruh tangannya dan selanjutnya merangkul seluruh tubuh bayi dalam tangannya, sering kali dalam posisi berhadapan muka sehingga terwujud kondisi saling pandang. Bidan perlu memastikan sikap ibu selama kehamilan atau awal persalinan hingga ibu untuk menjalin hubungan pertamanya dengan bayinya.

2.4.6.2 Ayah/Penyesuaian Keluarga

Ayah bayi merasakan kepuasan serta bangga yang mendalam, sangat gembira, dan ingin menyentuh, menggendong bayi dan istrinya. Kemesraan di antara ayah dan ibu pada saat seperti itu dapat berkembang meluas dan mencakup bayi bary mereka di dalam keluarga yang eksklusif, yang sering melupakan keadaan sekelilingnya.

2.4.6.3 Bayi

Bayi pada saat lahir berada dalam keadaan waspada dan sadar, serta reaktif terhadap lingkungannya. Wajahnya bundar dan lembut akan memberikan citra yang lucu dan menarik sehingga semua orang disekelilingnya akan bereaksi protektif. Reaksi orangtua akan bertambah dengan adanya ikatan emosional dengan bayi mereka. Setelah menyesuaikan diri secara fisiologis dengan melakukan pernapasan dan sirkulasi darahnya, bayi akan memperlihatkan perhatiannya terhadap bunyi, cahaya dan makanan.

2.4.7 Asuhan Kebidanan Terfokus

1. Asuhan Nifas 2-6 jam Pertama Setelah Persalinan

- a. Menilai apakah terjadi perdarahan yang lebih banyak, agar dapat dilakukan tindakan segera
- b. Memeriksa bayi untuk pertama kali
- c. Memastikan bahwa bayi tetap hangat dan diberi ASI

Tindakan pemeriksaan Fisik : Kesehatan umum, Tanda vital, Uterus, Lochia, Kandung kemih dan Jalan lahir. Ada enam hal pada asuhan untuk ibu, yaitu:

- a. Mencegah perdarahan hebat
 - 1) Memeriksa uterus setiap 15 menit selama 1 jam berikutnya.
 - 2) Memeriksa denyut nadi dan tekanan darah setiap 15 menit selama 1 jam, kemudian setiap 1 jam dalam 4 jam berikutnya. Perhatikan bila ada tanda syok.
- b. Membantu agar uterus lembek berkontraksi
 - 1) Memeriksa kandung kandung kemih
 - 2) Masase uterus
 - 3) Menekan uterus
 - 4) Menganjurkan ibu segera menyusui bayi.
- c. Merawat kebersihan jalan lahir

Menjaga kebersihan vagina dengan cara membersihkan daerah genital dengan air dan sabun setiap buang air kecil dan besar dari depan ke belakang.
- d. Mengosongkan kandung kemi

Anjurkan Ibu untuk air kecil dalam 2 jam pertama.
- e. Memberi minum atau makan

Anjurkan ibu untuk minum jus buah. Anjurkan untuk sering minum pada beberapa jam pertama.
- f. Mengenali tanda-tanda bahaya
 - 1) Perdarahan hebat
 - 2) Mengeluarkan gumpalan darah

- 3) Pusing
- 4) Lemas yang berlebihan
- 5) Suhu tubuh ibu $>38^{\circ}\text{C}$
- 6) Nyeri perut atau lochia berbau
- 7) Kejang-kejang

2. Asuhan Nifas 2-6 hari Pertama Setelah Persalinan

Pengkajian riwayat pada asuhan ibu 2-6 hari pertama setelah persalinan

- a. Keadaan umum (mengkaji perasaan ibu dan masalah yang dikhawatirkan)
- b. Istirahat dan tidur (mengkaji kesulitan tidur dan berapa lama istirahat di siang dan malam hari)
- c. Makanan dan minuman (mengkaji makanan sehari sebelum dikunjungi dan minum ibu setiap kali menyusui)
- d. Suhu tubuh
- e. Defekasi (mengkaji terakhir BAK dan BAB)
- f. Rasa nyaman di perut bawah (mengkaji rasa nyeri)
- g. Lochia/cairan vagina (mengkaji berapa kali ibu ganti pembalut dalam sehari, dan warna cairan yang dikeluarkan)
- h. Nyeri pada perineum (mengidentifikasi lokasi nyeri dan rasanya)
- i. Menyusui
- j. Perasaan terhadap bayi
- k. Pemahaman terhadap bayi baru lahir (mengkaji kebutuhan fisik dan emosional bayi)
- l. Tanda depresi (mengkaji apakah ibu tampak sedih atau cemas)

- m. Minum obat/vitamin (mengkaji apakah ibu meminum tablet tambah darah sesuai anjuran)

Waktu untuk memberikan asuhan yang berkualitas :

- a. Selama seminggu pertama postnatal
- b. Pada hari ke-10
- c. Pada hari ke-28
- d. Pada pemeriksaan postnatal 6 minggu.

Tujuan kunjungan postpartum dilaksanakan antara 2-6 hari setelah melahirkan:

- a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, tinggi fundus uteri berada di bawah umbilikus, serta tidak terjadi perdarahan abnormal dan tidak ada bau.
- b. Memastikan bayi menyusu
- c. Menilai hubungan ibu dan bayi
- d. Konseling pada ibu tentang asuhan pada bayi
- e. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
- f. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat
- g. Mendorong ibu untuk melakukan latihan/senam nifas yang tepat.
- h. Memfasilitasi penyesuaian psikologis postpartum dalam keluarga.
- i. Pemeriksaan fisik terfokus kunjungan hari ke-2 sampai hari ke-6 pada ibu postpartum
 - 1) Tanda vital
 - 2) Payudara
 - 3) Uterus
 - 4) Lochia
 - 5) Perineum

6) Pemeriksaan kaki

Konseling yang diberikan oleh bidan yaitu tentang:

- 1) Higiene
- 2) Istirahat
- 3) Latihan fisik/olahraga
- 4) Gizi
- 5) Asupan air dan suplemen

Jenis-jenis bayi menyusu menurut para pakar:

1) *Barracuda*

Bayi yang didekatkan ke payudara akan sigap dan cepat mencekam puting susu dan menghisapnya dengan penuh gairah selama 10-20 menit. Kadang ibu merasa sakit pada puting susunya.

2) Menggebu tetapi tidak efektif

Bayi menyusu dengan menggebu dan aktif dalam mengisap payudara, sehingga puting susu sering dicekam lalu terlepas. Oleh karena itu ibu perlu menggendong bayi agar bayi tenang terlebih dulu, kemudian meletakkan kembali ke payudara.

3) Ragu-ragu

Bayi akan menunggu datangnya puting payudara, ia tidak menunjukkan minat serta kemampuannya untuk mengisap.

4) Pencicip atau pengulum

Bayi berkeras untuk mencicipi ASI terlebih dulu dan mengecap-ngecapkan bibirnya sebelum mulai menyusu. Perlu dibiarkan selama beberapa menit untuk mengulum dan tenang untuk mulai menyusu dengan baik.

5) Pengaso

Bayi lebih suka menyusui, lalu beberapa menit istirahat selama beberapa menit.

2. Asuhan bayi baru lahir 2-6 hari

Riwayat yang ditanyakan tentang bayi kepada ibu antara lain: Pemberian ASI, Tidur, BAK, BAB, Tali pusat, gejala abnormal. Tindakan asuhan yang dapat dilakukan bidan meliputi:

- 1) Higiene (mengajari cara memelihara higiene)
- 2) Menyusu (mengajarkan cara menyusui bayi secara eksklusif)
- 3) Posisi bayi (mengajarkan posisi bayi saat tidur)
- 4) Tali pusat (membersihkan tali pusat dengan air bersih dan sabun kemudian dikeringkan)
- 5) Ikterus (selama 2 hari bila ikterus tidak hilang dan tubuh bayi menjadi kuning segera dibawa ke RS)
- 6) Imunisasi (pada minggu pertama yaitu Hepatitis B dan BCG)
- 7) Tanda bahaya (bayi kuning, muntah atau diare, infeksi tali pusat, tidak BAK, demam).

3. Asuhan Nifas Minggu ke-2 Setelah Persalinan

Tujuan asuhan 2 minggu postpartum yaitu memastikan ibu dalam keadaan sehat, involusi uterus berlangsung dengan normal, dan ibu sudah menyusui dengan lancar. Bidan mendorong ibu tanya tentang hal yang belum jelas dan menilai interaksi antara ibu dengan bayinya.

4. Asuhan nifas minggu ke-4 sampai minggu ke-6 setelah persalinan

Tujuan asuhan yaitu menanyakan kepada ibu tentang penyulit yang dialami ibu, dan memberikan konseling KB. Jenis pemeriksaan yaitu evaluasi data yang tersedia mulai dari hamil, bersalin dan masa nifas. Pengkajian riwayat meliputi jumlah minggu post partum, keadaan kesehatan umum, penyesuaian

terhadap asuhan bayi, hubungan seksual, metode KB yang digunakan, dan tanda haid (Tina :2015)

2.4.8 Deteksi Dini Pada Masa Nifas

Deteksi dini masa nifas adalah memantau kondisi ibu dan bayi pascapersalinan dalam rangka menghindari komplikasi yang mungkin terjadi.

1. Deteksi Dini Komplikasi 2 Jam Pertama Masa Nifas
 - a. Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus uteri, kandung kemih, dan darah yang keluar setiap 15 menit satu jam pertama dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua kala 4.
 - b. Masase uterus setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua kala 4.
 - c. Nilai perdarahan
 - d. Pantau suhu tubuh setiap jam dalam 2 jam pertama pascapersalinan.
2. Deteksi Dini Komplikasi 6 jam masa nifas
 - a. Mencegah perdarahan masa nifas
 - b. Memberikan konseling pada ibu dan keluarga dalam mencegah perdarahan akibat atonia uteri.
3. Deteksi Dini Komplikasi 6 Hari Masa Nifas
 - a. Memastikan involusi uterus berjalan normal
 - b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan
4. Deteksi Dini Komplikasi 6 Minggu Masa Nifas

Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.

2.4.9 Perdarahan Postpartum

2.4.9.1 Definisi perdarahan postpartum

Perdarahan yang terjadi setelah kala 3 selesai (setelah plasenta lahir) biasanya akibat jatuh maupun syok.

2.4.9.2 Klasifikasi Perdarahan Postpartum

1. Perdarahan postpartum primer

Perdarahan pascapersalinan yang terjadi dalam 24 jam pertama kelahiran. Penyebabnya atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, robekan jalan lahir, dan inversio uteri

2. Perdarahan postpartum sekunder

Perdarahan pascapersalinan yang terjadi setelah 24 jam pertama kelahiran. Penyebabnya: infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik, atau sisa plasenta yang tertinggal.

2.4.9.3 Gejala Perdarahan Postpartum

1. Gejala Klinis

Kehilangan darah sebanyak 10% dari volume total tanpa mengalami gejala-gejala klinis, dan gejala baru 20%.

2. Gejala Umum

Perdarahan pervaginam yang hebat, konsistensi rahim lunak, fundus uteri naik, tanda-tanda syok, pengeluaran vagina yang berbau menusuk, rasa sakit di bawah abdomen, sakit kepala terus menerus, pembengkakan di wajah/tangan, demam, muntah, rasa sakit dan buang air kecil, payudara yang berubah menjadi merah, panas dan sakit, hilang nafsu makan, pembengkakan kaki, merasa sangat letih dan sedih.

2.4.9.4 Penyebab Perdarahan Postpartum

1. Atonia uteri untuk berkontraksi setelah persalinan hingga uterus dalam keadaan relaksasi penuh, melebar, lembek, dan tidak mampu menjalankan fungsi oklusi pembuluh darah.

2. Retensio plasenta

Keadaan dimana plasenta belum lahir setelah jam setelah janin lahir. Penyebab belum lahir karena kontraksi uterus

kurang kuat, plasenta melekat erat pada dinding uterus, karena villi korialis menembus sampai di bawah peritoneum

3. Sisa plasenta

Akibatnya uterus tidak dapat berkontraksi secara efektif.

4. Robekan jalan lahir

Robekan jalan lahir dapat terjadi bersamaan dengan atonia uteri setelah persalinan perlu dilakukan pemeriksaan vulva perineum.

5. Inversio uteri

Merupakan keadaan fundus uteri masuk ke dalam kavum uteri, dapat secara mendadak atau terjadi perlahan.

2.4.9.5 Faktor risiko

Penyebab terjadi perdarahan postpartum yaitu:

1. Grande Multipara
2. Perpanjangan persalinan
3. Chorioamnionitis
4. Kehamilan multipel
5. Injeksi magnesium sulfat
6. Perpanjangan pemberian oksitosin

2.4.9.6 Diagnosis

Langkah-langkah mendiagnosis perdarahan postpartum:

1. Mempalpasi uterus
2. Memeriksa plasenta dan ketuban
3. Melakukan eksplorasi kavum uteri
4. Inspekulo untuk melihat robekan
5. Melakukan pemeriksaan laboratorium.

2.4.9.7 Penilaian Klinis

Bertujuan menentukan derajat syok sangat diperlukan agar bidan dapat menentukan kondisi ibu untuk penanganan pada masa nifas.

2.4.9.8 Pencegahan dan penatalaksanaan perdarahan postpartum

1. Pencegahan

- a. Perawatan masa kehamilan, yaitu mencegah terjadi perdarahan dan dimulai dengan melakukan antenatal care yang baik.
- b. Persiapan persalinan, bagi ibu yang berisiko perdarahan dianjurkan menampung darahnya untuk digunakan saat persalinan.
- c. Persalinan, setelah bayi lahir lakukan masase.
- d. Kala 3 dan kala 4. Berikan uterotonika sesudah bayi lahir.

2. Penatalaksanaan

Untuk menolong ibu dengan perdarahan postpartum dengan segera.

a. Resusitasi

- 1) Pemberian cairan,
- 2) Transfusi darah
- 3) Evaluasi pemberian cairan

b. Penanganan sesuai dengan penyebab terjadinya perdarahan masa nifas

- 1) Atonia uteri, lakukan pemeriksaan ukuran dengan meletakkan tandan di fundus uteri dan lakukan masase untuk mengeluarkan bekuan darah
- 2) Sisa plasenta, berikan uterotonika dan eksplorasi bila kontraksi uterus jelek setelah masase.
- 3) Trauma jalan lahir.
- 4) Gangguan pembekuan darah (Tina :2015)

2.5 Asuhan Keluarga Berencana

2.5.1 Pengertian

Keluarga berencana menurut WHO *Expert Comite*, (1970) adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk mendapatkan objektif-objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kelahiran, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri, dan menentukan jumlah anak dalam keluarga (Marmi:2016).

Menurut WHO (*World Health Organization*), keluarga berencana adalah tindakan yang membantu individu atau psangan suami istri untuk :

1. Mendapatkan objektif-objektif tertentu
2. Menghindari kelahiran yang tidak diinginkan dan menentukan jumlah anak
3. Mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan
4. Mengatur interval di antara kehamilan
5. Mengontrol waktu saat kelahiran dengan umur suami istri

Keluarga berencana (KB) adalah mengatur jumlah anak sesuai dengan keinginan dan menentukan kapan ingin hamil. Jdi, KB (*family planning, planned parenthood*) adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai alat kontrasepsi, untuk mewujudkan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera.

2.5.2 Tujuan Program Kb

Adapun tujuan program dari kelaurga berencana dibagi menujadi dua, yaitu:

1. Tujuan Umum

Untuk mewujudkan visi dan misi program KB yaitu membangun kembali dan melestarikan fondasi yang kokoh bagi pelaksana

program KB di masa mendatang untuk mencapai keluarga berkualitas tahun 2015.

2. Tujuan Khusus

Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia, sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia. Menciptakan penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan masyarakat.

Sedangkan menurut Sarwono (1999), tujuan program KB ialah untuk mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera (NKKBS) yang menjadi dasar terwujudnya masyarakat yang sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pertumbuhan penduduk Indonesia.

2.5.3 Manfaat Program Keluarga Berencana

2.5.3.1 Manfaat bagi ibu

Untuk mengatur jumlah dan jarak kelahiran sehingga dapat diperbaiki kesehatan tubuh karena mencegah kehamilan yang berulang kali dengan jarak yang dekat

2.5.3.2 Manfaat bagi anak yang dilahirkan

Anak dapat tumbuh secara wajar karena ibu yang hamil dalam keadaan sehat.

2.5.3.3 Manfaat bagi anak-anak yang lain

Dapat memberikan kesempatan kepada anak agar perkembangan fisiknya lebih baik karena setiap anak memperoleh makanan yang cukup dari sumber yang tersedia dalam keluarga

2.5.3.4 Bagi suami

program KB bermanfaat untuk memperbaiki kesehatan fisik, mental dan sosial karena kecemasan berkurang serta memiliki lebih banyak waktu luang untuk keluarganya.

2.5.3.5 Manfaat bagi program KB bagi seluruh keluarga

Dapat meningkatkan kesehatan fisik, mental dan sosial setiap anggota keluarga.

2.5.4 Metode Kontrasepsi Sederhana Dengan Alat

2.5.4.1 Kondom (Karet Kb)

Kondom adalah salah satu alat kontrasepsi yang terbuat karet/lateks, berbentuk tabung tidak tembus cairan dimana salah satu ujungnya tertutup rapat dan dilengkapi kantung untuk menampung sperma. Kebanyakan kondom terbuat dari karet lateks tipis, tetapi ada yang membuatnya dari jaringan hewan (usus kambing) atau plastik (*polietelin*).

Pemakaian kondom dengan tujuan kontrasepsi baru dimulai kira-kira abad ke-18 di Inggris. Pada mulanya kondom terbuat dari usus biri-biri. Pada tahun 1844 Goodyear telah berhasil membuat kondom dari karet, yang kini paling umum dipakai ialah kondom dari karet; kondom ini tebalnya kira-kira 0,05 mm, kini telah tersedia berbagai ukuran dengan bermacam-macam warna.

Prinsip kerja kondom ialah sebagai perisai dari penis sewaktu melakukan koitus, dan mencegah pengumpulan sperma dalam vagina. Bentuk kondom adalah silindris dengan pinggir yang tebal pada ujung yang terbuka, sedang ujung yang buntu berfungsi sebagai penampung sperma.

Karet KB atau Kondom terbuat dari karet (lateks) yang dipasang pada penis yang sedang ereksi untuk menampung air mani agar tidak masuk ke dalam vagina dan seterusnya ke rahim. Kira-kira 1 cm dari ujung kondom dibiarkan kosong untuk menampung air mani yang keluar.

2.5.4.2 Klasifikasi Kondom

Klasifikasi kondom berdasarkan jenis kelaminnya terbagi menjadi 2 bagian, yaitu kondom pria dan kondom wanita (USU, 2009).

1. Kondom pria

Kondom pria merupakan selubung/sarung karet tipis yang di pasang pada penis sebagai penampung air mani yang dikeluarkan pria pada saat senggama sehingga tidak tercurah pada vagina. Bentuknya ada dua macam, yaitu polos dan berputing. Bentuk berputing adalah kelebihanannya yaitu untuk menampung sperma setelah ejakulasi.

Jenis/tipe kondom pria adalah:

a. Kondom lateks.

Sebagian besar kondom terbuat dari karet lateks halus dan berbentuk silinder bulat, umumnya memiliki panjang 15-20 cm, tebal 0,03-0,08 mm, garis tengah sekitar 3,0-3,5 cm, dengan satu unung buntu yang polos atau berpentil dan pangkal yang terbuka bertepi bulat. Namun untuk sekarang tersedia dalam ukuran yang lebih besar atau lebih kecil dari standar

b. Kondom berpelumas

Sebagai usaha untuk meningkatkan akseptabilitas, telah di perkenalkan variasi kondom yang berpelumas, mengandung spermatocide, berwarna, memiliki rasa dan beraroma.

c. Kondom anti alergi

Kondom anti alergi terbuat dari karet lateks dengan rendah residu dan tidak dipralubrikasi.

d. Kondom yang lebih tebal dan melebihi standar, dipasarkan terutama untuk hubungan intim per-anus pada pria homoseks untuk memberikan perlindungan tambahan terhadap penularan HIV/AIDS

2. Kondom wanita

Kondom untuk wanita adalah suatu sarung polyurethane dengan panjang 15 cm dan garis tengah 7 cm yang ujungnya terbuka

melekat kesuaatu cincin polyurethane lentur. Cincin *polyurethane* ini berfungsi sebagai alat untuk memasang dan meletakkan kondom di vagina. Kondom waita mengandung pelumas berbahan dasar silikon dan tidak memerlukan pelumas spermisida serta hanya sekali pakai.

Bahan polyurethane kurang menyebabkan reaksi alergi dibandingkan kondom lateks. Bahan tersebut juga kuat dan jarang robek (40% lebih kuat dari kondom lateks) tetapi tipis sehingga sensasi yang ditimbulkan tetap dapat dipertahankan. Kondom wanita ini dapat mencegah kehamilan dan oenularan penyakit seksual termasuk HIV apabila digunakan dengan benar

Fungsi kondom sebenarnya bukan sekedar sebagai alat KB atau pengaman saja. Kondom juga bisa digunakan sebagai bagian dari *foreplay* agar suasana bercinta menjadi berbeda.apalagi saat ini kondom tersedia dalam beragam tekstur dan aroma. Berikut jenis-jenis kondom yang banyak beredar dipasaran menurut Yuniico (2009).

- a. Kondom dengan aroma dan rasa. Aroma favorite yang bisa dipilih seperti coklat, stroberi, durian, pisang dan mint.
- b. Kondom berulir (*ribbed condom*). Jenis kondom yang satu ini memliki keunikan di bentuknya yang berulir untuk menambah kenikmatan pada saat bersenggama.
- c. Kondom ekstra tipis (*extra thin condom*). Tipe satu ini berbahan karet dengan ukuran yang sangat tipis. Pada saat melakukan senggama, pasangan seakan-akan senggama tanpa mengunkan kondom.
- d. Kondom bintik (*dotted condom*). Tipe ini disertai dengan bintik-bintik di sekitanya yang bisa menimbulkan efek mengejutkan pada wanita.

- e. Kondom ekstra pengaman (*extra save condom*). Jenis ini memiliki tambahan lubrikan serta mengandung perlindungan ekstra untuk mencegah kehamilan.
- f. Kondom wanita (*female condom*). Kondom berbahan lateks atau poliurethan, sehingga bersifat elastis dan fleksible, kondom ini lebih menimbulkan sensai atau rangsangan. Terutama bagi pria yang kurang suka memakai kondom.
- g. Komdom twist. Tipe ini didesain secara khusus untuk menstimulasi are sensitif pada saat bersenggama'
- h. Kondom getar (*vibrating condom*). Kondom ini dilengkapi dengan cincin getar di bagian ujungnya kondom yang menggunakan baterai khusus untuk menggetarkan cincin getarnya ini bisa bertahan hingga 30 menit
- i. Kondom bagyy. Tipe ini bentuknya agak membesar dibagian ujung serta memiliki ulir di bagian badannya, untuk memaksimalkan gerakan saat bersenggama.
- j. Kondom dengan tambahan obat kuat (*condom with extra strong medicine*). Jenis kondom yang satu ini dilengkapi dengan lubrikan yang mengandung obat kuat (Marmi:2016).

3. Cara kerja kondom

- a. Mencegah sperma masuk ke saluran reproduksi wanita.
- b. Sebagai alat kontrasepsi
- c. Sebagai pelindung terhadap infeksi atau transmisi mikro organisme penyebab PMS.

4. Efektifitas dalam mencegah kehamilan

Pemakaian kontrasepsi kondom akan efektif apabila dipakai secara benar dan konsisten setiap kali berhubungan seksual. Angka kegagalan kontrasepsi kondom sangat sedikit yaitu 2 -1 2 kehamilan per 100 perempuan per tahun. Namun, ada yang

menyebutkan bahwa efektifitas teoritik 1- 2 kehamilan/ 100 pemakai/ tahun, sedangkan efektifitas praktek 3 – 15 kehamilan/100 pemakai/tahun.

5. Manfaat kondom

a. Manfaat kondom secara kontrasepsi antara lain :

- 1) Efektif bila pemakaian benar.
- 2) Tidak mengganggu produksi asli.
- 3) Tidak mengganggu kesehatan klien.
- 4) Tidak mempunyai pengaruh sistemik.
- 5) Murah dan tersedia diberbagai tempat.
- 6) Tidak memerlukan resep dan pemeriksaan khusus.
- 7) Metode kontrasepsi sementara

b. Manfaat kondom secara non-kontrasepsi antara lain :

- 1) Peran serta suami untuk ber-KB.
- 2) Mencegah penularan PMS.
- 3) Mencegah ejakulasi dini.
- 4) Mengurangi insidensi kanker serviks.
- 5) Adanya interaksi sesama pasangan.
- 6) Mencegah imoniu infertalitas.

6. Keterbatasan kondom

- a. Efektifitas tidak terlalu tinggi.
- b. Tingkat efektifitas tergantung pada pemakaian kondom yang benar.
- c. Adanya pengurangan sensitifitas pada penis.
- d. Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan.
- e. Perasaan malu membeli di tempat umum.
- f. Masalah pembuangan kondom bekas pakai.

7. Penilaian klien

Klien atau akseptor kontrasepsi kondom ini tidak memerlukan anamnesis atau pemeriksaan khusus, tetapi diberikan penjelasan

atau KIE baik lisan maupun tertulis. Kondisi yang perlu dipertimbangkan bagi pengguna alat kontrasepsi ini adalah :

Tabel 2.4 Kondom

Kondom	
Baik digunakan	Tidak baik digunakan
Ingin berpartisipasi dalam program KB	Mempunyai pasangan yang beresiko tinggi apabila terjadi kehamilan
Ingin segera mendapatkan kontrasepsi	Alergi terhadap bahan dasar kondom
Ingin kontrasepsi sementara	Menginginkan kontrasepsi jangka panjang
Inginkontrasepsi tambahan	Tidak mau terganggu dalam persiapan untuk melakukan hubungan seksual
Hanya ingin menggunakan alat kontrasepsi saat berhubungan	Tidak peduli dengan berbagai persyaratan kontrasepsi
Beresiko tinggi tertular/menularkan PMS	

8. Kunjungan Ulang

Saat klien datang pada kunjungan ulang harus ditanyakan ada masalah dalam penggunaan kondom dan kepuasan dalam menggunakannya. Apabila masalah timbul karena kekurangtahuan dalam penggunaan , maka sebaiknya informasikan kembali kepada klien dan pasangannya. Apabila masalah timbul dikarenakan ketidaknyamanan dalam pemakaian, maka berikan dan anjurkan untuk memilih metode kontrasepsi lainnya.

9. Penanganan efek samping

Dibawah ini merupakan penanganan efek samping dari pemakaian alat kontrasepsi kondom.

Tabel 2.5 Efek samping

Efek samping atau masalah	penanganan
Kondom rusak atau bocor sebelum pemakaian	Nang dan pakai kondom yang baru atau gunakan spermisida
Kondom bocor saat berhubungan	Pertimbangan pemberian morning after pil
Adanya reaksi alergi	Berikan kondom jenis alami atau ganti metode kontrasepsi lain
Mengurangi kenikmatan	Beri kondom jenis lain atau ganti

berhubungan seksual	metode kontrasepsi lain
---------------------	-------------------------

10. Kontra indikasi kondom:

- a. Setiap pria dapat memakai kondom kecuali dia atau pasangannya rentan (alergi/sensitif) terhadap lateks.
- b. Memiliki kelainan bentuk penis (malformasi)
- c. Secara psikologi pasangan tidak bisa menerima metode kondom

11. Pemilihan kondom:

Kondom tersedia dalam berbagai ukuran, tebal, warna dan lubrikasi. Sebaiknya menggunakan kondom yang ujungnya memakai reservoir.

12. Cara pemakaian kondom lelaki:

Tahap 1:Kondom dipasang saat penis ereksi, dan sebelum melakukan hubungan badan.

Tahap 2: Buka kemasan kondom secara hati-hati dari tepi, dan arah robekan kearah tengah. Jangan menggunakan gigi, benda tajam saat membuka kemasan.

Tahap 3: Tekan ujung kondom dengan jari dan jempol untuk menghindari udara masuk kedalam kondom. Pastikan gulungan kondom berada di sisi luar.

Tahap 4: buka gulungan kondom secara perlahan ke arah pangkal penis, sambil menekan ujung kondom. Pastikan posisi kondom tidak berubah selama coitudo, jika kondom menggulung, tarik kembali gulungan ke pangkal penis.

Tahap 5: setelah ejakulasi, lepas kondom saat penis masih ereksi. Hindari kontak penis dan kondom dari pasangan

Tahap 6: buang dan bungkus kondom bekas pakai ke tempat yang aman.

13. Cara pakai kondom wanita

Kondom wanita adalah kondom yang dirancang khusus untuk digunakan oleh perempuan, berbentuk silinder yang dimasukkan ke dalam alat kelamin atau kemaluan wanita. Kondom wanita berfungsi untuk mencegah kehamilan dan mengurangi resiko penyakit menular seksual. Kondom wanita memiliki ujung dimana ujung yang satu yang dimasukkan ke arah rahim tertutup dengan busa untuk menyerap sperma dan ujung yang lain ke arah luar terbuka.

Cara kerja kondom wanita sama dengan cara kondom lelaki, yaitu mencegah sperma masuk ke dalam alat reproduksi wanita. Manfaat, keterbatasan maupun efek samping yang ditimbulkan kondom wanita, hampir sama dengan kondom lelaki. Tingkat efektivitas kondom wanita akan tinggi, apabila cara menggunakannya benar.

Adapun cara pemakaian kondom wanita, adalah sebagai berikut:

Tahap 1: buka kemasan kondom secara hati-hati dari tepi, dan arah robekan ke arah tengah. Jangan menggunakan gigi, benda tajam saat membuka kemasan.

Tahap 2: sebelum hubungan seksual, perhatikan kondom wanita. Kondom wanita punya ring yang lebar (*outer ring*) untuk bagian luar dan ring yang kecil (*inner ring*) untuk bagian dalam.

Tahap 3: pegang inner ring kondom, lalu tekan dengan ibu jari pada sisi ring, dan dengan jari lain pada sisi yang berseberangan, kemudian tekan sehingga sisi ring yang berseberangan akan bersentuhan dan bentuk inner ring menjadi lonjong.

Tahap 4: atur posisi yang nyaman. Posisi dapat dilakukan secara berdiri satu kaki di atas kursi, jongkok maupun berbaring.

Tahap 5: masukkan inner ring ke dalam vagina dengan hati-hati.

Sewaktu kondom masuk ke dalam vagina, gunakan jari telunjuk untuk menekan inner ring lebih jauh ke dalam vagina. Pastikan kondom jangan sampai berputar, dan outer ring (ring yang besar) tetap berada di luar.

Tahap 6: berikan sedikit minyak pelicin pada penis atau bagian dalam kondom. Bantu penis masuk ke dalam kondom.

Tahap 7: pasca setelah coitus, keluarkan kondom secara hati-hati dengan memutar bagian outer ring untuk menjaga air mani yang tertampung di dalam kondom tidak tumpah. Keluarkan kondom secara hati-hati. Buang kondom bekas pakai ke tempat yang aman (tempat sampah). Jangan buang di toilet.

14. Barrier Intra Vaginal

a. Pengertian

Metode ini merupakan metode untuk menghalangi masuknya spermatozoa ke dalam traktus genitalia interna wanita dan mematikan spermatozoa oleh spermisidnya.

b. Keuntungan

- 1) Mencegah kehamilan
- 2) Mengurangi insidens penyakit akibat hubungan seks

c. Kerugian

- 1) Angka kegagalan relatif tinggi
- 2) Aktifitas hubungan seks harus dihentikan sementara untuk memasang alatnya.
- 3) Perlu dipakai secara konsisten, hati-hati dan terus-menerus pada setiap senggama

d. Macam-macam barier intra vagina

- 1) Diafragma (diaphragma)
- 2) Kap serviks (*cervical cap*)
- 3) Spons (*sponge*)
- 4) Kondom wanita

e. Faktor yang mempengaruhi efektifitas barier intra vaginal

Untuk mendapatkan efektivitas yang lebih tinggi, metode barier intra vagina harus dipakai bersama dengan spermisid. Faktor yang dapat mempengaruhi efektivitas metode ini antara lain; paritas, frekuensi senggama, kemampuan untuk memakainya dengan benar, kebiasaan-kebiasaan akseptor, dan motivasi akseptor dalam pencegahan

f. Hal-hal yang harus diinstruksikan kepada akseptor untuk mencegah SST (*Syndrom Syock Toxic*)

Ada satu hal sangat penting yang harus mendapat perhatian akseptor yang menggunakan metode ini kemungkinan timbulnya TSS bila terjadi kelalaian dalam pemakaiannya. TSS sering terjadi pada waktu yang memakai tampon (*intra vaginal*) selama haid.

Calon akseptor metode barier intra vagina harus diberi intruksi-intruksi untuk mengurangi/mencegah resiko timbulnya TSS, yaitu:

- 1) Cuci tangan dengan sabun sebelum memasang atau mengeluarkan alatnya
- 2) Jangan biarkan metode ini lebih lama dari 24 jam
- 3) Jangan menggunakan metode ini pada saat haid, atau bila ada pendarahan pervaginaan, atau adanya *vaginal discharge abnormal* (pakailah kondom)
- 4) Setelah melahirkan bayi aterm, tunggu 6-12 minggu sebelum menggunakan metode ini.

- 5) Wanita harus diajari tanda-tanda bahaya TSS, demam, muntah, diare, nyeri otot tubuh, dan rash (*sunburn*/seperti tersengat sinar matahari)
- 6) Bila menduga TSS, keluaran alat kontrasepsi dan hubungi petugas medis
- 7) Bila pernah mengalami TSS, pilih metode kontrasepsi yang lain.

2.5.5 Diafragma (Diaphragma)

Pada tahun 1881 *mensinga* dari *flensburg* (belanda) telah menciptakan untuk pertama kalinya diafragma vaginal guna mencegah kehamilan. Dalam bentuk aslinya, diafragma vaginal ini terbuat dari cincin karet yang tebal, dan di atasnya diletakkan selembur karet yang tipis. Kemudian dilakukan modifikasi dengan semacam pearloji; di atasnya diletakkan karet tipis yang berbentuk kubah (*dome*).

Diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung seperti topi yang menutupi mulut rahim, terbuat dari lateks (karet) yang diinsertasikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutupi serviks. Ukuran diafragma vaginal yang beredar dipasaran mempunyai diameter antara 55 sampai 100 mm. Tiap-tiap ukuran mempunyai perbedaan diameter masing-masing 5 mm.

1. Jenis-jenis diafragma/kap

a. *Flat spring* (diafragma pegas datar)

Jenis ini cocok untuk vagina normal dan disarankan untuk pemakaian pertama kali.

b. *Coil spring* (diafragma pegas kumparan)

Jenis ini cocok untuk wanita yang vaginanya kencang dan peka terhadap tekanan

c. *Archiving spring*

Jenis ini bermanfaat pada dinding vagina yang tampak kendur atau panjang dan posisi serviks menyebabkan pemasangan sulit.

2. Cara kerja :
 - a. Mencegah masuknya sperma melalui kanalis servikalis ke uterus dan saluran telur (tuba falopi)
 - b. Sebagai alat untuk menempatkan spermisida.
3. Manfaat:
 - a. Manfaat kontrasepsi
 - 1) Efektif bila digunakan dengan benar
 - 2) Tidak mengganggu produksi ASI
 - 3) Tidak mengganggu hubungan seksual karena telah dipersiapkan sebelumnya.
 - 4) Tidak mengganggu kesehatan klien
 - 5) Tidak mempunyai pengaruh sistemik.
 - b. Manfaat non kontrasepsi
 - 1) Memberikan perlindungan terhadap penyakit menular seksual
 - 2) Dapat menampung darah menstruasi, bila digunakan saat haid
4. Keterbatasan :
 - a. Efektifitas tidak terlalu tinggi (angka kegagalan 6-16 kehamilan per 100 perempuan pertama, bila digunakan dengan spermisida).
 - b. Keerhasilan kontrasepsi ini tergantung pada cara penggunaan yang benar
 - c. Memerlukan motivasi dari pengguna agar selalu berkesinambungan dalam penggunaan alat kontrasepsi ini.
 - d. Pemeriksaan pelvik diperlukan untuk memastikan ketepatan pemasangan
 - e. Dapat menyebabkan infeksi saluran uretra
 - f. Harus masih terpasang selama 6 jam pasca senggama.
5. Penilaian klien :

Sebelum alat kontrasepsi diafragma digunakan oleh klien, sebaiknya petugas kesehatan mengaji klien terlebih dahulu. Sehingga alat kontrasepsi ini sesuai atau tidak digunakan oleh wanita tersebut.

Tabel 2.6 Diafragma

Diafragma	
Sesuai untuk klien yang :	Tidak sesuai untuk klien yang :
Tidak mau atau tidak boleh menggunakan metode kontrasepsi hormonal (perokok wanita di atas 35 tahun)	Mempunyai umur dan paritas serta masalah kesehatan yang menyebabkan kehamilan resiko tinggi
Tidak menyukai metode yang diberikan oleh petugas kesehatan (AKDR)	Terinfeksi saluran uretra
Menyusui dan memerlukan kontrasepsi pendukung	Tidak suka menyentuh alat kelaminnya (vulva dan vagina)
Jarang melakukan hubungan seksual dengan pasangannya	Mempunyai riwayat sindrom syok karena keracunan
Ingin melindungi dari PMS	Ingin metode KB efektif
Memerlukan metode sederhana sebelum memilih metode lain	

6. Penanganan Efek Samping

Table 2.7 Efek samping dan penanganannya

Efek samping atau masalah	Penanganan
Infeksi saluran uretra	Pemberian antibiotik, sarankan mengosongkan kandung kemih pasca senggama atau gunakan metode kontrasepsi lain
Alergi diafragma atau spermisida	Berikan sperrmisida bila ada gejala iritasi vagina pasca senggama dan tidak mengidap PMS atau batu memilih metode lain.
Rasa nyeri pada tekanan terhadap kandung kemih/rektum	Nilai kesesuaian ukuran fornix dan diafragma. Bila terlalu besar, coba ukuran yang lebih kecil. Follow up masalah yang telah ditangani
Timbul cairan vagina dan berbau	

Luka dinding vagina akibat tekanan pegas diafragma	Hentikan penggunaan diafragma untuk sementara dan gunakan metode lain. Bila sudah sembuh, periksa kesesuaian ukuran forniks dan diafragma
--	---

7. Hal yang perlu diperhatikan:

Jika ada kemungkinan terjadi sidrom syok keracunan, rujuk segera pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih lengkap.

8. Syarat pemakain diafragma:

- Tidak ada props uteri (uterus menonjol keluar) yang berat.
- Tonus vagina baik
- Pasien harus dapat meraba serviksnya

9. Pemasangan diafragma

- Kosongkan kandungan kemih dan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir. Pastikan diafrga tidak berlubang. Oleskan spermisida pada kap diafragma secara merata.
- Cari posisi yang nyaman pada saat pemasangan. Posisi dapat dengan mengangkat satu kaki ke atas kursi duduk di tepi kursi, berbaring ataupun sambil jongkok. Pisahkan bibir vulva. Tepi diafragma melipat menjadi dua dengan sisi yang lain. Letakkan jari telunjuk ditengah kap untuk pegangan yang kuat. Spermisida harus berada di dalam kap.
- Masukkan diafragma ke dalam vagina jauh ke elakang, dorong bagian depan pinggiran ke atas dibalik tulang pubis. Masukkan jari kedalam vagina sampai menyentuh serviks. Sarungkan karetanya dan pastikan serviks telah terlindungi.

10. Pelepasan diafragma

- Sebelum melepas diafragma, cuci tangan dengan sabun dan air mengalir, kiat bagian ujung diafragma dengan jari telunjuk dan tengah untuk memecah penampung.
- Tarik diafragma turun dan tarik keeluar.

2.5.6 Kap Serviks (*CERVICAL CAP*)

Kap serviks adalah alat kontrasepsi berbentuk karet penutup yang dipasang dimulut rahim untuk mencegah kehamilan. Pada mulanya alat itu dibuat dari lembaran karet, lempengan emas atau perak.

Kap servikal meruok kontrasepsi penghalang yang dimasukkan ke dalam vagina dan mencegah sperma masuk ke dalam salurab reproduksi wanita dan harus tetap di tempatnya lebih dari 48 jam.

1. Macam – macam kap serviks

a. *Prentif cavity-rim cap*

- 1) Paling sering dipakai
- 2) Tersedia dalam 4 ukuran, denga diameter dalam 22, 25, 28, dan 31 mm

b. *Dumas atau vault cap*

- 1) Reatif dangkal
- 2) Tersedia dalam ukuran dari 50-75mm
- 3) Cocok untuk wanita yang tidak dapat memakai diafragma

c. *Vimule cap*

- 1) Berbentuk lonceng yang panjang dengan pinggir yang menonjol untuk memperkuat hubungan dengan sekitarnya.
- 2) Cocok untuk wanita dengan tonus otot yang kurang baik, dan serviks yang lebih panjang dari rata-rata
- 3) Tersedia dalam ukuran 45-55 mm

2. Cara kerja :

Cervical caps akan metunupi permukaan serviks sehingga menahan sperma agar tidak mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba falopi) dan sebagai alat tempat spermisida senjata sperma tambahan untuk membunuh sperma yang tidak tertahan pada kaps serviks.

3. Efektivitas:

Efektivitas *Cervical caps* cukup baik, hal ini dibuktikan dengan tingkat kegagalan pada pemakaian cervical caps secara umum berkisar 8-27 kehanilan pada setiap 100 wanita atau berkisar 20%.

4. Indikasi:

Cvical cap dapat digunakan untuk wanita atau pasangan yang ingin menunda untuk mempunyai anak.

5. Kontraindikasi

- a. Bentuk serviks yang abnormal (ukuran, posisi)
- b. Riwayat PID (*pelvic inflammatory disease*)
- c. Pap smear yang abnormal
- d. Radang serviks (*cervivits*) orang yang kronis
- e. Oot vagina yang sensitif
- f. Pendarahan pada vagina

6. Keuntungan:

- a. Kap serviks bersifat reversible.
- b. Harga yang tidak terlalu mahal, namun tidak dijual disembarang tempat.
- c. Ukurannya kecil dan ringan
- d. Hanya membutuhkan sedikit spermicide (dibandingkan diafragma)
- e. Kap serviks dapat dipakai selama 48 jam karena ukurannya yang kecil sehingga tidak menyebabkan tekanan pada VU dan tambahan uang spermicide
- f. Kap serviks merupak metode non hormonal barrier
- g. Metode ini dapat tetap digunakan pada ibu yang sedang menyusui

- h. Kap serviks aman dan dapat digunakan pada wanita yang merokok
 - i. Membantu para wanita untuk lebih mengetahui dan mempelajari anatomi tubuh wanita
 - j. Tidak mempengaruhi siklus menstruasi
 - k. Tidak mempengaruhi kesuburan untuk kedepannya
 - l. Tidak terasa oleh suami pada saat bersenggama
 - m. Dapat dipakai oleh wanita sekalipun ada kelainan anatomis/fungsional dari vagina
 - n. Kap serviks hanya menutupi serviks saja
7. Kerugian:
- a. Dapat menyebabkan cervicis
 - b. Ukuran cervical cap yang digunakan sewaktu-waktu harus diubah tergantung pada kehamilan
 - c. Membuat infeksi pada saluran perkemihan
 - d. Tidak boleh digunakan pada wanita yang sedang menstruasi
 - e. Penggunaan cukup sulit
 - f. Beberapa wanita akan merasa nyeri dan pasangannya akan merasa tidak nyaman ketika sedang melakukan hubungan intim.
 - g. Cervical cap dapat terlepas sewaktu-waktu dari dalam vagina
 - h. Tidak bebas dijual di sembarang tempat dan penggunaannya
 - i. Tidak dapat mencegah penyebaran IMS (infeksi menular seksual)
 - j. Tidak dapat mencegah penyebaran HIV AIDS
8. Efek Samping:
- a. Menyebabkan iritasi pada daerah vagina
 - b. Menyebabkan infeksi pada saluran kemih

- c. Menimbulkan rasa tidak nyaman pada pemakaiannya dan juga pasangannya terutama ketika sedang berhubungan intim,
 - d. Menimbulkan rasa nyeri atau sakit pada daerah vagina
 - e. Menimbulkan reaksi alergi terhadap kap-nya dan juga pada spermatidisanya
9. Komplikasi
- a. Berisiko terjadi *toxix shock* syndrome (TSS)
 - b. Dapat menyebabkan reaksi alergi yang sangat mengganggu
 - c. Dapat menyebabkan iritasi pada serviks karena kontak yang terlalu lama dengan kap (kap) dan spermicide-nya
10. Syarat pemakaian kap serviks:
- a. Serviks harus dapat dicapai dan tidak luka.
 - b. Serviks cukup panjang untuk menahan kap

2.5.7 SPONS

Sponge berbentuk bantal, satu sisi dari sponge berbentuk cekung yang dimaksudkan untuk menutupi serviks dan mengurangi kemungkinan perubahan letak spons selama bersenggama.

Efek samping dan komplikasi

- 1. Iritasi atau reaksi alergi umumnya disebabkan oleh spermidanya
- 2. Kemungkinan infeksi vagina oleh jamur bertambah besar
- 3. Kemungkinan timbulnya sindrom syok toksik

2.5.7.1 Kimiawi Spermisida

- 1. Cara kerja:
 - a. Menyebabkan sel selaput sperma pecah
 - b. Memperlambat motilitas sperma
 - c. Menurunkan kemampuan pembuahan sel

2. Pilihan:

- a. *Aerosol*
- b. Tablet vagina
- c. Jenis spermisida jeli biasanya digunakan bersamaan dengan difragma

3. Manfaat:

- a. Manfaat kontrasepsi
 - 1) Efektifitas seketika (busa dan krim)
 - 2) Tidak mengganggu produksi ASI
 - 3) Sebagai pendukung metode lain
 - 4) Tidak mengganggu kesehatan klien
 - 5) Tidak mempunyai pengaruh sistemik
 - 6) Mudah digunakan
 - 7) Meningkatkan lubrikasi selama hubungan seksual
 - 8) Tidak memerlukan resep ataupun hubungan seksual
- b. Manfaat non kontrasepsi. Memberika perlindungan terhadap penyakit menular seksual termasuk HBV dan HIV/AIDS

4. Keterbatasan :

- a. Efektivitas kurang
- b. Spermisida akan jauh lebih efektif
- c. Keefektifan tergantung pada kepatuhan cara penggunaannya
- d. Tergantung motivasi dari pengguna
- e. Pengguna harus menunggu 10-15 menit setelah spermiidanya dimasukkan seblum melakukan hubungan seksula
- f. Hanya efektif selama 1-2 jam dalam satu kali pemakaian
- g. Harus selalu tersedia sebelum senggama dilakukan.

5. Penilaian klien

Table 2.8 spermasida

Spermasida	
Sesuai untuk klien yang:	Tidak sesuai untuk klien yang :
Tidak suka atau tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal (seperti perokok, wanita diatas 35 tahun)	Mempunyai resiko tinggi apabila hamil (berdasar umur, paritas, masalah kesehatan)
Lebih suka memasang sendiri alat kontrasepsinya	Terinfeksi aliran uretra
Menyusi dan memerlukan kontrasepsi pendukung	Memerlukan metode kontrasepsi efektif
Tidak ingin hamil dan terlindung dari penyakit menular seksual, tetapi pasangannya tidak mau menggunakan kondom	Tidak mau repot untuk mengikuti petunjuk pemakaian kontrasepsi dan siap pakai sewaktu akan melakukan hubungan seksual
Jarang melakukan hubungan seksual	Mempunyai riwayat sindrom syok karena keracunan
Memerlukan metode sederhana sambil menunggu metode lain	Tidak stabil secara psikis atau tidak suka menyentuh alat reproduksinya (vulva dan vagina)

6. Penanganan efek samping

Table 2.9 Efek samping

Efek samping atau masalah	Penanganan
Iritasi vagina atau iritasi penis dan tidak nyaman	Periksa adanya vaginitis dan PMS
Gangguan rasa panas divagina	Periksa reaksi alergi/terbakar
Tablet busa vaginal tidak larut dengan baik	Pilih spermasida lain dengan komposisi bahan kimia berbeda atau bantu memilih metode kontrasepsi lain

a. JELLY

Wahannya adalah gelatin yang larut air dan mancair dengan mudah dalam badan. Baik dipakai oleh wanita yang kering vaginanya.

b. TABLET BERBUSA/AEROSOL

Tablet ini dimasukkan ke dalam vagina, akan berbusa dan busa ini akan masuk ke celah-celah yang kecil yang mungkin mengandung spermatozoa. Angka kegagalannya agak tinggi yaitu sekitar 22,5 kehamilan/100 wanita/tahun.

c. SUPPOSITORIA KIMIAWI

Mudah dipakai tetapi kurang dapat dipercaya efektifitasnya untuk mencegah kehamilan. Bila melakukan coitus beberapa kali maka suppositoria harus dimasukkan ke vagina beberapa kali

d. TISSUE KB

Tissue KB adalah alat kontrasepsi kimiawi yang berbentuk seperti lembaran kertas tissue, namun akan larut bila bercampur dengan cairan vagina atau lendir serviks.

2.5.8 Metode Kontrasepsi Modern Hormonal

2.5.8.1 Pil KB (*oral contraceptives pill*)

Pil KB (*oral contraceptives pill*) merupakan alat kontrasepsi hormonal yang berupa obat dalam bentuk pil yang dimasukkan melalui mulut (diminum), berisi hormone estrogen dan atau profesteron, yang bertujuan untuk mengendalikan kelahiran atau mencegah kehamilan dengan menghambat pelepasan sel telur dan ovarium setiap bulannya.

Jenis pil KB secara umum :

- a. Pil KB kombinasi diminum sehari sekali (mengandung estrogen dan progesterone)
- b. *Minipill* diminum sehari sekali (mengandung progesterone saja)
- c. Pil sekunseal (dibuat seperti urutan hormon yang dikeluarkan ovarium setiap siklus).
- d. *Once a moth pill* (mengandung estrogen untuk wanita yang memiliki biological half life panjang).

- e. *Morning after pill* (mengandung hormon estrogen dosis tinggi diminum dalam keadaan darurat, seperti kasus pemerkosaan).

Jenis kontrasepsi oral lainnya :

- a. *Mifepristone* (harian yang mengandung anti progesterone).
- b. *Ormeloxifene* (hanya tersedia di india).

2.5.8.2 Pil KB Kombinasi

Pil KB Kombinasi diciptakan oleh Picus dan Rock dengan mengkombinasikan progesteron dan estrogen untuk menghambat proses terjadinya ovulasi melalui penekanan hormone. Dasar dari pil kombinasi adalah meniru proses alamiah. Hormon yang termasuk dalam Pil KB Kombinasi :

- a. *Conventional Park* (berisi 21 pil dengan hormone aktif dan 7 pil dengan hormone tidak aktif).
- b. *Convenuous Dosing Or Extended Cycle* (pil kombinasi berisi 84 pil dengan hormone aktif dan 7 pil dengan hormone tidak aktif).

2.5.8.3 Jenis Pil KB Kombinasi

- a. Monofasik (kemasan 21 tablet dan paling banyak digunakan).
- b. Bifasik (diberi kode dengan warna yang berbeda)
- c. Trifasik (terdiri dari estrogen dan progesterone dengan 3 dosis berbeda).

2.5.8.4 Cara Kerja

- a. mencegah implantasi
- b. menghambat ovulasi
- c. mengentalkan lendir serviks
- d. memperlambat transportasi ovum
- e. menekan perkembangan telur yang telah dibuahi

f. Efektifitas (99%<)

2.5.8.5 Manfaat/keuntungan

a. Keuntungan Kontrasepsi

- 1) Tidak mengganggu hubungan seksual, mudah dihentikan setiap saat
- 2) Jangka panjang, kesuburan terjaga, dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat.

b. Keuntungan Nonkontrasepsi

- 1) Hubungan dengan haid : mengurangi jumlah perdarahan, mengurangi hari haid, mengurangi rasa nyeri, meniadakan sakit saat ovulasi, mengurangi anemia, mengurangi ketegangan pra haid.
- 2) Perlindungan terhadap PID akut.
- 3) Perlindungan terhadap karsinoma ovarium dan karsinoma endometrium.

c. Keuntungan Non Kontrasepsi Lain

- 1) Mengurangi insiden dari konstipasi ovarium fungsional
- 2) Mengurangi kejadian penyakit payudara jinak
- 3) Mengurangi resiko timbul kehamilan ektopik
- 4) Mencegah ovulasi
- 5) Mengurangi jerawat
- 6) Pertambahan berat badan
- 7) Payudara membesar
- 8) Kejadian rheumatoid arthritis mungkin berkurang
- 9) mioma uteri

2.5.8.6 Keterbatasan

- a. Tidak mencegah PMS
- b. Mahal, repot, dan membosankan
- c. Mual, dan perdarahan 3 bulan pertama.
- d. Pusing dan nyeri payudara

- e. meningkatkan risiko adenoma hati, ikterus kolestatik dan batu ginjal.

2.5.8.7 Efek Samping

- a. Meningkatkan resiko trombotik vena, emboli paru, serangan jantung, stroke dan kanker leher rahim.
- b. Peningkatan tekanan darah
- c. Mual, pusing, amenorea, nyeri payudara, kenaikan berat badan

2.5.8.8 Kriteria yang didapat menggunakan pil kombinasi

Usia reproduksi, telah/belum memiliki anak, gemuk atau kurus, tidak menyusui, setelah melahirkan, menginginkan metode kontrasepsi dengan efektif tinggi. pasca keguguran, nyeri haid yang hebat, diabetes mellitus, penyakit tiroid PID, varises vena.

2.5.8.9 Pil KB Mini

Pil mini atau pil progestin kadang-kadang disebut juga pil masa menyusui. Mini pil adalah pil KB yang hanya mengandung hormone progesterone dalam dosis rendah dan diminum sehari sekali.

2.5.8.10 Kontra Indikasi

1. Wanita usia tua dengan perdarahan yang tidak diketahui penyebabnya.
2. Wanita yang diduga hamil atau hamil
3. Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid
4. Riwayat kehamilan ektopik
5. Riwayat kanker payudara
6. Wanita pelupa
7. Gangguan tromboemboli aktif
8. Ikterus, penyakit hati aktif atau tumor hati jinak maupun ganas

9. Dengan miom uterus
10. Riwayat stroke
11. Menggunakan obat tuberculosis

2.5.8.11 Contoh Mini Pil Antara Lain

1. Micrinor, NOR-QD, noriday, norod mengandung 0,35 mg noretindron
2. Moproval, moregeston, microlut mengandung 0,03 mg levonogestrol
3. Ouretem moegest mengandung 0,5 mg norgestrel
4. Exluton mengandung 0,5 mg linestrenol
5. Femulen mengandung 0,5 mg etinodiol diasetat.

2.5.8.12 Efek Samping

1. Gangguan haid
 2. Peningkatan/penurunan berat badan
 3. Payudara tegang
 4. Mual
 5. Pusing
 6. Perubahan mood
 7. Reaksi kulit alergis dan melasma, dermatitis
 8. Hirsutisme
 9. Obstripasi
 10. Varices dan kejang tungkai
 11. Libido berkurang
 12. Gangguan pembuluh
- (Marmi:2016).

2.5.8.13 Penanganan Efek Samping

Tabel 2.9 Efek samping

Efek samping	Penanganan
Amenorea	1) Pastikan hamil atau tidak hamil (cukup konseling) 2) Bila hamil hentikan pil 3) Bila diduga terjadi kehamilan ektopik, rujuk pasien (jangan

	berikan obat-obatan hormonal).
Perdarahan tidak teratur/spotting	Bila tidak menimbulkan masalah kesehatan, tidak perlu tindakan khusus. Berikan alternative kontrasepsi lain, bila pasien tidak dapat menerima kondisi tersebut.

2.5.9.13 Kerugian

1. Memerlukan biaya
2. Harus selalu tersedia
3. Efektifitas berkurang
4. Penggunaan mini pil bersamaan dengan obat tuberculosis atau epilepsy akan mengakibatkan efektifitas menjadi rendah.
5. Mini pil harus diminum setiap hari dan pada waktu yang sama
6. Angka kegagalan tinggi bila digunakan tidak benar dan konsisten
7. Tidak melindungi dari PMS termasuk HBV dan HIV/AIDS
8. Mini pil tidak menjamin akan melindungi dari kista ovarium

2.5.9.14 Cara Kerja

1. Menghambat ovulas
2. Mengubah dalam fungsi korpus luteum
3. Mencegah implantasi karena endometrium mengalami transformasi lebih awal
4. Mengentalkan lendir serviks
5. Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma menjadi terganggu.

2.5.9.15 Cara Minum Pil Progestin atau Minum Pil

1. Mini pil diminum setiap hari pada saat yang sama
2. Pil pertama diminum saat pertama siklus haid

3. Metode barrier digunakan pada waktu ke tujuh (4-6 minggu post partum)
4. Pasien 9 bulan post partum beralih menggunakan pil kombunasi
5. Bila pasien muntah dalam waktu 2 jam setelah menggunakan pil gunakan kontrasepsi lain jika akan melakukan hubungan seksual pada waktu 48 jam

2.5.9.16 Aturan Pil Lupa :

Cara minum pil yang terlupa selama 7 hari pertama antara lain :

1. Segera minum pil saat ingat dan menggunakan metode barrier selama 48 jam.
2. Bila lupa minum 1 atau 2 pil, segera minum pil yang terlupa menggunakan metode barrier sampai akhir bulan.

Hal yang perlu disampaikan pada pasien

1. Penggunaan mini pil merubah pola haid yang bersifat sementara.
2. Penggunaan pil menimbulkan efek samping seperti mual pusing ataupun nyeri payudara
3. Efektifitas mini pil berkurang bila dikonsumsi dengan obat tuberculosis ataupun epilepsy
4. Bila beberapa bulan mengalami haid teratur kemudian terlambat haid, kemungkinan terjadi kehamilan
5. Bila mengeluh perdarah bercak disertai nyeri hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik.
6. Masalah penglihatan kebut, nyeri kepala hebat, hipertensi atau masalah vaskuler
7. Segera ke pelayanan kesehatan bila menjumpai masalah-masalah di atas.

2.5.10 Suntikan KB

Junkman dkk tahun 1957 menemukan NET dan *Upjohn Company* di AS menemukan DMPA berasal dari hormone alamiah progesteron. Jenis KB suntik.

2.5.10.1 Injeksi atau suntikan

Injeksi atau suntikan KB DMPA menurut (Manuaba dkk., 2010), ialah depo provera yang mengandung *medroxy progesterone* asetat 150 mg, diberikan pada interval 12 minggu. Depo peovera (3 ml/150 mg atau 1 ml/150 mg) diberikan setiap 3 bulan (12 minggu) *Depo provera* ialah 6-alfa-metroksiprogesteron yang digunakan untuk tujuan kontrasepsi parenteral, mempunyai efek progesterone yang kuat dan sangat efektif. Obat ini termasuk obat depot. Noristerat termasuk dalam golongan kontasepsi ini. Mekanisme kerja kontrasepsi ini sama seperti kontrasepsi hormonal lainnya. Depo –provera sangat cocok untuk program postpartum oleh karena tidak mengganggu laktasi. Disimpan dalam suhu 20-25°C.

2.5.10.2 Standar asuhan KB suntik DMPA

1. Standar pelayanan KB suntik DMPA
 - a. Kons konseling pra tindakan
 - b. Cara kerja kontrasepsi dalam mencegah kehamilan
 - c. Kerugian dan keuntungan termasuk efek samping terutama yang berhubungan dengan masa haid dan permasalahan.
 - d. Penimbangan berat badan
 - e. Ukur tekanan darah
 - f. Waktu kembali untuk suntik selanjutnya.
2. Cara kerja

Mekanisme metode suntik keluarga berencana (KB) tribulan yaitu :

- a. Menghalangi terjadinya ovulasi dengan jalan menekan pembentukan releasing dan hipotalamus.
 - b. Leher serviks bertambah kental, sehingga menghambat penetrasi sperma melalui serviks uteri.
 - c. Menghambat imlantasi ovum endometrium.
3. Efektifitas
- Efektifitas KB suntik tribulan sangat tinggi, angka kegagalan kurang dari 1 %. *World Health Organization* (WHO) telah melakukan penelitian pada DMPA dengan dosis standart dengan angka kegagalan 0,7%, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang ditentukan.
4. Keuntungan
- a. Efektifitas tinggi.
 - b. Sederhana pemakaiannya.
 - c. Cukup menyenangkan bagi akseptor (injeksi hanya 4 kali dalam setahun).
 - d. Cocok untuk Ibu yang menyusui anaknya.
 - e. Tidak berdampak serius terhadap gangguan pembekuan darah dan jantung karena tidak mengandung hormone estrogen.
 - f. Dapat mencegah kanker endometrium, kehamilan ektopik, serta beberapa penyebab penyakit akibat radang panggul.
5. Menurunkan krisis anemia bulan sabit (*sickle cell*).
Kekurangan
- a. Terdapat gangguan haid seperti amenore, spotting, metroragia dan menoragia.
 - b. Timbulnya jerawat di badan atau wajah dapat disertai infeksi atau tidak bila digunakan dalam jangka panjang.

- c. Berat badan yang bertambah 2,3 kilogram pada tahun pertama dan meningkat 7,5 kg selama enam tahun.
- d. Pusing dan sakit kepala.
- e. Bisa menyebabkan warna biru dan rasa nyeri pada daerah suntikan akibat perdarahan bawah kulit.

6. Indikasi

- a. Ibu usia refroduksi (20-34 tahun).
- b. Ibu pascapartum.
- c. Ibu pascakeguguran.
- d. Ibu yang tidak dapat menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen.
- e. Nulipada dan yang telah mempunyai anak banyak serta belum bersedia untuk KB tubektomi.
- f. Ibu yang sering lupa menggunakan KB pil.
- g. Anemia difisiensi besi.
- h. Ibu yang tidak memiliki riwayat darah tinggi.
- i. Ibu yang sedang menyusui.

7. Kontraindikasi

- a. Ibu hamil atau dicurigai hamil.
- b. Ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- c. Diabetes yang disertai komplikasi.
- d. Perdarahan pervaginaan yang belum jelas penyebabnya.

8. Waktu mulai menggunakan

- a. Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid.

- b. Bila suntikan pertama diberikan setelah hari ke-7 siklus haid dan pasien tidak hamil. Pasien tidak boleh melakukan hubungan seksual untuk 7 hari lamanya atau penggunaan metode kontrasepsi yang lain selama masa waktu 7 hari.
 - c. Jika pasien pascapersalinan >6 bulan, menyusui serta belum haid, suntikan pertama dapat diberikan, asal saja dapat dipastikan ibu tidak hamil.
 - d. Bila pascapersalinan 3 minggu dan tidak menyusui, suntikan kombinasi dapat diberikan.
 - e. Ibu pascakeguguran, suntikan progestin dapat diberikan.
 - f. Ibu dengan menggunakan metode kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan hormonal progestin, maka suntikan dapat langsung diberikan tanpa menunggu haid. Bila ragu lakukan tes kehamilan terlebih dahulu.
 - g. Bila kontrasepsi sebelumnya juga kontrasepsi hormonal, dan Ibu mengganti ingin mengganti dengan suntikan hormonal maka suntikan hormonal dapat diberikan sesuai jadwal kontrasepsi sebelumnya.
 - h. Bila sebelumnya IUD dan ingin menggantinya dengan suntikan hormonal, maka suntikan pertama diberikan hari 1-7 siklus haid, cabur negara IUD.
9. Cara penggunaan
- a. Kontrasepsi suntikan DMPA diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuscular yang dalam didalam pantat. Apabila suntikan diberikan terlalu dangkal, penyerapan kontrasepsi suntikan akan lambat dan tidak bekerja segera dan efektif.

Suntikan diberikan setiap 90 hari. Pemberian kontrasepsi suntikan Noristerat untuk injeksi berikutnya diberikan setiap 8 minggu. Mulai injeksi kelima diberikan setiap 12 jam minggu.

- b. Bersihkan kulit yang akan disuntik dengan kapas alkohol yang dibasahi oleh *etil isopropyl alcohol* 60-90%. Biarkan kulit kering sebelum disuntik. Setelah kulit kering baru disuntik.
- c. Kocok dengan baik dan hindarkan terjadinya gelembung-gelembung udara. Kontrasepsi suntik tidak perlu didinginkan. Bila terdapat endapan putih pada dasar ampul, upayakan menghilangkannya dengan menghangatkannya.

2.5.10.3 Kontrasepsi Suntik Kombinasi

Jenisnya : *cyclofem* berisi 25mg DMPA dan 5mg *Estradiol sipionat* yang diberikan setiap bulan dengan cara disuntik intramuscular, kombinasi 50mg Noretindrone Enantat dan 5mg Estradiol Valerat yang diberikan setiap bulan dengan cara intramuscular.

a. Indikasi :

Usia produksi, telah memiliki anak ataupun yang belum memiliki anak, ingin mendapat kontrasepsi dengan efektivitas tinggi, pasca persalinan dan tidak menyusui, nyeri haid hebat, sering lupa menggunakan pil.

b. Efektifitas

Sangat efektif yaitu 0,1-0,4 kehamilan per 100 perempuan per tahun.

c. Keuntungan

- 1) Resiko terhadap kesehatan kecil
- 2) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri

- 3) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam
- 4) Klien tidak perlu menyimpan pil kontrasepsi
- 5) Efek samping kecil
- d. Cara Pemberian Kontrasepsi Suntik Progestin dan Kombinasi
- e. Persiapan yang Dilakukan Petugas
 - 1) Cuci tangan dengan sabun dan bilas dengan air mengalir keringkan dengan handuk.
 - 2) Buka dan buang tutup kaleng pada vial yang menutupi karet.
 - 3) Bila menggunakan jarum dan seprit sekali pakai, segera buka plastiknya.
 - 4) Pasang jarum pada semprit suntik dengan memasukkan jarum jam pada mulut semprit penghubung
 - 5) Balikkan vial dengan mulut vial di bawah
- f. Persiapan Daerah Suntik
 - 1) Bersihkan kulit yang akan disuntik dengan kapas alcohol
 - 2) Biarkan kulit tersebut kering sebelum dapat disuntik.
 - 3) Peralatan
 - 4) Depo provera, cyclofem
 - 5) Semprit suntik dan jarumnya (sekali pakai).
 - 6) Alcohol 60-90% dan kapas.
- g. Teknik Suntikan
 - a) Kocok botol dengan baik
 - b) Suntikkan secara intramuscular dalam di daerah pantat (daerah glutea)

2.5.11 Implan/Susuk Kb

Implan adalah alat kontrasepsi berupa kapsul kecil karet terbuat dari silicon, berisi levonorgestrel, terdiri 6 kapsul kecil dan panjang 3 cm sebesar batang korek api yang disusukkan di bawah kulit lengan atas bagian dalam oleh dokter atau bidan. obat yang terdapat dalam setiap batang akan berdifusi secara teratur masuk ke dalam peredaran darah.

2.5.11.1 Jenis Implan

- a. non biodegradable implant dibedakan menjadi 2 macam yaitu,
 - 1) norplan, terdiri dari 6 batang silastik yang berisi dengan hormone levonogestrel dan ujung-ujungkapsul ditutup dengan silastik adhesive. sangat efektif mencegah kehamilan untuk 5 tahun.
 - 2) norplan-2, terdiri dari 2 batang silastik yang padat sangat efektif untuk mencegah kehamilan 3 tahun.
- b. biodegradable implant yang sedang diuji coba saat ini yaitu: capronor dan narethindrone Pellets

2.5.11.2 cara kerja implant atau AKBK

mencegah terjadinya kehamilan melalui beberapa cara: mencegah ovulasi, mengganggu proses pementukan endometrium, perubahan lendir serviks menjadi kental sehingga menghambat pergerakan sperma.

2.5.11.3 efektifitas dalam mencegah kehamilan

angka kegagalan norplan < 1 per 100 wanita per tahun dalam 5 tahun pertama. efektifitas norplan berkurang sedikit setelah 5 tahun dan pada tahun ke-6 kira-kira 2,5-3% akseptor menjadi hamil, norplan-2 sama efektifnya dengan norplan.

2.5.11.4 keuntungan susuk KB

- a. Keuntungan Kontrasepsi
 - 1) daya guna tinggi
 - 2) perlindungan jangka panjang
 - 3) pengembalian tingkat kesuburan yang cepat

- 4) tidak memerlukan pemeriksaan dalam
 - 5) bebas dari pengaruh estrogen
 - 6) tidak mengganggu ASI
 - 7) tidak mengganggu kegiatan seksual
 - 8) klien hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan
 - 9) dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan.
- b. keuntungan non kontrasepsi
- 1) mengurangi nyeri haid, jumlah darah haid, anemia
 - 2) melindungi terjadinya kanker endometrium
 - 3) menurunkan angka kejadian kelainan jinak payudara
 - 4) melindungi diri dari penyakit radang panggul
 - 5) menurunkan angka kejadian endometritis.

2.5.11.5 efek samping susuk KB

nyeri kepala, peningkatan/penurunan berat badan, nyeri payudara, mual, pusing, perubahan perasaan, timbul jerawat, vagina menjadi kering, butuh tindakan pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan, tidak memberikan protektif terhadap infeksi menular termasuk AIDS, klien tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi ini sesuai dengan keinginan akan tetapi harus pergi ke klinik untuk pencabutan.

2.5.11.6 indikasi susuk KB

usia reproduksi, tidak memiliki anak, menghendaki kontrasepsi yang memiliki efektifitas tinggi dan menghendaki pencegahan kehamilan jangka panjang, menyusui dan belum membutuhkan kontrasepsi, pasca persalinan tidak menyusui, pasca keguguran, tidak menginginkan anak lagi, riwayat kehamilan ektopik, tekanan darah <180/100mmHg, tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal yang mengandung estrogen, sering lupa menggunakan pil.

2.5.11.7 Tanda Bahaya Susuk KB

pusing, sakit kepala, perdarahan banyak atau infeksi pada tempat susukan harus segera ke dokter.

2.5.11.8 Cara Menanggulangi Efek Samping Implant

1. jika terjadi amenorrhoe berikan penyuluhan, jika terjadi spotting berikan pil KB kombinasi 2 tablet per hari selama 2-5 hari, atau ganti pil dengan dosis rendah.
2. jika berat badan menurun berikan vitamin penambah nafsu makan
3. bila terjadi infeksi rawat luka bila belum berhasil dirujuk.
4. bila terjadi depresi, mual berikan vitamin B6 50 mg 3 x 1 tablet/hari
5. bila terjadi migraine dirujuk
6. bila libido menurun, anjurkan kontrasepsi non hormonal, rujuk.
7. bila timbul jerawat, anjurkan kontrasepsi hormonal, rujuk.

2.5.11.9 Cara Pemasangan

a. Langkah-Langkah Pemasangan

- 1) Minta klien untuk membersihkan seluruh lengan dengan sabun.
- 2) Cuci tangan dengan air sabun, keringkan dengan handuk
- 3) Atur alat dan bahan sehingga mudah dicapai, hitung kapsul untuk memastikan jumlahnya
- 4) Gunakan sarung tangan dengan benar
- 5) Suci permukaan daerah pemasangan ± 3 jari di atas lipatan siku.
- 6) Pasang duk berlobang steril atau dtt disekeliling pergelangan pasien
- 7) Lakukan anestesi local menyeluruh di daerah yang akan dipasang implant/akbk dengan benar.
- 8) Menguji anestesi sebelum melakukan insisi pada kulit yang akan dipasang implant

- 9) Dengan bisturi, lakukan sayatan hingga dibawah kulit (jangan terlalu dalam dan jangan terlalu dangkal) selebar 1-2 cm
- 10) Masukkan trocar dengan benar.
- 11) Masukkan kapsul implant di bawah kulit dengan benar
- 12) Melakukan perabaan pada kapsul yang telah terpasang.
- 13) Menekan tempat insisi dengan kasa untung menghentikan perdarahan (kalau ada)
- 14) Sucihamakan lagi, mendekatkan tepi luka, kemudian tutup dengan plester.
- 15) Memasang pembalut tekan dengan kasa steril
- 16) Beri petunjuk pada klien cara merawat luka
- 17) Lakukan proses dekontaminasi
- 18) Melepas sarung tangan secara terbalik
- 19) Cuci tangan dengan sabun dan air, keringkan dengan handuk
- 20) Buat rekam medic, pencatatan pada buku
- 21) Observasi klien selama 5 menit sebelum mengijinkan pulang.
- 22) Control dilakukan bila ada keluhan-keluhan.

b. Langkah Melepas Implan

- 1) Persilakan klien untuk mencuci seluruh lengan dan tangan dengan sabun dan air yang mengalir, serta membilasnya.
- 2) Persilakan klien berbaring ditempat tidur.
- 3) Raba kapsul untuk menentukan posisi atau lokasi implant dengan palpasi.

- 4) Kemudian beri tanda pada kedua ujung setiap kapsul dengan menggunakan spidol
- 5) Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir, keringkan.
- 6) Lakukan tindakan aseptik dan antiseptic
- 7) Pastikan klien tidak alergi terhadap obat anestesi. Isi alat suntik dengan 3ml obat anestesi. Masukkan jarum tepat dibawah kulit pada tempat insisi akan dibuat, kemudian lakukan aspirasi untuk memastikan jarum tidak masuk ke dalam pembuluh darah.
- 8) Pada lokasi yang sudah dipilih, buat insisi melintang yang $\pm 2-3\text{mm}$ dengan menggunakan skapel.
- 9) Mulai dengan mencabut kapsul yang mudah diraba dari luar
- 10) Dorong ujung kapsul ke arah insisi dengan jari tangan ujung kapsul tampak pada luka insisi, masukkan klem lengkung dengan lengkungan jepitan mengarah ke atas, kemudian jepit ujung kapsul dengan klem tersebut.
- 11) Jepit kapsul yang sudah terpatap menggunakan klem kedua.
- 12) Lakukan hal yang sama sampai semua implant keluar, rapatkan luka, tutup dengan plester kasa steril dan balut dengan perban (Marmi:2016).

2.5.12 Metode Kontrasepsi Modern AKDR (IUD)

2.5.12.1 Pengertian Akdr

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) adalah satu alat kontrasepsi modern yang telah dirancang sedemikian rupa (baik bentuk, ukuran, bahan dan masa aktif fungsi kontrasepsinya) yang dimasukkan ke dalam rahim yang sangat efektif, reversible dan berjangka panjang, dan

dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduktif sebagai suatu usaha pencegahan kehamilan.

2.5.12.2 Jenis-Jenis AKDR

Menurut kandungannya AKDR dibedakan menjadi AKDR hormonal dan AKDR Non Hormonal.

2.5.12.3 AKDR Non-Hormonal

terbuat dari benang sutra dan logam sampai generasi plastic (*polietilen*) baik yang ditambah obat atau tidak

2.5.12.4 IUD yang mengandung hormonal

1. Progestasert-T = Alza T
2. LNG 20 mengandung 56-60 mg *Levonorgestrel* dengan pelepasan 20µg per hari.

Menurut sifat dibedakan menjadi 2 yaitu:

- a. AKDR inert (netral) tidak mengandung bahan aktif.
- b. AKDR bidaktif mengandung bahan aktif seperti tembaga, perak dan progesteron

Menurut bentuknya dibedakan menjadi 2 yaitu

- a. AKDR terbuka (berbentuk linier), contoh : *Lippes Loop, Soft T Coil, Shields, Cu-7, Cu-T, Spring Coil, Progestasert (Alza T), Multi Load, Marguiles Spiral, Nova-T*
- b. AKDR tertutup (berbentuk cincin), contoh : Ota Ring, Stainless Ring, Antigen F, Ragab Ring, Cincin Grafenberg, Altigeon, dan Graten Ber Ring.

menurut kandungan bahan tambahan dibedakan menjadi 2 yaitu :

- 1) *Medicated IUD, missal Cu T 200 (daya kerja 3 tahun), Cu T 220 (daya kerja 3 tahun), dll*
- 2) *Un Medicated IUD, missal Lippes Loop, Marguiles, Saf-T coil, Antigon.*

menurut tipe-tipenya diadibedakan menjadi beberapa macam, yaitu:

- 1) IUD yang Tidak Mengandung Obat

- a) *Lippes Loop* (dari bahan plastic dan diisi dengan barium sulfat). cincin baja tahan karat yang fleksibel.
- b) Nova T dari bahan tembaga, perak, lengan yang fleksibel dan sebuah lengkungan besar yang juga fleksibel pada ujung bawah untuk menghindari cedera jaringan serviks

2) IUD Pelepas-Hormon

- a) Progestasert
- b) LNG-20 (berbentuk T mempunyai kerah yang melekat pada lengan vertical, yang menandung 52 mg *levonogestrel* yang terdispersi dalam polidimetilsiloksan dan dilepas pada kecepatan 15ig setiap hari in vivo.

c) IUD Masa Depan

modifikasi IUD termbaga sedang di seluruh dunia. IUD yang beredar di Indonesia, yaitu :

- (1)IUD Copper T, terbentuk dari rangka plastic yang lentur dan tembaga yang berada pada kedua lengan IUD dan batang IUD.
- (2)IUD Nova T, terbentuk dari rangka plastic dan tembaga, ujungnya berbentuk agak melengkung tanpa ada tembaga, hanya pada batang IUD yang ada tembaga.
- (3)IUD Mirena, terbentuk dari rangka plastic yang dikelilingi oleh silinder pelepas hormone Levonolgestrel sehingga dapat dipakai oleh ibu menyusui karena tidak menghambat ASI.

2.5.15.5 Keuntungan Akdr

- 1. AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan

2. metode jangka panjang (10 th dan tidak perlu diganti)
3. sangat efektif karena tidak perlu mengingat-ingat
4. tidak mempengaruhi hubungan seksual
5. meningkatkan kenyamanan seksual, tidak perlu takut hamil
6. tidak ada efek samping hormon dengan Cu AKDR
7. tidak mempengaruhi kualitas ASI
8. dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus
9. dapat digunakan sampai menopause
10. tidak ada interaksi dengan obat-obat
11. membantu mencegah kehamilan ektopik
12. AKDR modern bersifat efektif dan berkerja lama, sementara AKDR tembaga harganya sangat murah.
13. LNG-IUS memiliki manfaat tambahan selain kontrasepsi dan semakin sering digunakan untuk penatalaksanaan masalah-masalah ginekologis. Alat ini mengurangi secara nyata jumlah darah menstruasi dan dismenore serta dapat bermanfaat dalam terapi menoragia.
14. AKDR umumnya sangat mudah dikeluarkan dan pemulihan kesuburan berlangsung cepat.

2.5.15.6 Kerugian/Efek Samping Akdr

1. Dapat terjadi kehamilan diluar kandungan atau abortus spontan
2. keluhan suami
3. efek samping yang umum terjadi : perubahan siklus haid, haid lebih lama dan banyak, perdarahan antar menstruasi, saat haid lebih sakit

4. komplikasi lain : merasa sakit dan kram perut selama 3-5 hari setelah pemasangan, sedikit nyeri dan perdarahan setelah pemasangan AKDR, perdarahan hebat diwaktu haid, perforasi dinding uterus, tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS, tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau sering berganti pasangan, penyakit radang panggul dapat terjadi setelah wanita dengan IMS memakai AKDR, prosedur medis termasuk pemeriksaan pelvic diperlukan dalam pemasangan AKDR, klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri, mungkin AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui, tidak mencegah terjadinya kehamilan ektopik karena fungsi AKDR untuk mencegah kehamilan normal, perempuan harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu.

2.5.15.7 Indikasi Penggunaan Akdr

1. Usia reproduksi
2. Keadaan nulipara
3. Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang
4. Perempuan menyusui yang menginginkan kontrasepsi
5. Setelah menyusui dan tidak ingin menyusui bayinya
6. Setelah abortus dan tidak terlihat adanya infeksi
7. Perempuan dengan risiko rendah IMS
8. Tidak menghendaki metode hormonal
9. Tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari.

10. Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama.
11. Gemuk ataupun kurus
12. perokok
13. Sedang memakai obat antibiotic dan anti kejang
14. Penderita tumor jinak maupun ganas payudara
15. Pusing-pusing dan nyeri kepala
16. Varises kaki dan vulva
17. Pernah menderita penyakit stroke, DM, liver dan empedu
18. Menderita hipertensi, jantung, malaria, skistomiasis, penyakit tiroid, epilepsi, atau TBC non pelvis.
19. Pasca KET.

2.5.15.8 Kontra Indikasi Akdr

1. Kontraindikasi Absolut
 - a. infeksi pelvis yang aktif
 - b. kehamilan atau persangkaan kehamilan
2. Kontraindikasi Relatif Kuat
 - a. Partner seksual yang banyak
 - b. pernah mengalami infeksi pervis
 - c. kesukaran memperoleh pertolongan gawat darurat bila terjadi komplikasi
 - d. cervitis aktu purulent
 - e. kelainan darah yang tidak diketahui sebabnya.
 - f. riwayat kehamilan ektopik atau keadaan yang menyebabkan predisposisi untuk terjadinya kehamilan ektopik
 - g. kelainan pembekuan darah
3. keadaan-keadaan lain yang dapat merupakan kontraindikasi untuk insersi AKDR
 - a. Penyakit katup jantung

- b. Keganasan endometrium
- c. Stenosis serviks yang berat.
- d. Uterus yang kecil sekali
- e. Endometriosis
- f. Dismenorre yang berat
- g. Darah haid yang banyak, haid yang ireguler atau perdarahan bercak
- h. Alergi terhadap Cu
- i. Anemia
- j. Ketidakmampuan untuk memeriksa sendiri ekor AKDR
- k. Riwayat *gonorrhoe*, *Chlamydia*, *syphilis* atau *herpes*
- l. Actinomycosis genitalia
- m. riwayat reaksi vaso vagal yang berat atau pingsan
- n. inkompatibilitas golongan darah misalnya Rh negatif.
- o. pernah mengalami problem ekspulsi AKDR
- p. Leukore atau infeksi vagina
- q. Riwayat infeksi pelvis dan operasi pelvis
- r. Keinginan untuk mendapatkan akan dikemudian hari atau pertimbangan kesuburan dimasa yang kana dating
- s. Tidak dipasang pada akseptor
- t. Diperkirakan adanya tumor, tumor rahim, tumor ovarium, myoma uteri cavum uteri kurang dari 5 cm.
- u. Adanya perdarahan pervagina yang belum jelas penyebabnya.

- v. Usia pemakai yang masih muda dan rawan terjangkit IMS, karena tingkat aktivitas seksual yang sangat tinggi.
- w. Mengidap penyakit trogloblas jinak.
- x. Tanda Bahaya Akdr

Harus segera ke dokter bila haidnya terlambat datang, atau perutnya sangat nyeri, menggigil, demam, keputihan, perdarahan banyak atau *spoting* (Marmi:2016).