

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori Medis

1. Teori Dasar Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

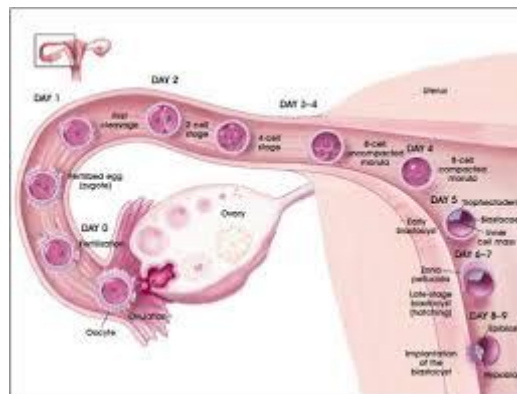
Menurut Prawirohardjo (2014) dalam Rahayu (2017:9), kehamilan adalah masa dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi menjadi 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, dan triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan.

b. Terjadinya Kehamilan

Menurut Rohani, dkk (2013:65), peristiwa prinsip pada terjadinya kehamilan :

- 1) Pembuahan/fertilisasi : bertemunya sel telur/ovum wanita dengan sel benih/spermatozoa pria
- 2) Pembelahan sel (zigot) hasil pembuahan tersebut
- 3) Nidasi/implantasi zigot tersebut pada dinding saluran reproduksi (pada keadaan normal : implantasi pada lapisan endometrium dinding kavum uteri)
- 4) Pertumbuhan dan perkembangan zigot-embrio-janin menjadi bakal individu baru

Kehamilan dipengaruhi berbagai hormon: estrogen, progesterone, human chorionic gonadotropin, human somatomammotropin, prolaktin dsb. *Human Chorionic Gonadotropin* (hCG) adalah hormon aktif khusus yang berperan selama awal masa kehamilan, berfluktuasi kadarnya selama kehamilan. Terjadi perubahan juga anatomi dan fisiologi organ-organ sistem reproduksi dan organ-organ sistem lainnya, yang dipengaruhi terutama oleh perubahan keseimbangan hormonal tersebut.



Gambar 2.1 Fisiologi Kehamilan

Sumber : Rahayu (2017:10)

c. Diagnosa Kebidanan

Dalam diagnosa kebidanan, tanda-tanda terjadinya kehamilan dibagi menjadi tiga, yaitu :

1) Gejala Tidak Pasti

Menurut Rahayu (2017:13), tanda gejala tidak pasti dalam kehamilan antara lain :

- a) Berhentinya menstruasi dan test gravindek positif (*Amenorea*)
- b) *Nausea, vomiting* (emesis) anoreksia
- c) Poliuri, obstipasi
- d) Hiperpigmentasi
- e) Varises, epulis
- f) Tanda *Hegar* : lunaknya segmen bawah rahim, dapat diperiksa dengan bimanual
- g) Tanda *Chadwick* : serviks berwarna kebiruan
- h) Tanda *Piscaseck* : pembesaran uterus karena terjadi nidasi
- i) Tanda *Braxton Hicks* : kontraksi otot-otot uterus yang tidak beraturan oleh karena ada massa di dalam uterus
- j) *Quickening* : terasa gerakan-gerakan anak oleh ibu.

2) Gejala Belum Pasti

Menurut Manuaba (2010:105), gejala belum pasti dari kehamilan yaitu :

- a) *Amenorea* (terlambat datang bulan). Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel *de Graaf* dan ovulasi. Dengan mengetahui hari pertama haid terakhir dengan perhitungan rumus *Naegle*, dapat ditentukan perkiraan persalinan.
- b) Mual dan muntah (*emisis*). Pengaruh estrogen dan progesterone menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan. Mual dan muntah terutama pada pagi hari disebut *morning sickness*. Dalam batas yang fisiologis, keadaan ini dapat diatasi. Akibat mual dan muntah, nafsu makan berkurang.
- c) Ngidam. Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam.
- d) Sinkope atau pingsan. Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan sinkop atau pingsan. Keadaan ini menghilang setelah usia kehamilan 16 minggu.
- e) Payudara tegang. Pengaruh estrogen-progesteron dan somatomamotrofin menimbulkan deposit lemak, air, dan garam pada payudara. Payudara membesar dan tegang. Ujung saraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama.

3) Gejala Pasti

Menurut Rahayu (2015:14), tanda gejala pasti dari kehamilan antara lain :

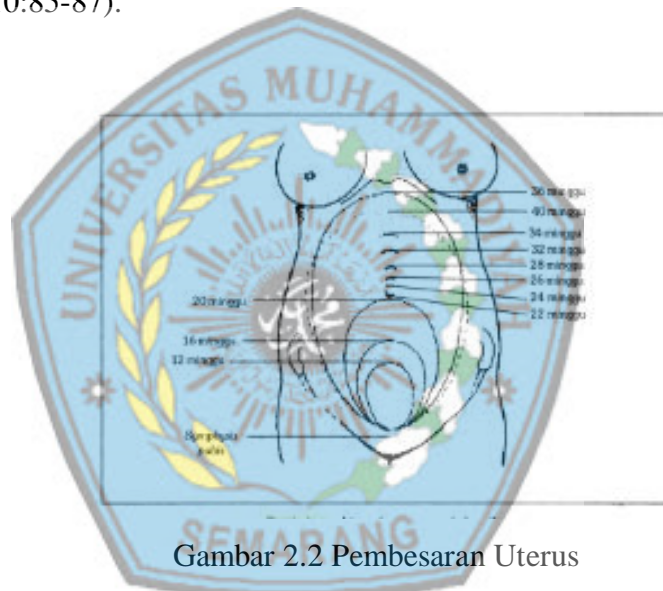
- a) Terdengar DJJ
- b) Teraba bagian-bagian janin
- c) Teraba gerakan-gerakan
- d) Terlihat kerangka janin pada foto rontgen
- e) Terlihat janin pada hasil USG

d. Perubahan Organ Sistem Reproduksi

Perubahan organ sistem reproduksi pada masa kehamilan, antara lain:

1) Uterus

Rahim dan uterus yang semula besarnya sejempol atau beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hyperplasia, sehingga menjadi seberat 1000 gram saat akhir kehamilan. Otot rahim mengalami hyperplasia dan hipertrofi menjadi lebih besar, lunak dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin (Manuaba, 2010:85-87).



Gambar 2.2 Pembesaran Uterus

Sumber : Mellyana (2008:25)

2) Vagina/Vulva

Menurut Ichesmi dan Margareth (2015:66), perubahan pada masa kehamilan terjadi hipervaskularisasi akibat pengaruh estrogen dan progesteron, warna menjadi kebiruan (*Tanda Chadwick*)

3) Ovarium

Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu. Kejadian ini tidak dapat lepas dari kemampuan vili korealis yang mengeluarkan

hormone korionik gonadotropin yang mirip dengan hormone luteotropik hipofisis anterior (Manuaba, 2010:92).

4) Payudara

Akibat pengaruh estrogen terjadi hyperplasia sistem duktus dan jaringan interstisial payudara. Hormon laktogenik plasenta (diantaranya samotomammotropin) menyebabkan hipertrofi dan pertambahan sel-sel asinus payudara, serta meningkatkan produksi zat-zat kasein, laktoalbumin, laktoglobulin, sel-sel lemak, kolostrum. Mammae membesar dan tegang, terjadi hiperpigmentasi kulit serta hipertrofi kelenjar Montgomery, terutama daerah areola dan papilla akibat pengaruh melanofor. Putting susu membesar dan meonjol (Ichesmi dan Margareth, 2015:67).

e. Pertumbuhan dan Perkembangan Hasil Konsepsi

Dalam pertumbuhan dan perkembangan hasil konsepsi, ada beberapa tahap antara lain :

1) Embrio usia 2-4 minggu

Menurut Rahayu (2017:14), pada saat usia kehamilan 2-4 minggu terjadi perubahan pada janin antara lain :

- a) Terjadi perubahan yang semula buah kehamilan hanya berupa satu titik telur menjadi satu organ yang terus berkembang dengan pembentukan lapisan-lapisan di dalamnya.
- b) Jantung mulai memompa cairan melalui pembuluh darah pada hari ke-20 dan hari berikutnya muncul sel darah merah yang pertama. Selanjutnya, pembuluh darah terus berkembang di seluruh embrio dan plasenta.

2) Embrio usia 4 minggu

Menurut Manuaba (2010:89), pada saat kehamilan usia 4 minggu terjadi perubahan antara lain :

- a) Panjang janin 7,5 – 10 mm
- b) Rudimenter: hidung, telinga, dan mata

3) Embrio usia 8 minggu

Menurut Manuaba (2010:89), pada saat usia kehamilan 8 minggu terjadi perubahan pada janin yaitu :

- a) Panjang janin 2,5 cm
- b) Kepala fleksi ke dada
- c) Hidung, kuping dan jari terbentuk

4) Embrio usia 12 minggu

Menurut Manuaba (2010:89), pada saat usia kehamilan 12 minggu terjadi perubahan pada janin yaitu :

- a) Panjang janin 9 cm
- b) Kuping lebih jelas
- c) Kelopak mata terbentuk
- d) Genitalia eksterna terbentuk

5) Embrio usia 16 minggu

Menurut Rahayu (2017:15), pada saat kehamilan 16 minggu terjadi perubahan pada janin yaitu :

- a) Gerakan fetal pertama (*Quickening*)
- b) Sudah mulai ada mekonium dan verniks caseosa
- c) Sistem muskuloskeletal sudah matang
- d) Sistem saraf mulai melaksanakan control
- e) Pembuluh darah berkembang dengan cepat
- f) Tangan janin dapat menggenggam
- g) Kaki menendang dengan aktif
- h) Semua organ mulai matang dan tumbuh
- i) Denyut jantung janin dapat didengar dengan Doppler
- j) Berat janin 0,2 kg

6) Janin usia 24 minggu

Menurut Rahayu (2017:16), pada saat kehamilan 24 minggu terjadi perubahan pada janin yaitu :

- a) Kerangka berkembang dengan cepat karena aktivitas pembentukan tulang meningkat

b) Perkembangan pernafasan dimulai

c) Berat janin 0,7-0,8 kg

7) Janin usia 28 minggu

Menurut Ichismi dan Margareth (2015:73), pada saat kehamilan 28 minggu terjadi perubahan pada janin yaitu :

a) Berat 1050 gram ; panjang 37 cm

b) Gerakan pernafasan mulai terlihat ; surfactant paru masih sangat rendah

8) Janin usia 32 minggu

Menurut Ichismi dan Margareth (2015:73), pada saat kehamilan usia 32 minggu terjadi perubahan pada janin yaitu :

a) Berat 1700 gram dan panjang 42 cm

b) Persalinan pada periode ini 5 dan 6 neonatus dapat bertahan

9) Janin usia 36 minggu

Menurut Rahayu (2017:16), pada saat kehamilan usisa 36 minggu terjadi perubahan pada janin yaitu :

a) Seluruh uterus terisi oleh bayi, sehingga ia tidak dapat lagi bergerak dan memutar banyak

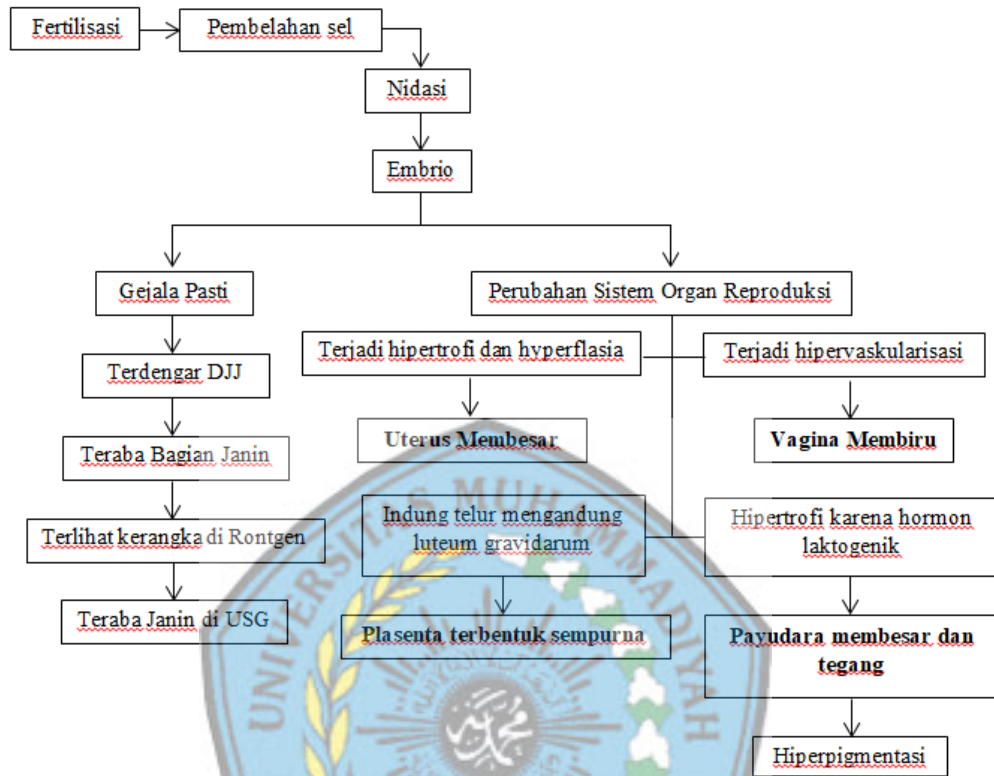
b) Antibodi ibu ditransfer ke janin, yang akan memberikan kekebalan selama 6 bulan pertama sampai bayi berkembang sendiri



Gambar 2.3 Perkembangan Hasil Konsepsi

Sumber : Miratu (2015:32)

f. Pathway Kehamilan



Bagan 2.1 Pathway Kehamilan

Sumber : Rahayu (2017), Rohani (2013), Manuaba (2010), Ichismi (2015)

2. Teori Dasar Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Ichismi dan Margareth, 2015:185).

Persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, dan membrane dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur. Mula-mula kekuatan

yang muncul kecil, kemudian terus meningkat sampai pada puncaknya pembukaan serviks lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu (Rohani dkk, 2013:2).

b. Tujuan Asuhan Persalinan

Menurut Rohani, dkk (2013:10), tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan, dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.

c. Tahapan Persalinan

Menurut Rahayu (2017:38), ada 3 tahapan persalinan, yaitu :

1) Awal Persalinan

Permulaan persalinan merupakan diagnose yang paling penting dalam kebidanan, oleh karena atas dasar penemuan inilah diambil keputusan-keputusan yang akan mempengaruhi penatalaksanaan persalinan, oleh karena itu ibu harus mengadakan kontak dengan bidan pada saat kontraksi uterus yang berirama dan teratur sudah mulai dirasakan, dan terjadi pada selang waktu 10 menit dan dirasakan sebagai ketidaknyamanan yang menyakitkan (Rahayu, 2017:38).

2) Pra-Persalinan

Pra-persalinan adalah istilah yang diberikan kepada minggu terakhir dari kehamilan pada saat dimana terjadi sejumlah perubahan (Rahayu, 2015:39).

3) *Lightening* (Peringatan)

Menurut Ichesmi dan Margareth (2015:210), *lightening* adalah fase yang mulai dirasakan kira-kira 2 minggu menjelang persalinan, adalah penurunan bagian presentasi kedalam pelvis minor. Pada persentasi sefalik, kepala bayi biasanya menancap (*engaged*) setelah *lightening*. *Lightening* adalah sebutan bahwa kepala janin sudah turun.

d. Sebab-Sebab Mulainya Persalinan

Menurut Rohani, dkk (2013:4), hal yang menjadi penyebab mulainya persalinan belum diketahui benar, yang ada hanyalah merupakan teori-

teori yang kompleks. Perlu diketahui bahwa ada 2 hormon yang dominan saat hamil, yaitu :

1) Esterogen

- a) Meningkatkan sensitivitas otot rahim
- b) Memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, serta rangsangan mekanis.

2) Progesteron

- a) Menurunkan sensitivitas otot rahim
- b) Menyulitkan penerimaan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, serta rangsangan mekanis
- c) Menyebabkan otot Rahim dan otot polos relaksasi

Esterogen dan progesterone harus berada dalam kondisi keseimbangan sehingga kehamilan dapat dipertahankan. Perubahan keseimbangan kedua hormon tersebut menyebabkan oksitosin yang dikeluarkan oleh hipofisis pars posterior dapat menimbulkan kontraksi *Braxton Hicks*. Kontraksi *Braxton Hicks* menjadi kekuatan dominan saat mulainya persalinan, oleh karena itu semakin tua kehamilan, frekuensi kontraksi semakin sering.

e. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Dalam persalinan ada beberapa faktor yang mempengaruhi, antara lain :

1) *Power*

Menurut Manuaba (2010:371), kekuatan persalinan dapat dilihat dari his. His yang normal mempunyai sifat kontraksi otot rahim mulai dari salah satu tanduk rahim, fundus dominan menjalar ke seluruh otot rahim, kekuatannya seperti memeras isi rahim. Yang telah berkontraksi tidak kembali ke panjang semula sehingga terjadi retraksi dan pembentukan segmen bawah Rahim.

2) *Passage/Panggul*

Menurut Rohani, dkk (2013:21), jalan lahir terdiri atas panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina dan

introitus. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku, oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai. Jalan lahir dibagi atas :

- a) Bagian keras: tulang-tulang panggul
- b) Bagian lunak: uterus, otot panggul dasar dan perineum

3) *Passenger*/Janin dan Plasenta

Menurut Manuaba (2010:374), kepala janin (bayi) merupakan bagian penting dalam proses persalinan dan memiliki ciri sebagai berikut :

- a) Bentuk kepala oval, sehingga setelah bagian besarnya lahir, maka bagian lainnya mudah lahir.
- b) Persendian kepala berbentuk kogel, sehingga dapat digerakkan ke segala arah, dan memberikan kemungkinan untuk melakukan putar paksi dalam.
- c) Letak persendian kepala sedikit ke belakang, sehingga kepala melakukan fleksi untuk putar paksi dalam.

4) Psikologis

Menurut Ichesmi dan Margareth (2015:200), psikologis adalah kondisi psikis klien, tersedianya dorongan positif, persiapan persalinan, pengalaman lalu, dan strategi adaptasi/*coping*.

5) Penolong

Menurut Rohani, dkk (2013:36), peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi ibu dan janin, dalam hal ini tergantung dari kemampuan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan.

f. Mekanisme Persalinan

Dalam persalinan ada beberapa tahap yang terjadi, antara lain :

a. *Engagement*

Menurut Ichesmi dan Margareth (2015:201), pada minggu-minggu akhir kehamilan atau pada saat persalinan dimulai kepala masuk lewat

PAP, umumnya dengan presentasi biparietal (diameter lebar yang paling panjang berkisar 8,5-9,5 cm) atau 70% pada panggul ginekoid).

b. *Descent*

Penurunan kepala janin sangat tergantung pada arsitektur pelvis dengan hubungan ukuran kepala dan ukuran pelvis sehingga penurunan kepala berlangsung lambat. Kepala turun ke dalam rongga panggul, akibat tekanan langsung dari his dari daerah fundus ke arah daerah bokong, tekanan dari cairan amnion, kontraksi otot dinding perut dan diafragma (mengejan), dan badan janin terjadi ekstensi dan menegang (Ichesmi dan Margareth, 2015:202).

c. *Flexion*

Menurut Rahayu (2017:48), sebelum persalinan mulai sudah terjadi fleksi sebagian oleh karena ini merupakan sikap alamiah janin dalam uterus. Tekanan terhadap penurunan kepala menyebabkan bertambahnya fleksi. Occiput turun mendahului siniciput. UUK lebih rendah daripada bregma dan dagu janin mendekati dadanya. Biasanya ini terjadi di PAP tetapi mungkin pula baru sempurna setelah bagian terendah mencapai dasar panggul. Efek daripada flexi adalah untuk merubah diameter terendah dari occipitofrontalis menjadi subocciput bregmatica yang lebih ke diameter transversa atau *oblique cil* dan lebih bulat. Oleh karena penyesuaian antara kepala janin dengan panggul ibu mungkin ketat pengurangan 1,5 cm dalam diameter terendah adalah penting.

d. *Internal Rotation*

Menurut Ichesmi dan Margareth (2015:204), *rotation interna* (putaran paksi dalam) selalu disertai turunnya kepala, putaran ubun-ubun kecil ke arah depan (ke bawah simfisis pubis), membawa kepala melewati distansia interspinarum dengan diameter biparietalis. Perputaran kepala (penunjuk) dari samping ke depan atau ke arah posterior (jarang) disebabkan:

- 1) Ada his selaku tenaga/gaya pemutar

2) Ada dasar panggul beserta otot-otot dasar panggul selaku tahanan

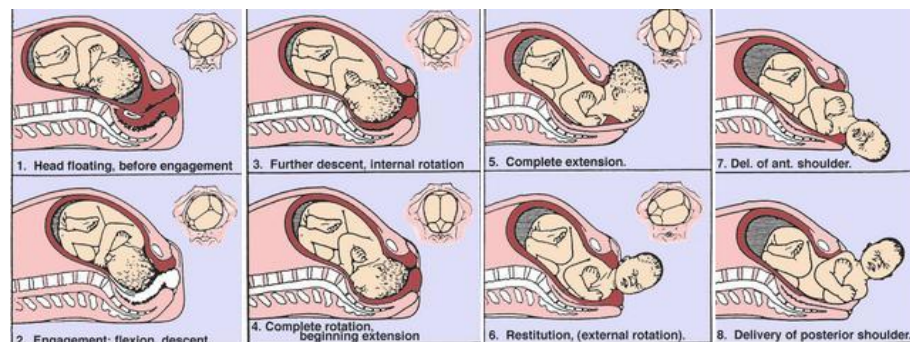
Bila tidak terjadi putaran paksi dalam umumnya kepala tidak turun lagi dan persalinan diakhiri dengan tindakan vakum ekstraksi. Pemutaran bagian depan anak sehingga bagian terendah memutar ke depan ke bawah simfisis.

e. *Extension*

Menurut Rahayu (2015:50), ekstensi pada dasarnya disebabkan oleh dua kekuatan kontraksi uterus yang menimbulkan tekanan ke bawah, dan dasar panggul yang memberikan tahanan perlu diperhatikan bahwa dinding depan panggul (*pubis*) panjangnya hanya 4 – 5 cm, sedangkan dinding belakang (*sacrum*) 10 – 15 cm, dengan demikian sinciput harus menempuh jarak yang lebih panjang daripada occiput dengan semakin turunnya kepala terjadilah penonjolan perineum diikuti dengan kepala membuka pintu (*crowning*). Occiput lewat melalui PAP perlahan-lahan dan tengkuk menjadi titik putar di angulus subpubicus. Kemudian dengan proses *extention* yang cepat sinciput sepanjang sacrum dan berturut-turut lahirnya brema, dahi, hidung, mulut dan dagu melalui perineum.

f. *External Rotation*

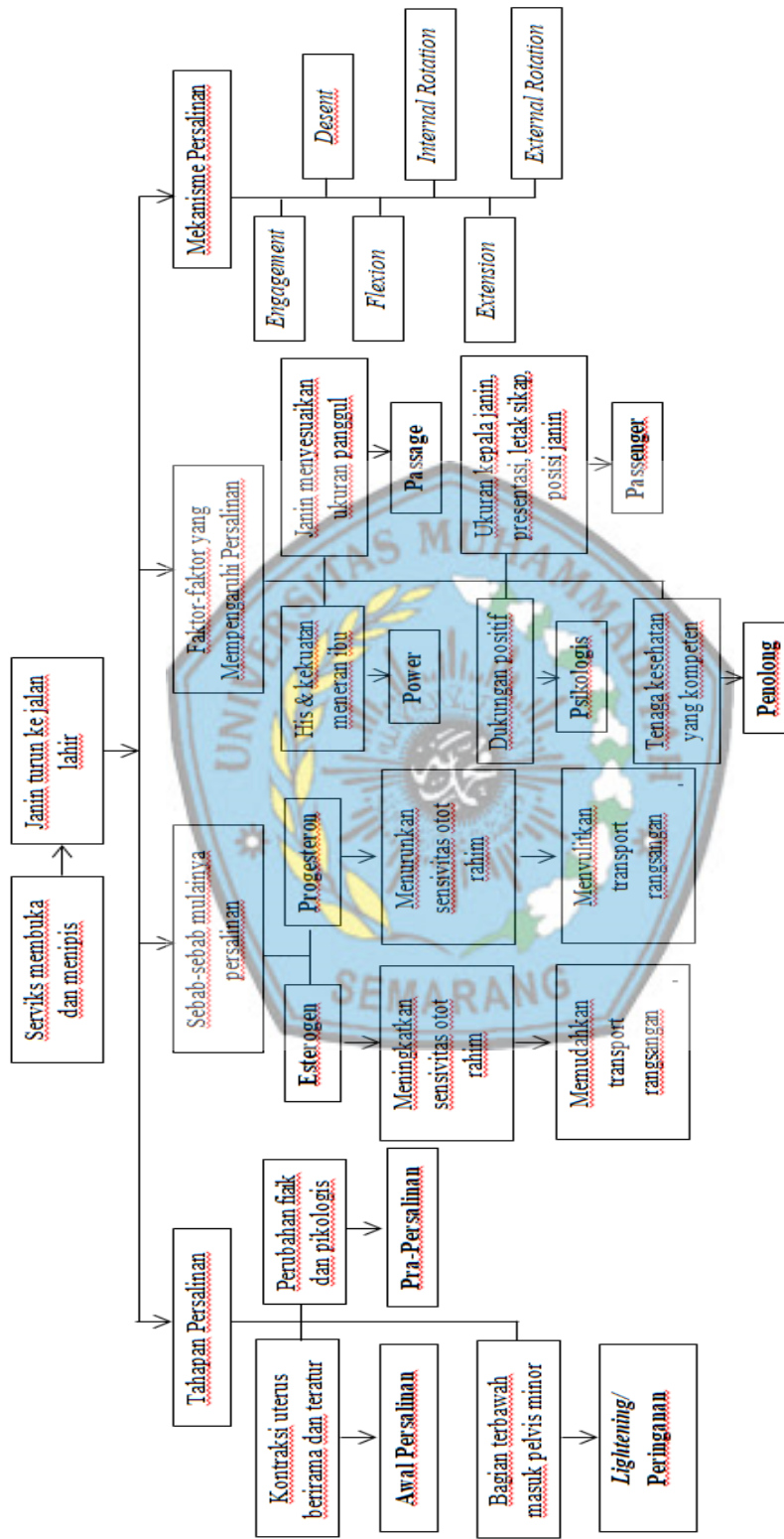
Menurut Ichesmi dan Margareth (2015:205), setelah seluruh kepala sudah lahir terjadi putaran kepala ke posisi pada saat engagement. Dengan demikian bahu depan dan belakang dilahirkan lebih dahulu dan diikuti dada, perut, bokong dan seluruh tungkai.



Gambar 2.4 Mekanisme Persalinan

Sumber : Ichesmi dan Margareth (2015:206)

g. Pathway Persalinan



Bagan 2.2 Pathway Persalinan

Sumber : Ichismi (2015), Rohani (2013), Rahayu (2017),

Manuaba (2010)

3. Teori Dasar Masa Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

Menurut Rahayu (2017:75), masa nifas adalah masa dimulai dari beberapa jam sesudah lahirnya plasenta dan mencakup enam minggu berikutnya dan kondisi tidka hamil, Masa ini disebut juga masa puerperium. Asuhan postnatal haruslah memberikan tanggapan terhadap kebutuhan khusus ibu selama masa yang istimewa.

Menurut Ball dan Hytten (1995) dalam Ichesmi dan Margareth (2015:315), masa nifas adalah masa setelah kelahiran bayi dan pengeluaran plasenta, ibu mengalami suatu periode pemulihan kembali kondisi fisik dan psikologisnya.

b. Perubahan-Perubahan Masa Nifas

Dalam masa nifas, ada beberapa perubahan yang terjadi, antara lain :

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

Menurut Rahayu (2017:76), dalam masa nifas terjadi perubahan uterus yaitu involusi uteri. Involusi uteri merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dnegan bobot hanya 60 gram.

Lokia adalah cairan rahim selama masa postnatal. Lokia mempunyai rekasi lokia yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lokia mempunyai bau amis (anyir), meskipun tidak terlalu menyengat, dan volumenya berbeda-beda oada setiap wanita. Lokia mengalami perubahan karena proses involusi.

Macam-macam lokia :

- (1) Lokia rubra: Lokia muncul pada hari pertama sampai ke empat masa postpartum. Warnanya merah mengandung darah dari robekan/luka pada plasenta dan serabut desidua dan choroin (Rahayu, 2017:77)

- (2) Lokia serosa: Lokia yang muncul pada hari ke lima sampai sembilan *postpartum*. Warnanya biasanya kekuningan atau kecoklatan. Lokia ini terdiri dari lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta (Ichesmi dan Margareth, 2015:321)
- (3) Lokia alba: Cairan vagina yang berwarna kuning hingga putih dan biasanya dimulai sekitar 10 hari *postpartum*; lokia alba dapat berlangsung selama 2 minggu hingga 6 minggu (Anita, 2014:26)

Tabel 2.1 Perubahan Uterus Masa Nifas

Involusi Uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram	7,5 cm
14 hari	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

Sumber : Risa dan Rika (2014:64)

b) Perinium, Vagina dan Vulva

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih mononjo. Pada ahri ke 5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur dari pada keadaan sebelum melahirkan (Ichesmi dan Margareth, 2015:322)

c) Payudara

Menurut Rahayu (2017:78), laktasi akan dimulai dengan perubahan hormone saat melahirkan dan bila wanita tidak menyusui dapat terjadi kongesti payudara selama beberapa hari pertama postnatal karena tubuh mempersiapkan untuk memberikan nutrisi kepada bayi. Wanita yang menyusui berespons terhadap stimulus bayi yang disusui dan akan terus melepaskan hormone yang akan merangsang alveoli untuk memproduksi susu.

2) Sistem Pencernaan

Seorang wanita dapat merasa lapar dan siap menyantap makanannya dua jam setelah persalinan. Kalsium amat penting untuk gigi pada kehamilan dan masa nifas, dimana pada masa ini terjadi penurunan konsentrasi ion kalsium karena meningkatnya kebutuhan kalsium pada ibu, terutama pada bayi yang dikandungnya untuk proses pertumbuhan janin, juga pada ibu dalam masa laktasi. Penekanan buah dada dalam kehamilan dan partus lama akan membatasi gerak peristaltic usus, serta bisa juga terjadi karena pengaruh psikis takut BAB karena ada luka jahitan perineum (Saleha, 2009:58).

3) Sistem Perkemihan

Distensi yang berlebihan pada kantung kemih adalah hal yang umum terjadi karena peningkatan kapasitas kadung kemih, pembengkakan, mamar jaringan disekitar uretra, dan hilangnya sesuai terhadap tekanan yang meningkat. Kandung kemih yang penuh menggeser uterus dan dapat menyebabkan retensi uri, pengosongan kandung kemih yang adekuat umumnya kembali dalam 5-7 hari setelah terjadi pemulihan jaringan yang bengkak dan memar. Laju filtrasi glomerulus (GFR) tetap meningkat kira-kira 7 hari setelah melahirkan. Ureter yang berdilatasi dan pelvis renal kembali ke keadaan sebelum hamil dalam 6-10 minggu setelah melahirkan (Rahayu, 2017:78).

4) Sistem Muskuloskeletal

Adaptasi sistem muskuloskeletal ibu yang terjadi selama ibu yang terjadi selama masa hamil berlangsung secara terbalik pada masa postpartum. Adaptasi ini mencakup hal yang membantu relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan pusat gravitasi ibu akibat pembesaran rahim. Stabilitas sendi lengkap pada minggu ke 6 sampai minggu ke 8 postpartum. Akan tetapi, semua sendi yang lain kembali normal sebelum hamil tetapi kaki wanita tidak mengalami perubahan setelah melahirkan (Rahayu, 2017:79)

5) Sistem Endokrin

Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin, terutama pada hormon-hormon yang berperan dalam proses tersebut untuk menghentikan pengeluaran darah (Saleha, 2009:60).

6) Sistem Kardiovaskuler

Setelah terjadi diuresis yang mencolok akibat penurunan kadar estrogen volume darah kembali kepada keadaan tidak hamil. Jumlah sel darah merah dan hemoglobin kembali normal pada hari ke 5. Meskipun kadar estrogen mengalami penurunan yang sangat besar selama masa postnatal, namun kadarnya tetap lebih tinggi daripada normal (Rahayu, 2017:80).

7) Sistem Hematologi

Hari pertama postpartum, konsentrasi hemoglobin dan hematokrit berfluktuasi sedang seminggu setelah persalinan, volume darah akan kembali ke tingkat sebelum hamil (Rahayu, 2017:80).

c. Tahapan Masa Nifas

Menurut Vivian dan Tri (2011:4), tahapan masa nifas dibagi menjadi 3, yaitu :

1) *Puerperium* Dini

Kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan, serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya.

2) *Puerperium Intermediate*

Suatu kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

3) *Remote Puerperium*

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi.

d. Asuhan Sayang Ibu pada Masa Nifas

Menurut Rahayu (2017:82), asuhan sayang ibu pada nifas adalah :

- 1) Bayi harus selalu berada dekat dengan ibunya dan pemberian ASI secara *on demand*
- 2) Pada ibu dan keluarga harus memberikan makanan yang bergizi dan istirahat yang cukup
- 3) Asuhan pada bayi baru lahir yang sesuai kebutuhan
- 4) Keluarga dianjurkan mensyukuri kelahiran bayinya
- 5) Ibu harus mendapatkan pendidikan kesehatan yang bermanfaat, misalnya konseling mengenai kontrasepsi

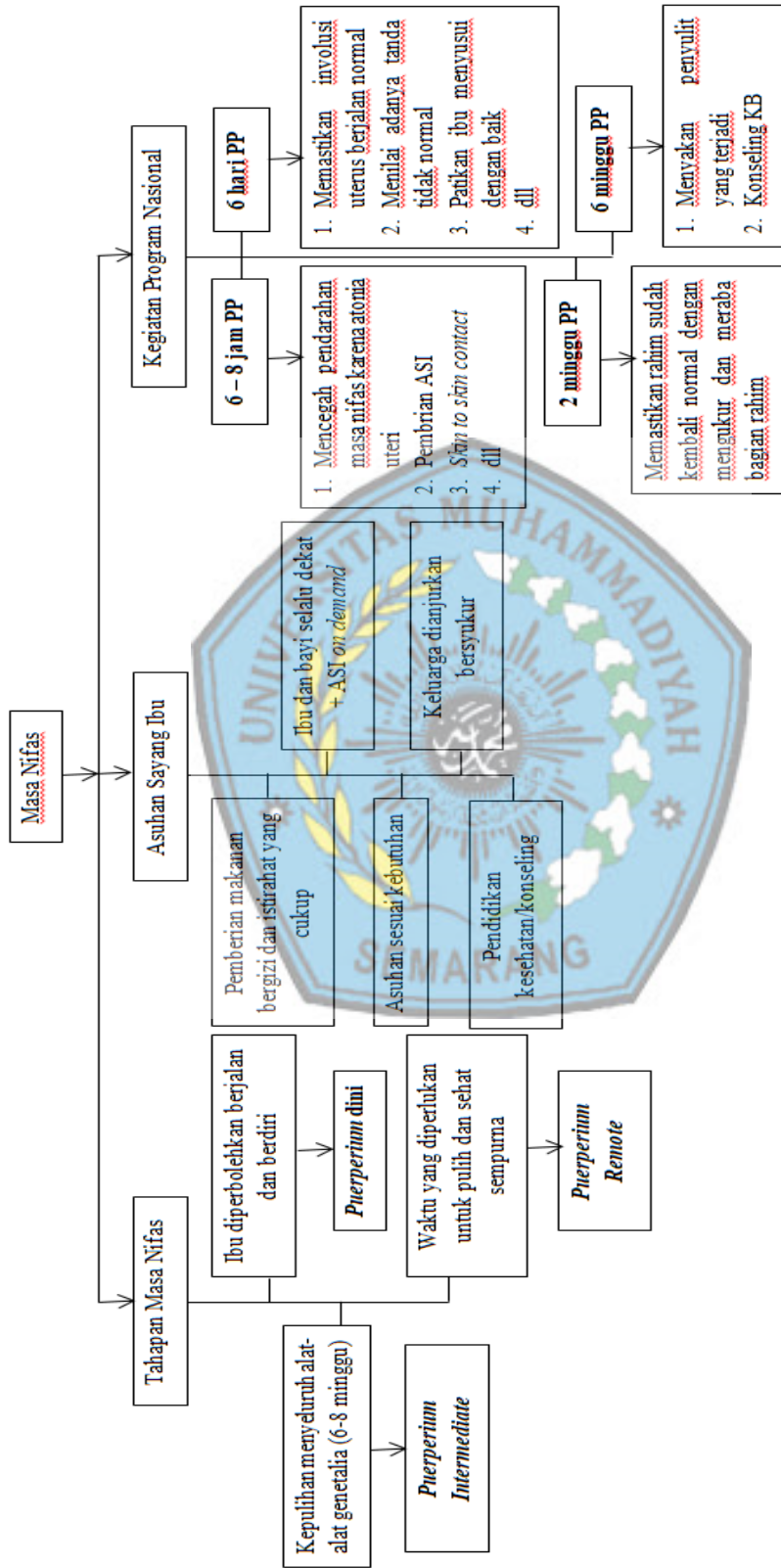
e. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Menurut Vivian dan Tri (2011:4-5), kebijakan program nasional masa nifas, yaitu :

- 1) 6-8 jam setelah persalinan
 - a) Mencegah pendarahan masa nifas karena atonia uteri
 - b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain pendarahan, rujuk bila pendarahan berlanjut
 - c) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah pendarahan masa nifas karena atonia uteri
 - d) Pemberian ASI awal
 - e) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
 - f) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi

- 2) 6 hari setelah persalinan
 - a) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada pendarahan abnormal, tidak bau
 - b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan pendarahan abnormal
 - c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
 - e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi dan tali pusat, serta menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari
- 3) 2 minggu setelah persalinan
Memastikan rahim sudah kembali normal dengan mengukur dan meraba bagian rahim
- 4) 6 minggu setelah persalinan
 - a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami
 - b) Memberikan konseling untuk KB secara dini

f Pathway Masa Nifas



Bagan 2.3 Pathway Masa Nifas

Sumber : Rahayu (2017), Ichismi (2015), Anita (2014), Saleha (2009), Vivian (2011)

4. Teori Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Menurut Saifuddin (2002) dalam Rahayu (2017:69), bayi baru lahir adalah bayi yang baru dilahirkan selama satu jam kelahiran.

Menurut Vivian (2013:1), bayi baru lahir disebut juga neonates merupakan individu yang sedang bertambah dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ektrauterin. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2.500-4.000 gram.

b. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Normal

Menurut Rahayu (2017:89), ciri-ciri bayi baru lahir normal adalah:

- 1) Berat badan 2.500 - 4.000 gram
- 2) Panjang badan 48 – 52 cm
- 3) Lingkar dada 30 – 38 cm
- 4) Lingkar kepala 33 -35 cm
- 5) Frekuensi jantung 120 – 160 kali/menit
- 6) Pernafasan \pm 40 – 60 kali/menit
- 7) Kulit kemerahan dan licin karena jaringan subkutan cukup
- 8) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- 9) Kuku agak panjang dan lemas
- 10) Genetalia: Perempuan labia mayora sudah menutupi labia mayora.
Laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada
- 11) Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- 12) Reflek morrow atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik
- 13) Reflek graps atau menggenggam sudah baik
- 14) Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan

c. Tahapan Bayi Baru Lahir

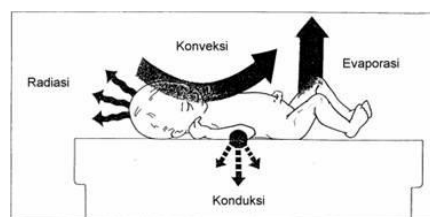
Menurut Vivian (2013:3), tahapan bayi baru lahir sebagai berikut:

- 1) Tahap I terjadi segera setelah lahir, selama menit-menit pertama kelahiran. Pada tahap ini digunakan system *scoring apgar* untuk fisik dan *scoring gray* untuk interaksi bayi baru lahir
- 2) Tahap II disebut tahap transisional reaktivitas. Pada tahap II dilakukan pengkajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku
- 3) Tahap III disebut tahap periodik, pengkajian dilakukan setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh

d. Mekanisme Kehilangan Suhu Tubuh

Menurut Rohani dkk (2013:251-252), kehilangan panas tubuh pada bayi baru lahir dapat terjadi melalui mekanisme berikut ini :

- 1) Evaporasi adalah cara kehilangan panas karena menguapnya cairan ketuban pada permukaan tubuh setelah bayi baru lahir karena tubuh tidak segera dikeringkan.
- 2) Konduksi adalah kehilangan panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Bayi diletakkan di atas meja, timbangan, atau tempat tidur.
- 3) Konveksi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi terpapar dengan udara sekitar yang lebih dingin, misalnya tiupan kipas angin, penyejuk ruangan tempat bersalin, dan lain-lain
- 4) Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi ditempatkan dekat benda yang mempunyai temperatur tubuh lebih rendah dari temperatur tubuh bayi. Bayi ditempatkan dekat jendela terbuka.



Gambar 2.5 Mekanisme Kehilangan Suhu Tubuh

Sumber : Kemenkes RI (2010:8)

e. Penilaian Apgar Score

Tabel 2.2 Penilaian APGAR Score

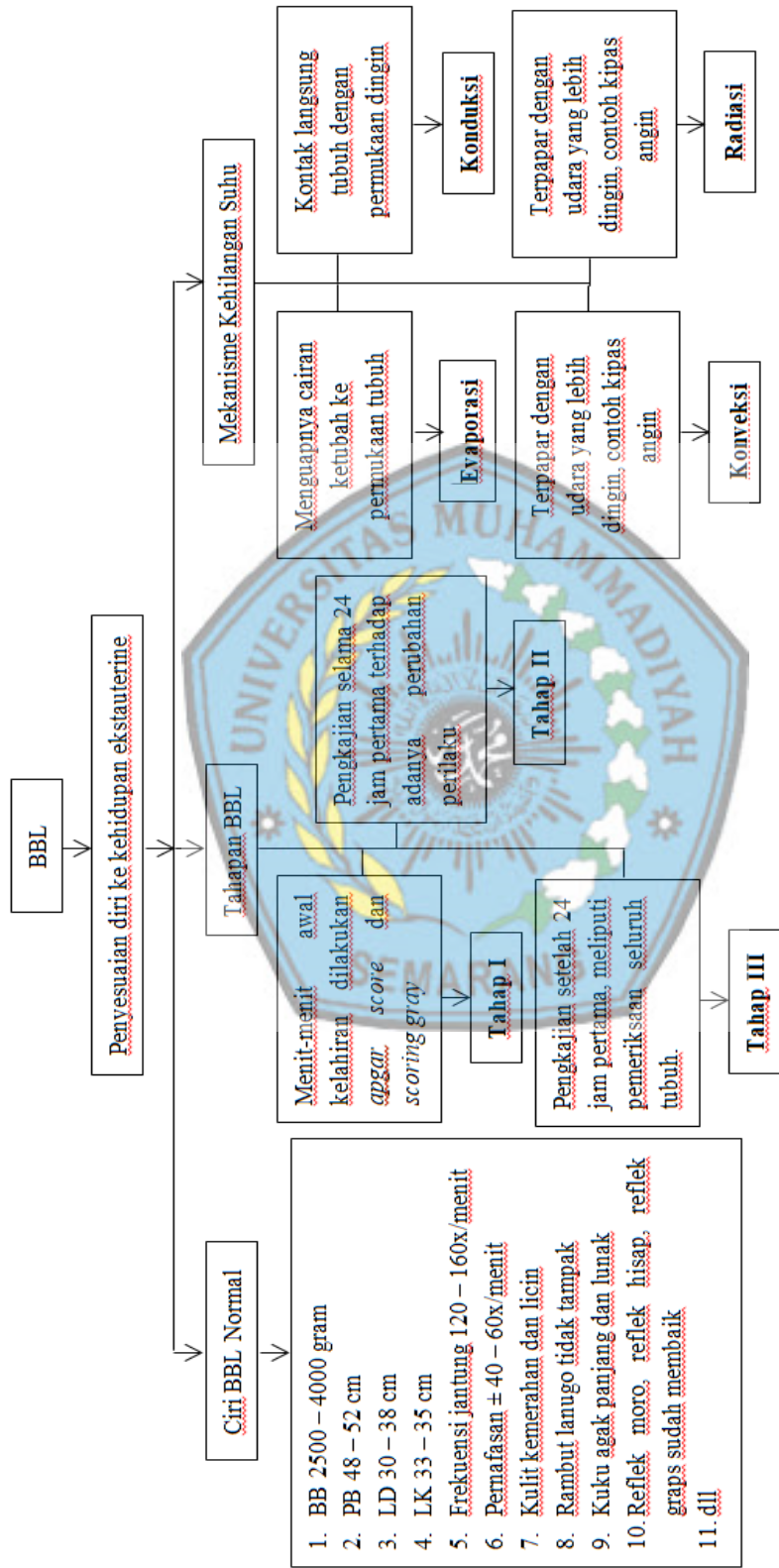
Tanda	0	1	2
<i>Appearance</i> (warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
<i>Pulse</i> (denyut jantung)	Tidak ada	<100	>100
<i>Grimace</i> (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
<i>Activity</i> (aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
<i>Respiration</i> (pernafasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis

Sumber : Vivian (2013:2-3)

f. Kunjungan Bayi Baru Lahir

- a) Kunjungan Neonatus 1 (KN 1) dilakukan kurun waktu 6 – 48 jam (1-2 hari) setelah bayi lahir, di lakukan pemeriksaan pernafasan, warna kulit, dan gerakan aktif atau tidak, di timbang, ukur panjang badan, lingkaran lenggan, lingkaran dada, pemberian salep mata, vitamin k dan hepatitis B
- b) Kunjungan Neonatus 2 (KN 2) dilakukan kurun waktu hari ke 3 sampai ke 7 setelah bayi lahir, di lakukan pemeriksaan fisik, penampilan dan perilaku bayi, nutrisi, eliminasi, personal hygiene, pola istirahat, keamanan, tanda-tanda bahaya yang terjadi.
- c) Kunjungan Neonatus 3 (KN 3) dilakukan kurun waktu hari ke 8 sampai ke 28 setelah bayi lahir, di lakukan pemeriksaan pertumbuhan dengan berat badan, tinggi badan, dan nutrisinya

g. Pathway Bayi Baru Lahir



Bagan 2.4 Pathway Bayi Baru Lahir

Sumber : Rahayu (2017), Vivian (2013), Rohani (2013)

5. Teori Dasar Keluarga Berencana

a. Pengertian Keluarga Berencana

Menurut Dyah dan Sujiyatini (2011:28), keluarga berencana adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera.

Sedangkan menurut Erna (2015:1), program KB adalah bagian yang terpadu (*integral*) dalam program pembangunan nasional dan bertujuan untuk menciptakan kesejahteraan ekonomi, spiritual dan social budaya penduduk Indonesia agar dapat dicapai keseimbangan yang baik dengan kemampuan produksi nasional.

b. Tujuan Keluarga Berencana

Tujuan utama program KB nasional adalah untuk memenuhi perintah masyarakat akan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi yang berkualitas, menurunkan tingkat kematian ibu bayi, dan anak serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi dalam rangka membangun keluarga kecil berkualitas (Dyah dan Sujiyatini, 2011:28).

Sedangkan secara filosofis, tujuan program KB adalah meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia (Erna, 2015:2).

c. Ruang Lingkup Program KB

Menurut Dyah dan Sujiyatini (2011:32), ruang lingkup KB meliputi :

- 1) Pemanfaatan PIK-KRR yang sudah ada
- 2) Pembentukan PIK-KRR yang baru terutama di Kabupaten/Kota yang belum memiliki PIK-KRR dalam rangka meningkatkan kualitas pengelolaan PIK-KRR
- 3) Pembinaan PIK-KRR dalam rangka meningkatkan kualitas pengelolaan PIK-KRR
- 4) Pelatihan bagi pendidik sebaya dan konselor sebaya

d. Metode Kontrasepsi

1) Metode Amenorea Laktasi (MAL)

a) Pengertian Metode Amenorea Laktasi

Metode Amenorea Laktasi adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya (Affandi, 2014:MK-1).

b) Keuntungan Metode Amenorea Laktasi

Menurut Dyah dan Sujiyatini (2011:69-70), keuntungan dari MAL yaitu :

(1) Keuntungan Kontrasepsi

(a) Efektifitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pascapersalinan)

(b) Segera efektif

(2) Keuntungan Nonkontrasepsi

(a) Untuk Bayi

i. Mendapatkan kekebalan pasif (mendapatkan antibody perlindungan lewat ASI)

ii. Sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal

iii. Terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain atau formula atau alat minum yang dipakai

(b) Untuk Ibu

i. Mengurangi perdarahan pascapersalinan

ii. Mengurangi resiko anemia

iii. Meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi

c) Keterbatasan MAL

Keterbatasan Kontrasepsi MAL menurut Affandi (2014:MK-2) yaitu :

- (1) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pascapersalinan
- (2) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi social
- (3) Efektifitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan
- (4) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/HBV dan HIV/AIDS

d) Indikasi Pengguna MAL

Menurut Dyah dan Sujiyatini (2015:70), yang dapat menggunakan MAL yaitu ibu yang menyusui secara eksklusif, bayinya berumur kurang dari 6 bulan, dan belum mendapatkan haid setelah melahirkan.

e) Kontra Indikasi Pengguna MAL

Menurut Dyah dan Sujiyatini (2015:72), yang seharusnya tidak memakai MAL yaitu :

- (1) Sudah mendapatkan haid setelah melahirkan
- (2) Tidak menyusui secara eksklusif
- (3) Bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan
- (4) Bekerja dan terpisah dari bayinya lebih lama dari 6 jam

2) Metode Keluarga Berencana Alamiah (KBA)

Metode Keluarga berencana alammi (KBA) menurut Affandi (2014:MK-7) adalah ibu harus belajar mengetahui kapan masa suburnya berlangsung, efektif bila dipakai dengan tertib, tidak ada efek samping dan pasangan secara sukarela menghindari senggama pada masa subur untuk mencapai kehamilan.

Macam-macam KBA menurut Affandi (2014:MK-7) yaitu :

a) *Metode Ovulassi Billings* (MOB)

Lendir serviks dapat di amati seorang wanita setiap harinya, pada saat setelah menstruasi lendir serviks itu sangat sedikit bisa dikatakan masa “kering”. Dimana saat itu estrogen dan progesteron sangat rendah, dan lendir tersebut adalah lendir masa tak subur. Kadang tampak sedikit lendir yang sangat lengket dan bila di rentangkan dua jari akan putus. Ketika ovum mulai matang, jumlah estrogen yang dihasilkan meingkat, hal ini menyebabkan peningkatan lendir serviks, hal ini yang menandai permulaan fase subur (Erna, 2015:32).

b) Metode Suhu Basal

Menurut Affandi (2014:MK-14).Metode suhu basal yaitu metode kontrasepsi untuk mengenali masa subur dengan mengukur suhu badan secara teliti dengan termometer khusus yang bisa mencatat perubahan suhu sampai $0,1^{\circ}$ C untuk mendeteksi, bahkan suatu perubahan kecil, suhu tubuh. Pakai Aturan Perubahan Suhu, yaitu :

- (1) Ukur suhu pada waktu yang hampir sama setiap pagi (sebelum bangkit dari tempat tidur) dan catat suhu pada kartu yang disediakan oleh instruktur KBA
- (2) Pakai catatan suhu pada kartu tersebut untuk 10 hari pertama dari siklus haid untuk menentukan suhu tertinggi dari suhu yang “normal, rendah” (misalnya, catatan suhu harian pada pola tertentu tanpa satu kondisi yang luar biasa). Abaikan setiap suhu tinggi yang disebabkan oleh demam atau gangguan lain
- (3) Tarik garis pada $0,05^{\circ}$ C di atas suhu tertinggi dari suhu 10 hari tersebut. Ini dinamakan garis pelindung (cover line) atau garis suhu.

- (4) Masa tak subur mulai pada sore setelah hari ketiga berturut-turut suhu berada di atas garis pelindung tersebut (Aturan Perubahan Suhu)

Catatan, jika salah satu dari 3 suhu berada dibawah garis pelindung (*cover line*) selama perhitungan 3 hari, ini mungkin tanda bahwa ovulasi belum terjadi. Untuk menghindari kehamilan tunggu sampai 3 hari berturut-turut suhu tercatat diatas garis pelindung sebelum memulai senggama. Kemudian ketika mulai masa tak subur, tidak perlu untuk mencatat suhu basal . Pengguna dapat berhenti mencatat sampai haid berikutnya mulai dan bersenggama sampai hari pertama haid berikutnya.

c) Metode Simtomtermal

Metode simtomtermal adalah metode kontrasepsi dengan mengamati subu tubuh dan lendir serviks. Setelah darah haid berhenti, pengguna dapat bersenggama pada malam hari, pada hari kering dengan berseling sehari selama masa tak subur (Dyah dan Sujiyatini, 2011:75).

3) Senggama Terputus

a) Pengertian Senggama Terputus

Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, di mana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi. Cara kerjanya yaitu alat kelamin (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum dan kehamilan dapat dicegah (Affandi, 2014:MK-15).

b) Manfaat Senggama Terputus

Manfaat dari senggama terputus menurut Atikah dkk (2010, h:6), yaitu :

(1) Sebagai Kontrasepsi

- i. Alamiah
- ii. Efektif bila dilakukan dengan benar
- iii. Tidak mengganggu produksi ASI
- iv. Tidak ada efek samping
- v. Tidak membutuhkan biaya
- vi. Tidak memerlukan persiapan khusus
- vii. Dapat dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain
- viii. Dapat digunakan setiap waktu

(2) Sebagai Nonkontrasepsi

- i. Adanya peran serta suami dalam keluarga berencana dan kesehatan reproduksi
- ii. Menanamkan sifat saling pengertian
- iii. Tanggung jawab bersama dalam ber-KB

c) Keterbatasan Senggama Terputus

Keterbatasan senggama terputus menurut Affandi (2014:MK-16), yaitu :

- (1) Efektifitas sangat bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melaksanakannya (angka kegagalan 4 – 27 kehamilan per 100 perempuan per tahun)
- (2) Efektivitas akan jauh menurun apabila sperma dalam 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis
- (3) Memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual

d) Indikasi Pengguna Senggama Terputus

Indikasi pengguna senggama terputus menurut Affandi (2014:MK-16), yaitu :

- (1) Suami yang ingin berpartisipasi aktif dalam keluarga berencana

- (2) Pasangan yang taat beragama atau mempunyai alasan filosofi untuk tidak memakai metode-metode lain
 - (3) Pasangan yang memerlukan kontrasepsi dengan segera
 - (4) Pasangan yang memerlukan metode sementara, sambil menunggu metode yang lain
 - (5) Pasangan yang memerlukan kontrasepsi dengan segera
 - (6) Pasangan yang melakukan hubungan seksual tidak teratur
- e) Kontraindikasi Pengguna Senggama Terputus

Kontraindikasi pengguna senggama terputus menurut Affandi (2014:MK-14)

- (1) Suami dengan pengalaman ejakulasi dini
 - (2) Suami yang sulit melakukan senggama terputus
 - (3) Suami yang memiliki kelainan fisik atau psikologis
 - (4) Istri yang mempunyai pasangan yang sulit bekerja sama
 - (5) Pasangan yang kurang dapat saling berkomunikasi
 - (6) Pasangan yang tidak bersedia melakukan senggama terputus
- 4) Metode Barrier

Menurut Affandi (2014:MK-17), yang termasuk dalam metode barrier yaitu kondom, diafragma dan spermisida.

a) Kondom

(1) Pengertian Kondom

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan di antaranya lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual (Erna, 2015:42) .

(2) Cara Kerja Kondom

Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang di penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam reproduksi perempuan (Dyah dan Sujiyatini, 2015:77).

(3) Efektivitas Kondom

Kondom cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap kali berhubungan seksual. Pada beberapa pasangan, pemakaian kondom tidak efektif karena tidak dipakai secara konsisten. Secara ilmiah didapatkan hanya sedikit angka kegagalan kondom yaitu 2 – 12 kehamilan per 100 perempuan per tahun (Affandi, 2015:MK-18).

(4) Manfaat Kondom

Menurut Dyah dan Sujiyatini (2015:78), manfaat dari kondom sebagai berikut :

(a) Sebagai Kontrasepsi

- i. Efektif bila digunakan dengan benar
- ii. Tidak mengganggu reproduksi ASI
- iii. Tidak mengganggu kesehatan klien
- iv. Tidak mempunyai pengaruh sistemik
- v. Murah dan dapat dibeli secara umum
- vi. Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus
- vii. Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus ditunda

(b) Sebagai Nonkontrasepsi

- i. Memberi dorongan kepada suami untuk ikut ber KB
- ii. Dapat mencegah penularan IMS
- iii. Mencegah ejakulasi dini
- iv. Membantu mencegah terjadinya kanker serviks (mengurangi iritasi bahan karsinogenik eksogen pada serviks)
- v. Saling berinteraksi sesama pasangan
- vi. Mencegah imuno infertilitas

(5) Indikasi dan Kontraindikasi Pengguna Kondom

Tabel 2.3 Indikasi dan Kontraindikasi Kondom

Kondom	
Sesuai untuk pria yang :	Tidak sesuai untuk pria yang :
Ingin berpartisipasi dalam program KB	Mempunyai pasangan yang beresiko tinggi apabila terjadi kehamilan
Ingin segera mendapatkan alat kontrasepsi	Alergi terhadap bahan dasar kondom
Ingin kontrasepsi sementara	Menginginkan kontrasepsi jangka panjang
Ingin kontrasepsi tambahan	Tidak mau terganggu dengan berbagai persiapan untuk melakukan hubungan seksual
Hanya ingin menggunakan alat kontrasepsi jika akan berhubungan	Tidak peduli berbagai persyaratan kontrasepsi

Sumber : Affandi (2014:MK-19)

b) Diafragma

(1) Pengertian Diafragma

Diafragma adalah kap berbentuk cembung, terbuat dari lateks (karet) yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup verniks. (Dyah dan Sujiyatini, 2015:84)

(2) Cara Kerja Diafragma

Menurut Affandi (2014:MK-21), cara kerja diafragma yaitu menahan sperma agar tidak mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba falopii) dan sebagai alat tempat spermisida).

(3) Manfaat Diafragma

Menurut Dyah dan Sujiyatini (2015:85), manfaat dari diafragma antara lain :

(a) Sebagai Kontrasepsi

- i. Efektif bila digunakan dengan benar

- ii. Tidak mengganggu produksi ASI
 - iii. Tidak mengganggu hubungan seksual karena telah terpasang sampai 6 jam sebelumnya
 - iv. Tidak mengganggu kesehatan klien
 - v. Tidak mempunyai pengaruh sistemik
- (b) Sebagai Nonkontrasepsi
- i. Salah satu perlindungan terhadap IMS/HIV/AIDS. Khususnya apabila digunakan dengan spermisida
 - ii. Bila digunakan pada saat haid, menampung darah menstruasi

(4) Indikasi dan Kontraindikasi Pengguna Diafragma

Tabel 2.4 Indikasi dan Kontraindikasi Diafragma

Diafragma	
Sesuai untuk klien yang :	Tidak sesuai untuk klien yang :
Tidak menyukai metode kontrasepsi hormonal, seperti perokok, atau di atas usia 35 tahun	Berdasarkan umur dan paritas serta masalah kesehatan menyebabkan kehamilan menjadi berisiko tinggi
Tidak menyukai penggunaan AKDR	Terinfeksi saluran uretra
Menyusui dan perlu kontrasepsi	Tidak stabil secara psikis atau tidak suka menyentuh alat kelaminnya (vulva dan vagina)
Memerlukan proteksi terhadap IMS	Mempunyai riwayat sindrom syok karena keracunan
Memerlukan metode sederhana sambil menunggu metode yang lain	Ingin metode KB efektif

Sumber : Affandi (2014:MK-22)

c) Spermisida

(1) Pengertian Spermisida

Menurut Dyah dan Sujiyatini (2015:90), spermisida adalah bahan kimia (biasanya non oksinol-9) digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma.

(2) Cara Kerja Spermisida

Menurut Affandi (2014:MK-24), cara kerja dari spermisida yaitu dengan menyebabkan sel membrane sperma

terpecah, memperlambat pergerakan sperma dan menurunkan kemampuan pembuahan sel telur.

(3) Manfaat Spermisida

Menurut Dyah dan Sujiyatini (2015:91-92), manfaat spermisida yaitu :

(a) Sebagai Kontrasepsi

- i. Efektif seketika (busa dan krim)
- ii. Tidak mengganggu produksi ASI
- iii. Bisa digunakan sebagai pendukung metode lain
- iv. Mudah digunakan
- v. Meningkatkan lubrikasi selama berhubungan seksual
- vi. Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus

(b) Sebagai Nonkontrasepsi

- i. Merupakan salah satu perlindungan terhadap IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS

(4) Keterbatasan Spermisida

Menurut Affandi (2014:MK-25), keterbatasan dari spermisida antara lain :

- (a) Efektivitas kurang (18-29 kehamilan per 100 perempuan per tahun pertama)
- (b) Efektivitas sebagai kontrasepsi bergantung pada kepatuhan mengikuti cara penggunaan
- (c) Ketergantungan pengguna dari motivasi berkelanjutan dengan memakai setiap melakukan hubungan seksual
- (d) Pengguna harus menunggu 10 – 15 menit setelah aplikasi sebelum melakukan hubungan seksual (tablet busa vagina, suppositoria dan film)
- (e) Efektivitas aplikasi hanya 1 – 2 jam

(5) Indikasi dan Kontraindikasi Pengguna Spermisida

Tabel 2.5 Indikasi dan Kontraindikasi Spermisida

Spermisida	
Sesuai untuk klien yang :	Tidak sesuai untuk klien yang :
Tidak dianjurkan metode kontrasepsi hormonal. Seperti perokok, atau diatas usia 35 tahun	Berdasarkan umur dan paritas serta masalah kesehatan menyebabkan kehamilan dengan resiko tinggi
Tidak menyukai penggunaan AKDR	Terinfeksi saluran uretra
Menyusui dan perlu kontrasepsi	Tidak stabil secara psikis atau tidak suka menyeluruh alat kelaminnya (vulva dan vagina)
Memerlukan proteksi terhadap IMS	Mempunyai riwayat sindrom syok karena keracunan
Memerlukan metode sederhana sambil menunggu metode yang lain	Ingin metode KB efektif

Sumber : Dyah dan Sujiyatini (2011:87)

5) Kontrasepsi Kombinasi

Menurut Affandi (2014:MK-30 dan MK-36), alat kontrasepsi kombinasi yaitu Pil Kombinasi dan Suntikan Kombinasi.

a) Pil Kombinasi

(1) Pengertian Pil Kombinasi

Menurut Manuaba (2010:599), pil kombinasi adalah pil yang mengandung komponen progesterone dan esterogen dan diminum secara oral.

(2) Cara Kerja Pil Kombinasi

Menurut Dyah dan Sujiyatini (2015:98), cara kerja dari pil kombinasi yaitu :

- (a) Menekan ovulasi
- (b) Mencegah implantasi
- (c) Lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma
- (d) Pergeseran tuba tergantung sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula

(3) Manfaat Pil Kombinasi

Menurut Affandi (2014:MK-31), manfaat dari pil kombinasi yaitu :

- (a) Memiliki efektivitas yang tinggi (hamper menyerupai efektivitas tubektomi), bila digunakan setiap hari (1 kehamilan per 1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan)
- (b) Risiko terhadap kesehatan sangat kecil
- (c) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (d) Siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia), tidak terjadi nyeri haid
- (e) Dapat digunakan jangka panjang selama perempuan masih ingin menggunakannya untuk kehamilan

(4) Keterbatasan Pil Kombinasi

Menurut Dyah dan Sujiyatini (2015:99), keterbatasan dari pil kombinasi antara lain :

- (a) Mahal dan membosankan karena harus menggunakan setiap hari
- (b) Mual terutama pada 3 bulan pertama
- (c) Perdarahan bercak atau perdarahan sela terutama 3 bulan pertama
- (d) Pusing
- (e) Nyeri payudara
- (f) Berat badan naik sedikit, tetapi pada perempuan tertentu kenaikan berat badan justru memiliki dampak positif
- (g) Dan lain-lain

(5) Indikasi dan Kontraindikasi Pengguna Pil Kombinasi

Tabel 2.6 Indikasi dan Kontraindikasi Pil Kombinasi

Pil Kombinasi	
Indikasi	Kontraindikasi
Usia reproduksi	Hamil atau dicurigai hamil
Telah memiliki anak ataupun yang belum memiliki anak	Menyusui eksklusif
Gemuk atau kurus	Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya
Menginginkan metode kontrasepsi dengan ekeftivitas tinggi	Penyakit hati akut (hepatitis)
Setelah melahirkan dan tidak menyusui	Perokok usia >35 tahun

Sumber : Dyah dan Sujiyatini (2011:100-102)

b) Suntikan Kombinasi

(1) Pengertian Suntikan Kombinasi

Menurut Affandi (2014:MK-36), suntikan kombinasi adalah jenis suntikan 25mg Depo Medroksipregosteron Asetat dan 5mg Estradiol yang diberikan secara IM sebulan sekali (Cyclofem), dan 50mg Noretidon Enantat dan 5 mg Estradiol Valerat yang diberikan secara IM sebulan sekali.

(2) Cara Kerja Suntikan Kombinasi

Menurut Dyah dan Sujiyatini (2015:116), cara kerja dari suntikan kombinasi yaitu :

- (a) Menekan ovulasi
- (b) Membuat lender serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu
- (c) Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu
- (d) Menghambat transportasi

(3) Keuntungan Suntikan Kombinasi

Menurut Affandi (2014:MK-36), manfaat suntikan kombinasi adalah :

- (a) Risiko terhadap kesehatan kecil
 - (b) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
 - (c) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam
 - (d) Jangka panjang
 - (e) Efek samping sangat kecil
- (4) Kerugian Suntikan Kombinasi
- Menurut Dyah dan Sujiyatini (2015:117), kerugian dari suntikan kombinasi antara lain :
- (a) Terjadi perubahan pada pola haid, seperti tidak teratur, perdarahan bercak atau perdarahan sela sampai 10 hari
 - (b) Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan, dan keluhan seperti ini akan hilang setelah suntikan kedua atau ketiga
 - (c) Ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan. Klien harus kembali setiap 30 hari untuk mendapatkan suntikan
 - (d) Efektivitasnya berkurang bila digunakan bersamaan dengan obat-obat epilepsy atau obat tuberculosis
- (5) Indikasi dan Kontraindikasi Suntikan Kombinasi

Tabel 2.7 Indikasi dan Kontraindikasi Suntikan Kombinasi

Suntikan Kombinasi	
Indikasi	Kontraindikasi
Usia reproduksi	Hamill atau diduga hamil
Telah memiliki anak, ataupun belum memiliki anak	Menyusui di bawah 6 minggu pasca persalinan
Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektivitas yang tinggi	Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
Menyusui ASI pascapersalinan > 6 bulan Pascapersalinan dan tidak menyusui	Penyakit hati akut (hepatitis)
Anemia	Riwayat penyakit jantung, stroke, atau dengan tekanan darah tinggi (> 180/110 mmHg)
Nyeri haid hebat	Keganasan payudara

Haid teratur	Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migraine Riwayat kelainan tromboemboli atau dengan kencing manis > 20 tahun
--------------	---

Sumber : Affandi (2014:MK-37 – MK-38)

6) Kontrasepsi Progestin

Menurut Affandi (2014:MK-43 dan MK-50), yang termasuk kedalam kontrasepsi progestine yaitu suntikan progestine dan pil progestine.

a) Suntikan Progestine

(1) Pengertian Suntikan Progestine

Menurut Affandi (2014:MK- 43), suntikan progestine adalah jenis kontrasepsi suntikan yang mengandung Depo Medroksiprogesteron Asetat (DMPA), yang diberikan setiap 3 bulan dan disuntikkan secara IM (di daerah bokong).

(2) Cara Kerja Suntikan Progestine

Menurut Dyah dan Sujiyatini (2015:123), cara kerja dari suntikan progestine yaitu :

- (a) Mencegah ovulasi
- (b) Mengentalkan lendir servik sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
- (c) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan strofi
- (d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba

(3) Efektivitas Suntikan Progestine

Menurut Affandi (2014:MK-44), efektivitas suntikan progestine yaitu efektivitas tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan

(4) Keuntungan Suntikan Progestine

Menurut Dyah dan Sujiyatini (2015:124), suntikan progestine memiliki keuntungan, yaitu :

- (a) Sangat efektif

- (b) Pencegahan kehamilan jangka panjang
 - (c) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
 - (d) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah
 - (e) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI
 - (f) Sedikit efek samping
 - (g) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik
 - (h) Dan lain-lain
- (5) Keterbatasan Suntikan Progestine

Menurut Affandi (2014:MK-44), keterbatasan dari suntikan progestine yaitu :

- (a) Sering ditemukan gangguan haid
 - (b) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan
 - (c) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya
 - (d) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering
 - (e) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus, atau infeksi virus HIV
 - (f) Terlambatnya kembali.
- (6) Indikasi dan Kontraindikasi Pengguna Suntikan Progestine

Tabel 2.8 Indikasi dan Kontraindikasi Suntikan Progestine

Suntikan Progestine	
Indikasi	Kontraindikasi
Usia reproduksi.	Hamil atau dicurigai hamil (risiko cacat pada janin 7 per 100.000 kelahiran).
Nulipara dan yang telah memiliki anak.	Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
Menghendaki kontasepsi jangka	Tidak dapat menerima terjadinya

panjang dan yang memiliki gangguan haid, terutama amneorea. efektivitas tinggi.

Menyusui dan membutuhkan Menderita kanker payudara atau kontrasepsi yang sesuai. riwayat kanker payudara.

Setelah melahirkan dan tidak Diabetes mellitus disertai menyusui. komplikasi.

Setelah abortus atau keguguran.

Telah banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi.

Perokok.

Tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit.

Menggunakan obat epilepsi (fenitoin dan barbiturate) atau obat tuberculosis (rifampisin)

Tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen.

Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.

Anemia defisiensi besi.

Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.

Sumber : Affandi (2014:MK-45)

b) Pil Progestine

(1) Pengertian Pil Progestine

Menurut Manuaba (2010:599) pil progestine adalah alat kontrasepsi yang berbentuk oil dan hanya mengandung hormone progesterone saja.

(2) Cara Kerja Pil Progestine

Menurut Affandi (2014:MK-50), cara kerja dari pil progestine yaitu :

- (a) Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium (tidak begitu kuat)
- (b) Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit.
- (c) Mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma.
- (d) Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu.

(3) Efektivitas Pil Progestine

Menurut Dyah dan Sujiyatini (2011:107), efektivitas sangat efektif (98,5%). Pada penggunaan minipil jangan sampai terlupa satu dua tablet atau jangan sampai

(4) Keterbatasan Pil Progestine

Menurut Dyah dan Sujiyati (2011:109), keterbatasan dari pil progestine yaitu :

- (a) Hampir 30-60% mengalami gangguan haid (perdarahan sela, *spotting*, amenorea).
- (b) Peningkatan/penurunan berat badan.
- (c) Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama.
- (d) Bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi lebih besar.
- (e) Payudara menjadi tegang, mual, pusing, dermatitis atau jerawat.
- (f) Risiko kehamilan ektopik cukup tinggi (4 dari 100 kehamilan), tetapi risiko ini lebih rendah jika dibandingkan dengan perempuan yang tidak menggunakan minipil.
- (g) Efektivitasnya menjadi rendah bila digunakan bersamaan dengan obat tuberculosis atau obat epilepsi.

- (h) Tidak melindungi diri dari infeksi menular seksual atau HIV/AIDS.
 - (i) *Hirsutisme* (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka), tetapi sangat jarang terjadi.
- (5) Indikasi dan Kontraindikasi Pil Progestine

Tabel 2.9 Indikasi dan Kontraindikasi Pil Progestine

Pil Progestine	
Indikasi	Kontraindikasi
Usia reproduksi.	Hamil atau diduga hamil.
Telah memiliki anak, atau yang belum memiliki anak.	Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
Menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusul.	Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid.
Pascapersalinan dan tidak menyusui.	Menggunakan obat tuberculosi (rifampisin), atau obat untuk epilepsy (fenitoin dan barbiturate).
Pascakeguguran.	Kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
Perokok segala usia.	Sering lupa menggunakan pil.
Mempunyai tekanan darah tinggi (selama < 180/110 mmHg) atau dengan masalah pembekuan darah.	Miom uterus. Progestine memicu pertumbuhan miom uterus.
Tidak boleh menggunakan estrogen atau lebih senang tidak menggunakan estrogen.	Riwayat stroke. Progestine menyebabkan spasme pembuluh darah.

Sumber : Affandi (2014:MK-52)

7) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

a) Pengertian AKDR

Menurut Manuaba (2010:611), alat kontrasepsi dalam rahim adalah alat kontrasepsi yang dipasang didalam Rahim dan dipasag saat di luar hamil dan saat selesai menstruasi.

b) Cara Kerja AKDR

Menurut Dyah dan Sujiyatini (2011:136), cara kerja dari AKDR yaitu :

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

c) Keuntungan AKDR

Menurut Affandi (2014:MK-81), keuntungan penggunaan AKDR antara lain :

- (1) Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi.
- (2) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan.
- (3) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti).
- (4) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat.
- (5) Tidak mempengaruhi hubungan seksual.
- (6) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil.
- (7) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT-380A).
- (8) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI.
- (9) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi).
- (10) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir).
- (11) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan.
- (12) Membantu mencegah kehamilan ektopik.

d) Kerugian AKDR

Menurut Dyah dan Sujiyatini (2011:146 – 147), kerugian dari penggunaan AKDR antara lain :

- (1) Diperlukan pemeriksaan dalam dan penyaringan infeksi genitalia sebelum pemasangan AKDR.
- (2) Diperlukan tenaga terlatih untuk pemasangan dan pencabutan AKDR.
- (3) Klien tidak dapat menghentikan sendiri setiap saat, sehingga sangat tergantung pada tenaga kesehatan.
- (4) Pada penggunaan jangka panjang dapat terjadi *amenorea*.
- (5) Dapat terjadi perforasi uterus pada saat insersi (<1/1000 kasus).
- (6) Kejadian kehamilan ektopik relative tinggi.
- (7) Bertambahnya resiko mendapat penyakit radang panggul sehingga dapat menyebabkan infertilitas.
- (8) Mahal.
- (9) Progestin sedikit meningkatkan risiko trombosis sehingga perlu hati-hati pada perempuan perimenopause. Risiko ini lebih rendah bila dibandingkan dengan pil kombinasi.
- (10) Progestin dapat menurunkan kadar HDL-kolesterol pada pemberian jangka panjang sehingga perlu hati-hati pada perempuan dengan penyakit kardiovaskuler.
- (11) Memperburuk perjalanan penyakit kanker payudara.

e) Indikasi dan Kontraindikasi AKDR

Tabel 2.10 Indikasi dan Kontraindikasi AKDR

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim	
Indikasi	Kontraindikasi
Usia reproduktif	Sedang hamil
Kedadaan Nulipara	Perdarahan vagina yang tidak diketahui (sampai dapat dievaluasi)
Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang	Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, servisititis)

Menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi	Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus septik
Setelah melahirkan dan tidak menyusui bayinya	Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri
Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi	Penyakit trofoblas yang ganas
Risiko rendah dari IMS	Diketahui menderita TBC pelvik
Tidak menghendaki metode hormonal	Kanker alat genital

Sumber : Affandi (2014:MK-82 – MK-83)

8) Kontrasepsi Mantap

Menurut Affandi (2014:MK-89 dan MK-95), yang termasuk kontrasepsi mantap yaitu tubektomi dan vasektomi.

a) Tubektomi

(1) Pengertian Tubektomi

Menurut Affandi (2014:MK-89), tubektomi adalah metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi.

(2) Mekanisme Kerja Tubektomi

Menurut Dyah dan Sujiyatini (2015:163), cara kerja dari tubektomi yaitu dengan mengoklusi tuba falopii (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.

(3) Keuntungan Tubektomi

Menurut Affandi (2014:MK-89), keuntungan dari tubektomi yaitu mempunyai efek protektif terhadap kehamilan dan Penyakit Radang Panggul (PID). Beberapa studi menunjukkan efek protektif terhadap kanker ovarium.

(4) Keterbatasan Tubektomi

Menurut Dyah dan Sujiyatini (2015:163-164), tubektomi mempunyai keterbatasan, yaitu :

- (a) Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini tidak dapat dipulihkan kembali, kecuali dengan operasi rekalisasi.
- (b) Klien dapat menyesal di kemudian hari.
- (c) Risiko komplikasi kecil meningkat apabila digunakan anestesi umum.
- (d) Rasa sakit/ketidnyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan.
- (e) Dilakukan oleh dokter yang terlatih dibutuhkan dokter spesialis ginekologi atau dokter spesialis bedah untuk proses laparoskopi.
- (f) Tidak melindungi diri dari IMS, termasuk HBV dan HIV/AIDS.
- (5) Indikasi dan Kontraindikasi Tubektomi

Tabel 2.11 Indikasi dan Kontraindikasi Tubektomi

Tubektomi	
Indikasi	Kontraindikasi
Usia > 26 tahun	Sudah terdeteksi hamil atau dicurigai
Paritas > 2	Perdarahan vaginal yang belum terjelaskan hingga harus dievaluasi
Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya	Infeksi sistemik atau pelvik yang akuthingga masalah itu disembuhkn atau dikontrol
Pada kehamilannya akan menimbulkan risiko kesehatan yang serius	Tidak boleh menjalani proses pembedahan
Pascapersalinan	Kurang pasti mengenai keinginnya untuk fertilisasi di masa depan
Pascakeguguran	Belum memberikan persetujuan tertulis

Sumber : Dyah dan Sujiyatini (2015:164-165)

b) Vasektomi

(1) Pengertian Vasektomi

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini (Affandi, 2014:MK-95)

(2) Manfaat Vasektomi

Menurut Dyah dan Sujiyatini (2011:170), manfaat dari vasektomi yaitu :

- (a) Sangat efektif.
- (b) Tidak ada efek samping jangka panjang.
- (c) Tindak bedah yang aman dan sederhana.
- (d) Efektif setelah 20 ejakulasi atau 3 bulan.

(3) Keterbatasan Vasektomi

Menurut Affandi (2014:MK-96), keterbatasan dari vasektomi antara lain :

- (a) Permanen (*non-reversible*) dan timbul masalah bila klien menikah lagi.
- (b) Bila tak siap ada kemungkinan penyesalan di kemudian hari.
- (c) Perlu pengosongan depot sperma di vesikula seminalis sehingga perlu 20 kali ejakulasi.
- (d) Risiko dan efek samping pembedahan kecil.
- (e) Ada nyeri/rasa tak nyaman pascabedah.
- (f) Perlu tenaga pelaksana terlatih.
- (g) Tidak melindungi klien terhadap PMS (misalnya: HBV, HIV/AIDS)

(4) Komplikasi Vasektomi

Menurut Atikah dkk (2010:68), dalam vasektomi ada beberapa kemungkinan komplikasi, antara lain :

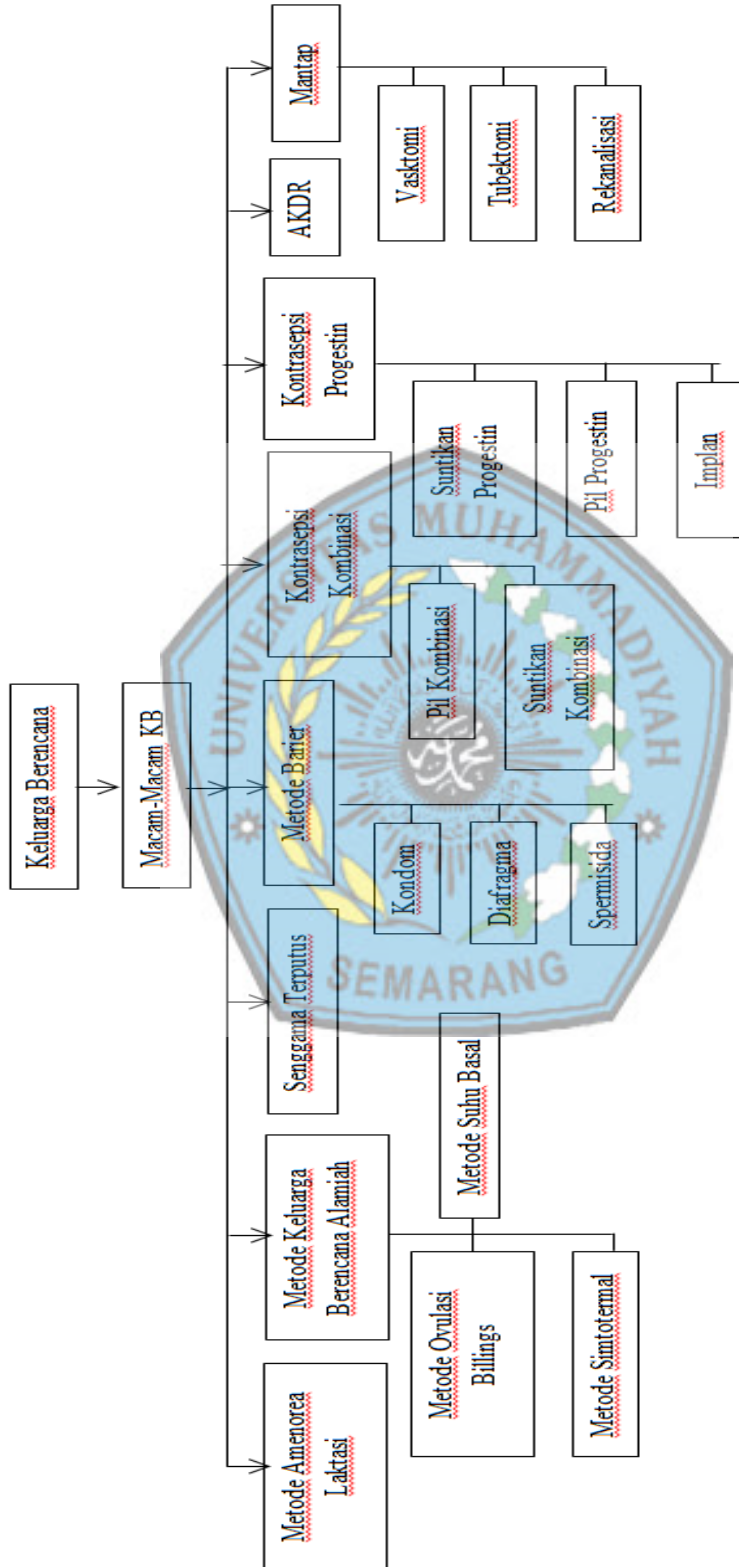
- (a) Perdarahan
- (b) Hematom skrotum
- (c) Infeksi pada luka yang timbul atau epididimitis
- (d) Granuloma sperma berupa benjolan yang kadang terasa nyeri pada skrotum bagian atas. Biasanya hal ini timbul 1-2 minggu setelah vasektomi dilakukan.

(5) Pengguna Vasektomi

Menurut Affandi (2014: MK-97), pengguna dari metode vasektomi yaitu :

- (a) Dari semua usia reproduksi (biasanya < 50)
- (b) Tidak ingin anak lagi, menghentikan fertilitas, ingin metode kontrasepsi yang sangat efektif dan permanen.
- (c) Yang istrinya mempunyai masalah usia, paritas atau kesehatan di mana kehamilan dapat menimbulkan risiko kesehatan atau mengancam keselamatan jiwanya.
- (d) Yang memahami asas sukarela dan memberi persetujuan tindakan medic untuk prosedur tersebut.
- (e) Yang merasa yakin bahwa mereka telah mendapatkan jumlah keluarga yang diinginkan.

e Pathway Keluarga Berencana



Bagan 2.5 Pathway Keluarga Berencana

Sumber : Dyah dan Sujiyatini (2011), Erna (2015),
Affandi (2014), Atikah (2010), Manuaba (2010)

B. Teori Asuhan Kebidanan

Berisi tentang landasan teori manajemen varney yang digunakan untuk memberikan asuhan kebidanan.

1. Pengumpulan data dasar: cantumkan data-data sesuai teori beserta alasan yang mendasarinya, meliputi data subyektif, data obyektif dan data penunjang.
2. Interpretasi data untuk mengidentifikasi diagnosa/masalah: tuliskan diagnosa kebidanannya berikut masalah bila ada sesuai dengan teori.
3. Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya.
4. Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, untuk melakukan konsultasi/kolaborasi dengan profesi lain.
5. Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh dengan menuliskan tindakan-tindakan berdasarkan diagnose dan masalah yang ditegaskan secara teori.
6. Pelaksanaan langsung asuhan dengan efisien dan aman dengan menggunakan kata-kata untuk menjelaskan bahwa pelaksanaan tindakan diupayakan sesuai dengan rencana yang telah ditentukan dengan mempertimbangkan kondisi klien.
7. Mengevaluasi dengan menuliskan kriteria evaluasi/hasil yang diharapkan yaitu berupa kriteria yang menunjukkan bahwa diagnosa/masalah telah teratasi sesuai dengan teori.

Kriteria Evaluasi (Saifuddin, 2002, Depkes 2000) :

- a. Ibu hamil mematuhi jadwal kujungan ulang
- b. Ibu menunjukkan pengetahuan adekuat tentang tanda bahaya, kebutuhan nutrisi, persiapan persalinan, ketidaknyamanan selama hamil dan cara mengatasinya
- c. Kadar Hb Sahli 11 gr%
- d. Ibu telah membuat perencanaan persalinan (tempat, biaya, transportasi, pendamping, donor)

Untuk asuhan selanjutnya dilanjutkan dengan asuhan Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, BBL dan pelayanan KB dengan menggunakan SOAP.

Catatan Perkembangan : Asuhan Ibu dalam Masa Kehamilan (Kunjungan Selanjutnya)

1. Subyektif : keluhan ibu hamil di Trimester III
2. Obyektif : tanda , gejala, hasil pemeriksaan ibu hamil Trimester III
3. Analisa : diagnosa ibu dalam kelamilan Trimester III
4. Penatalaksanaan: penatalaksanaan kebutuhan ibu hamil di Trimester III dan hasil tindakan

Catatan Perkembangan : Asuhan Ibu dalam Masa Persalinan

Kala I

1. Subyektif : keluhan ibu bersalin Kala I
2. Obyektif : tanda , gejala, hasil pemeriksaan ibu bersalin Kala I
3. Analisa : diagnosa ibu dalam persalinaan Kala I
4. Penatalaksanaan: penatalaksanaan kebutuhan ibu bersalin Kala I

Kala II

1. Subyektif : keluhan ibu bersalin Kala II
2. Obyektif : tanda , gejala, hasil pemeriksaan ibu bersalin Kala II
3. Analisa : diagnosa ibu dalam persalinaan Kala II
4. Penatalaksanaan: penatalaksanaan kebutuhan ibu bersalin Kala II

Kala III

1. Subyektif : keluhan ibu bersalin Kala III
2. Obyektif : tanda , gejala, hasil pemeriksaan ibu bersalin Kala III
3. Analisa : diagnosa ibu dalam persalinaan Kala III
4. Penatalaksanaan: penatalaksanaan kebutuhan ibu bersalin Kala III

Kala IV

1. Subyektif : keluhan ibu bersalin Kala IV
2. Obyektif : tanda , gejala, hasil pemeriksaan ibu bersalin Kala IV
3. Analisa : diagnosa ibu dalam persalinaan Kala IV
4. Penatalaksanaan: penatalaksanaan kebutuhan ibu bersalin Kala IV

Catatan Perkembangan : Asuhan Ibu dalam Masa Nifas

Masa Nifas 6 Jam

1. Subyektif : keluhan ibu masa nifas 6 jam
2. Obyektif : tanda , gejala, hasil pemeriksaan ibu masa nifas 6 jam
3. Analisa : diagnosa ibu dalam masa nifas 6 jam
4. Penatalaksanaan: penatalaksanaan kebutuhan masa nifas 6 jam

Masa Nifas 6 Hari

1. Subyektif : keluhan ibu masa nifas 6 hari
2. Obyektif : tanda , gejala, hasil pemeriksaan ibu masa nifas 6 hari
3. Analisa : diagnosa ibu dalam masa nifas 6 hari
4. Penatalaksanaan: penatalaksanaan kebutuhan masa nifas 6 hari

Masa Nifas 2 minggu

1. Subyektif : keluhan ibu masa nifas 2 minggu
2. Obyektif : tanda , gejala, hasil pemeriksaan ibu masa nifas 2 minggu
3. Analisa : diagnosa ibu dalam masa nifas 2 minggu
4. Penatalaksanaan: penatalaksanaan kebutuhan masa nifas 2 minggu dan pelayanan KB

Catatan Perkembangan : Asuhan Bayi Baru Lahir (BBL)

Masa BBL 6 Jam

1. Subyektif : - (hasil anamnesa ibu)
2. Obyektif : data focus Bayi Baru Lahir usia 6 jam
3. Analisa : diagnosa BBL 6 jam
4. Penatalaksanaan: penatalaksanaan dan hasil tindakan BBL 6 jam

Masa BBL 6 Hari

1. Subyektif : - (hasil anamnesa ibu)
2. Obyektif : data focus Bayi Baru Lahir usia 6 hari
3. Analisa : diagnosa BBL 6 hari
4. Penatalaksanaan: penatalaksanaan dan hasil tindakan BBL 6 hari

Masa BBL 2 minggu

1. Subyektif : - (hasil anamnesa ibu)
2. Obyektif : data focus Bayi Baru Lahir usia 2 minggu

3. Analisa : diagnosa BBL 2 minggu
4. Penatalaksanaan: penatalaksanaan dan hasil tindakan 2 minggu

C. Teori Kewenangan Bidan

Sebagai seorang bidan dalam memberikan asuhan harus berdasarkan aturan atau hukum yang berlaku, sehingga penyimpangan terhadap hukum (mal praktik) dapat dihindarkan dalam memberikan asuhan kebidanan dengan serotinus, landasan hukum yang digunakan yaitu:

Undang-undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 tentang kebidanan, yang terkait dalam kasus ini adalah :

1. Pasal 46

1. Dalam menyelenggarakan praktik kebidanan, bidan bertugas memberikan pelayanan yang meliputi.
 - a. pelayanan kesehatan ibu;
 - b. pelayanan kesehatan anak;
 - c. pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana;
 - d. pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang, dan/ atau
 - e. pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu
2. Tugas bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilaksanakan secara bersama atau sendiri
3. Pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara bertanggung jawab dan akuntabel.

b. Pasal 47

1. Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan dapat berperan sebagai:
 - a. Pemberi Pelayanan Kebidanan
 - b. Pengelola Pelayanan Kebidanan
 - c. Penyuluh dan Konselor
 - d. Pendidik, pembimbing, dan fasilitator klinik;

- e. Penggerak peran serta masyarakat dan pemberdayaan perempuan; dan/atau
 - f. Peneliti
2. Peran bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 3. Pasal 48
Bidan dalam penyelenggaraan praktik kebidanan sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 dan pasal 47, harus sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya.
 4. Pasal 49
Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1) huruf a, Bidan berwenang :
 - a. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa sebelum hamil
 - b. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa kehamilan normal
 - c. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa persalinan dan menolong persalinan normal;
 - d. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa nifas
 - e. Melakukan pertolongan pertama kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas, dan rujukan; dan
 - f. Melakukan deteksi dini karena resiko dan komplikasi pada masa kehamilan, masa persalinan, pasca persalinan, masa nifas, serta asuhan pasca keguguran dan dilanjutkan dengan rujukan.
 5. Pasal 50
Dalam menjalankan tugas dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 (1) huruf b, Bidang berwenang :
 - a. Memberikan Asuhan Kebidanan pada bayi baru lahir, bayi, balita dan anak prasekolah
 - b. Memberikan imunisasi sesuai program pemerintah pusat;

- c. Melakukan pemantauan tumbuh kembang pada bayi, balita, dan anak prasekolah serta deteksi dini kasus penyulit, gangguan tumbuh kembang, dan rujukan; dan
 - d. Memberikan pertolongan pertama kegawatdaruratan pada bayi baru lahir dilanjutkan dengan rujukan.
 - e. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana
 - f. Memperoleh jaminan kerahasiaan kesehatan klien
6. Pasal 51

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

7. Pasal 52

Ketentuan lebih lanjut mengenai pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak, dan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 49 sampai dengan 51 diatur dengan peraturan menteri.