

Bunga Rampai

KETERAMPILAN KLINIS

DALAM PRAKTIK KEBIDANAN

UNTUK DIII KEBIDANAN



Yurissetiowati, SST., M.Kes

Bdn. Ani Triana, SST, M.Kes

Ika Lustiani, S.ST., M.Kes

Ardiyanti Hidayah, SST., Bd., M.Kes

Rina Utami, M.Tr.Keb

Lely Khulafa'ur Rosidah, S.ST., M.Kes

Tri Restu Handayani, SST., M.Kes

Editor: Ratna Dewi, SKM, MPH

BUNGA RAMPAI:
KETERAMPILAN KLINIS DALAM PRAKTIK
KEBIDANAN
UNTUK DIII KEBIDANAN

Penulis:

Yurissetiowati, S.ST., M.Kes.
Bdn. Ani Triana, S.ST, M.Kes.
Ika Lustiani, S.ST., M.Kes.
Ardiyanti Hidayah, S.ST., Bd., M.Kes.
Rina Utami, M.Tr.Keb.
Lely Khulafa'ur Rosidah, S.ST., M.Kes.
Tri Restu Handayani, S.ST., M.Kes.

Editor:

Ratna Dewi, SKM, MPH



BUNGA RAMPAI: KETERAMPILAN KLINIS DALAM PRAKTIK KEBIDANAN UNTUK DIII KEBIDANAN

Penulis:

Yurissetiowati, SST., M.Kes
Bdn. Ani Triana, SST, M.Kes
Ika Lustiani, S.ST., M.Kes
Ardiyanti Hidayah, SST., Bd., M.Kes
Rina Utami, M.Tr.Keb
Lely Khulafa'ur Rosidah, S.ST., M.Kes
Tri Restu Handayani, SST., M.Kes

Editor: Ratna Dewi, SKM, MPH

No. ISBN: 978-623-8549-59-7

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Penata Letak: Achmad Faisal, Yang Yang Dwi Asmoro

Cetakan Pertama: Juli, 2024

Hak Cipta 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2024

by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

website: www.nuansafajarcemerlang.com

instagram: @bimbel.optimal

PT NUANSA FAJAR CEMERLANG
Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F
Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah
Jakarta Barat, 11480
Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

PRAKATA

Segala puji dan syukur penulis ucapkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan buku ini.

Buku ini dipersiapkan terutama untuk mahasiswa Kesehatan yang sedang mempelajari Keterampilan Dasar Klinis Kebidanan atau sebagai sumber referensi untuk membuat karya tulis ilmiah. Buku ini terdiri dari tujuh bab yang ditulis oleh masing-masing dosen pengampu mata kuliah.

Besar harapan kami agar buku ini bisa bermanfaat untuk mahasiswa kesehatan ataupun masyarakat luas. Dan di akhir kata dari pemaparan ini penulis sangat menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam menjabarkan isi buku ini, maka dari itu besar harapan penulis kepada pembaca untuk dapat memberikan kritikan dan saran yang membangun agar buku ini bisa lebih bermanfaat bagi banyak orang.

Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	iv

BAB I MASA KEHAMILAN 1

Bdn. Ani Triana, SST, M.Kes.

A. Pendahuluan.....	1
B. Tujuan	2
C. Pembahasan	3
1. Pengertian.....	3
2. Pelayanan Kesehatan pada Masa Kehamilan	3
3. Kebutuhan Gizi pada Ibu Hamil	6
4. Tanda Bahaya Pada Masa Kehamilan.....	7
5. Menjaga Kehamilan tetap Sehat.....	8
D. Kesimpulan.....	8
DAFTAR PUSTAKA.....	9

BAB II KETERAMPILAN KLINIS PASCA KEGUGURAN 11

Yurissetiowati, SST., M.Kes.

A. Pendahuluan.....	11
B. Tujuan	14
C. Pembahasan	15
1. Pengertian Keguguran/Abortus.....	15
2. Klasifikasi	15
3. Etiologi	18
4. Patologi.....	20
5. Perubahan Fisik dan Psikososial Pada Masa Keguguran	21
6. Deteksi Komplikasi dan Penyulit Pasca Keguguran.....	23
7. Asuhan Kebidanan	24
8. Tatalaksana	27
D. Kesimpulan.....	32
DAFTAR PUSTAKA.....	33

BAB III ASUHAN PERSALINAN KALA I NORMAL DENGAN TEKNIK PAZ MARYAM 35

Ika Lustiani, S.ST., M.Kes.

A. Pendahuluan.....	35
B. Tujuan	36
C. Pembahasan	37
1. Persalinan	37

2. Kala I Lama.....	41
3. Teknik PAZ Maryam.....	44
D. Kesimpulan.....	47
DAFTAR PUSTAKA.....	48

BAB IV MASA NIFAS..... 51

Ardiyanti Hidayah, SST., Bd., M.Kes.

A. Pendahuluan.....	51
B. Tujuan	51
C. Pembahasan	52
1. Pengertian.....	52
2. Tahapan Masa Nifas	52
3. Perubahan Fisiologi Sistem Tubuh pada Masa Postpartum	53
4. Adaptasi Psikologis dalam Masa Nifas	60
5. Tanda Bahaya Masa Nifas	61
6. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas	62
7. Pemeriksaan Fisik Pada Ibu Nifas	66
D. Kesimpulan.....	70
DAFTAR PUSTAKA.....	71

BAB V BAYI BARU LAHIR (NEONATUS) 73

Rina Utami, M.Tr.Keb.

A. Pendahuluan.....	73
B. Tujuan	73
C. Pembahasan	74
1. Konsep tentang Suhu Tubuh	74
2. Pengkajian Denyut Jantung Atau Denyut Nadi.....	82
3. Pengkajian Pernapasan	83
4. Pengkajian Tekanan Darah dengan Auskultasi	86
D. Kesimpulan.....	88
DAFTAR PUSTAKA.....	89

BAB VI PELAYANAN KELUARGA BERENCANA..... 91

Lely Khulafa'ur Rosidah, S.ST., M.Kes.

A. Pendahuluan.....	91
B. Tujuan	93
C. Pembahasan	95
1. Pengertian Pelayanan Keluarga Berencana (KB)	95
2. Tujuan Pelayanan Keluarga Berencana.....	96
3. Pemanfaatan Kriteria Kelayakan Medis Dalam Penggunaan Kontrasepsi (Medical EelegibilityCriteria For Contraceptive Use / MEC).....	96

4. Metode Kontrasepsi	112
5. Pelayanan Kontrasepsi dengan Metode Kontrasepsi Pil.....	120
D. Kesimpulan.....	158
DAFTAR PUSTAKA.....	159
BAB VII PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI DAN SEKSUALITAS PEREMPUAN.....	161
Tri Restu Handayani, SST., M.Kes.	
A. Pendahuluan.....	161
B. Tujuan	162
C. Pembahasan	163
1. Pengertian Kesehatan Reproduksi	163
2. Hak – Hak Reproduksi	163
3. Hak Seksual	164
4. Lingkup Pelayanan Kesehatan Reproduksi	166
5. Tujuan Pelayanan Kesehatan Reproduksi.....	166
6. Masalah Kesehatan Reproduksi Perempuan	167
7. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu (PKRT)	169
8. Pelayanan Kesehatan Seksual.....	176
D. Kesimpulan.....	177
DAFTAR PUSTAKA.....	178
BIODATA PENULIS	179

BAB I

MASA KEHAMILAN

Bdn. Ani Triana, SST, M.Kes.

A. Pendahuluan

Masalah kesehatan terpenting yang dihadapi dunia saat ini adalah masalah pada masa kehamilan. Menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia adalah 359 per 100.000 kelahiran hidup. Menjaga kesehatan ibu selama masa kehamilannya sangatlah penting karena memiliki dampak terhadap perkembangan janin. Kesehatan pada masa kehamilan ini dimaksudkan bahwa ibu hamil sehat secara keseluruhan, yang mencakup kesejahteraan ibu secara fisik, mental, sosial, dan spiritual. Janin yang di dalam kandungan akan terkena dampak jika salah satu syarat sehat tersebut tidak terpenuhi (Astuti, 2018).

Masa kehamilan memberikan kesempatan luar biasa untuk mengetahui potensi risiko bagi ibu dan janin serta untuk mencegah terpaparnya masalah kesehatan mental dan masalah psikologis antargenerasi. Terlihat lebih banyak dampak kehamilan pada wanita daripada sekedar perubahan peredaran darah di otak dan perilaku yang berhubungan dengan peran sebagai ibu. Respons fisiologis dan psikologis yang terus-menerus juga dikaitkan dengan stres pada kehamilan (Davis & Narayan, 2020).

Untuk memaksimalkan atau meningkatkan kesejahteraan ibu hamil baik secara fisik maupun psikis maka perlu dilakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur oleh dokter atau bidan (Tim Medis Siloam Hospitals, 2023). Pemeriksaan kehamilan merupakan pelayanan kesehatan yang wajib digunakan oleh ibu hamil selama ini. Peran penting pemeriksaan kehamilan dalam menurunkan angka kematian ibu, janin, dan bayi (Hapsari, Sari, & Indrawati, 2016). Seorang perempuan harus berkomitmen untuk menjalani hidup sehat ketika masa prakonsepsi. Perlunya menjalani kehidupan yang sehat selama masa kehamilan sangatlah penting karena akan berdampak pada tumbuh kembang janin, kesehatan ibu selama hamil, bersalin, dan kemungkinan janin mengalami kelahiran tidak normal. Pemeriksaan kesehatan prenatal sangat mendukung kehamilan yang sehat. Pemeriksaan kesehatan

reproduksi calon orang tua adalah bagian dari hal ini. Tes ini penting untuk mencegah terjadinya cacat pada janin. Sebagian besar ibu hamil sering menganggap remeh hal sepele yang ternyata berpengaruh besar terhadap kehamilannya (Pujiastuti, 2017).

B. Tujuan

Dengan memahami masa kehamilan dapat memberikan pengetahuan terhadap para pembaca dalam memahami hal-hal yang penting dilakukan selama masa kehamilan dan menerapkannya pada ibu hamil dan keluarganya.

C. Pembahasan

1. Pengertian

- a. Proses pembuahan yang melibatkan penyatuhan pronukleus sperma dan sel telur inilah yang didefinisikan oleh Federasi Obstetri dan Ginekologi Internasional (FOGI) sebagai kehamilan. Ini diikuti dengan keterikatan/penempelan, atau nidasi. 40 minggu, 10 bulan lunar, atau 9 bulan harus hitungan masa kehamilan, tergantung pada kalender internasional yang melacak perkembangan bayi mulai dari pembuahan hingga persalinan. Masa kehamilan dibagi menjadi tiga tahapan atau trimester yaitu trimester pertama selama 12 minggu (13–27 minggu), trimester kedua berlangsung selama 15 minggu (28–40 minggu) dan trimester ketiga berlangsung selama 13 minggu (28–40 minggu) (Prawirohardjo, 2014).
- b. Menurut Yuli (2017) bahwa kehamilan adalah masa biologis janin yang dimulai pada usia 9 bulan 7 hari, 40 minggu, atau 280 hari. Ada 3 tahapan kehamilan yaitu Trimester I dimulai pada usia 14 minggu, Trimester II pada usia 14 hingga 28 minggu, dan Trimester III pada usia 28 hingga 42 minggu.

Maka dapat kita simpulkan bahwa kehamilan adalah proses yang dialami oleh perempuan dari masa fertilisasi sampai bayi lahir dengan tiga tahapan yaitu Trimester 1, 2 dan 3 berlangsung kurang lebih 40 minggu atau 9 bulan 10 hari.

2. Pelayanan Kesehatan pada Masa Kehamilan

Pelayanan Kesehatan Masa Hamil melingkupi semua hal yang dilakukan sejak konsepsi hingga persalinan. Pelayanan Kesehatan Kehamilan bertujuan untuk menjamin semua ibu hamil mempunyai akses terhadap pelayanan kesehatan terbaik sehingga mereka dapat menikmati kehamilan yang aman dan sehat serta melahirkan anak yang sehat dan bermutu (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014).

Pelayanan Kesehatan Masa Hamil tersebut dilakukan melalui pelayanan antenatal terpadu. Pelayanan antenatal terpadu adalah pelayanan kesehatan menyeluruh dan bermutu yang dilaksanakan terdiri dari:

- a. Pemberian pelayanan dan konseling kesehatan termasuk stimulasi dan gizi agar kehamilan berlangsung sehat dan janinnya lahir sehat dan cerdas;
- b. Deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan;
- c. Penyiapan persalinan yang bersih dan aman;
- d. Perencanaan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit/komplikasi;
- e. Penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan; dan
- f. Melibatkan ibu hamil, suami, dan keluarganya dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit/komplikasi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014).

Seberapa baik pelayanan kesehatan kehamilan diberikan dapat ditentukan dengan melakukan analisis cakupan K1 dan K4. Cakupan K1 ditentukan dengan membandingkan jumlah ibu hamil yang pertama kali mendapat pelayanan antenatal dari tenaga kesehatan dibandingkan dengan jumlah sasaran ibu hamil di suatu wilayah kerja dalam satu tahun. Cakupan K4 ditentukan dengan membandingkan jumlah ibu hamil yang mendapat pelayanan antenatal standar minimal empat kali setiap trimester sesuai dengan jadwal yang dianjurkan. Indikator ini menunjukkan seberapa banyak ibu hamil mengakses layanan kesehatan dan seberapa banyak mereka pergi ke tenaga kesehatan untuk memeriksa kehamilan mereka (Puskesmas Rasau Jaya, 2023). Kunjungan ibu hamil ke pelayanan kesehatan dianjurkan minimal 6 kali yaitu 2 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II dan minimal 3 kali pada trimester III (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

Menurut Kemenkes RI (2020) bahwa pelayanan kesehatan pada ibu hamil dilakukan di praktik bidan mandiri, puskesmas, klinik, atau rumah sakit oleh tenaga kesehatan, meliputi 10 standar pelayanan antenatal terpadu minimal yaitu:

- a. Penimbangan Berat Badan dan Pengukuran Tinggi Badan

Dengan menggunakan grafik pertambahan berat badan, tujuan untuk menemukan masalah yang dapat mengganggu pertumbuhan janin di dalam rahim. Tujuan pengukuran tinggi badan pada ibu hamil yang kurang dari 145 cm adalah untuk mengidentifikasi faktor risiko yang

dapat mempersulit persalinan, seperti *Cephalopelvic Disproportion* (CPD).

b. Pengukuran Tekanan Darah

Pemantauan tekanan darah dilakukan untuk mengurangi kemungkinan risiko hipertensi, atau tekanan darah tinggi, yang didefinisikan sebagai angka lebih dari 140/90 mmHg. Ibu hamil dengan tekanan darah tinggi lebih mungkin mengalami eklamsia, yang dapat fatal bagi ibu dan berpotensi mengancam kehamilan, persalinan, dan bahkan nyawa.

c. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)

Untuk menilai kesehatan gizi ibu hamil, lingkar lengan atasnya hanya diperiksa sekali selama trimester pertama kehamilan. Ibu hamil dengan LILA kurang dari 23,5 cm berisiko mengalami KEK (Defisiensi Energi Kronis), yang meningkatkan kemungkinan bayi lahir dengan berat badan rendah (BBLR).

d. Pengukuran Tinggi Fundus Uteri (Tinggi Rahim)

Hal ini bertujuan mengukur jarak antara bagian atas perut ibu hamil dengan tulang panggul akan membantu memperkirakan tahap perkembangan janin.

e. Pemeriksaan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin

Tujuannya adalah menemukan potensi malformasi janin atau risiko lainnya. Biasanya pemeriksaan ini dilakukan sesaat sebelum kelahiran.

f. Skrining Status Imunisasi Tetanus

Tujuan hal ini agar ibu hamil harus diperiksa tentang status imunisasi mereka dan apabila belum maka perlu diberikan vaksin tetanus untuk memperkuat pertahanan mereka terhadap infeksi tetanus.

g. Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD)

Ibu hamil diharuskan mengonsumsi tablet suplemen darah (TTD), yang mengandung 400 mikrogram asam folat dan minimal 60 mg zat besi setiap hari. Tujuannya agar terhindar dari anemia dan defisiensi Fe (zat besi).

h. Pemeriksaan Laboratorium

Termasuk mengukur tes darah untuk hemoglobin dan penanda masalah kesehatan lainnya, mengukur kadar protein urin, dan menggunakan *ultrasonorografi*(USG) untuk menilai kesehatan ibu hamil dan janin.

- i. Tata Laksana Khusus
Jika timbul masalah atau kelainan selama kehamilan, dokter atau bidan dapat segera menangani atau melakukan rujukan ke tenaga kesehatan ahli yang lain.
- j. Konseling/Temu wicara
Ibu hamil dapat berkonsultasi dengan bidan atau dokter yang merawat di fasilitas kesehatan setiap kali melakukan antenatal terpadu. Tujuannya yaitu untuk mengetahui kesehatan ibu dan janin dalam kandungan serta tindakan pencegahan yang perlu dilakukan untuk menjamin kehamilan yang aman dan mudah.

3. Kebutuhan Gizi pada Ibu Hamil

Dengan memperhatikan konsep keragaman atau variasi pangan, aktivitas fisik, kebersihan, dan berat badan optimal, gizi seimbang adalah komposisi makanan sehari-hari yang meliputi zat gizi dalam jenis dan jumlah berdasarkan kebutuhan tubuh. Sesuai dengan budaya Indonesia, Tumpeng Gizi Balancing (TGS) merupakan representasi gizi seimbang. Tujuan TGS adalah membantu individu dalam memilih jenis dan jumlah makanan yang sesuai berdasarkan usia (bayi, balita, remaja, dewasa, dan lanjut usia), situasi kesehatan (kehamilan, menyusui, kegiatan fisik, penyakit), dan faktor lainnya (Savitrie, 2022).

Ada 13 Pesan umum Gizi Seimbang, yaitu:

- a. Makan makanan yang bervariasi
- b. Makan sesuai kebutuhan energi
- c. Konsumsi karbohidrat setengah dari energi
- d. Membatasi konsumsi lemak $\frac{1}{4}$ dari kecukupan energi
- e. Penggunaan garam yang mengandung yodium
- f. Konsumsi sumber zat besi
- g. Memberi ASI Ekslusif
- h. Membiasakan sarapan pagi
- i. Meminum air bersih dan aman serta dalam jumlah yang cukup
- j. Olahraga dan aktivitas fisik secara teratur
- k. Hindari mengkonsumsi minuman alkohol
- l. Memakan makanan yang aman untuk kesehatan
- m. Membaca label di kemasan makanan

Bagi ibu hamil terdapat 4 tambahan pesan khusus, yaitu:

- a. Membiasakan makan makanan yang beranekaragam;
- b. Membatasi konsumsi garam;
- c. Minum air mineral yang banyak dan
- d. Membatasi meminum kopi.

Apabila seorang ibu hamil mempunyai status gizi yang baik sejak awal kehamilannya, maka ia akan melahirkan bayi yang sehat. Status gizi sehat dicapai bila telah mengonsumsi makanan seimbang dalam jumlah yang cukup dan tidak menderita penyakit kronis yang berdampak pada fungsi tubuh lainnya atau penyakit menular. Seorang ibu membutuhkan pola makan yang lebih seimbang selama kehamilan dibandingkan sebelumnya. tinggi protein, asam folat, vitamin B12, zat besi, seng, kalsium, vitamin C, vitamin A, vitamin D, vitamin B6, vitamin E, dan semua nutrisi yang dibutuhkan untuk perkembangan janin, termasuk gangliosida (GA), asam folat, besi, FE, kolin, dan DHA. Tenaga kesehatan dapat mengkomunikasikan komponen ini kepada ibu hamil dengan menggunakan buku KIA dan model makanan sebagai media Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015).

4. Tanda Bahaya Pada Masa Kehamilan

Tanda bahaya kehamilan merupakan gejala atau indikator yang menunjukkan potensi bahaya pada ibu hamil. Ibu perlu segera mendapatkan bantuan jika terdapat tanda bahaya tersebut. Tanda bahaya tersebut seperti pendarahan, edema (bengkak) di tangan, kaki, dan wajah, sakit kepala yang kadang-kadang diikuti kejang, muntah terus-menerus dan tidak bisa makan, serta demam tinggi (Prawirohardjo, 2014). Setiap wanita hamil beserta pasangan dan keluarganya harus mempunyai kemampuan dan kepedulian dalam mengenali tanda-tanda bahaya dan melakukan deteksi dini komplikasi kegawatdaruratan pada kehamilan sehingga bisa terhindar dari bahaya kematian akibat kehamilan tersebut (World Health Organization (WHO), 2013). Persuasi sosial berupa edukasi untuk mengembangkan pengetahuan diri mengenai pemahaman indikator bahaya merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan pemahaman ibu hamil terhadap tanda-tanda bahaya kehamilan (Herinawati et al., 2021).

5. Menjaga Kehamilan tetap Sehat

Sulit untuk menjaga kehamilan tetap sehat. Agar kehamilan dapat berjalan sesuai rencana hingga persalinan dan janin lahir sehat dengan tumbuh kembang yang optimal, maka ibu dan keluarga harus berupaya untuk mencapai dan membantu kesehatan tersebut dengan mengkaji potensi yang dimiliki ibu, anggota keluarga, dan masyarakat (Rejeki, 2014).

D. Kesimpulan

Kehamilan merupakan salah satu alur kehidupan yang dialami oleh perempuan dari masa pembuahan hingga bayi yang dikandung lahir dengan masa selama 40 minggu atau 9 bulan 10 hari dengan tahapan trimester satu, dua dan tiga. Untuk mendapatkan pelayanan Kesehatan kehamilan ibu hamil melakukan kunjungan kehamilan minimal 6 kali di tenaga Kesehatan atau fasilitas Kesehatan terdekat dengan menggunakan standar pelayanan antenatal care 10T. Hal tersebut untuk mendeteksi sejak dini komplikasi dan mencegah terjadinya komplikasi yang membahayakan kehamilan ibu. Adapun tanda bahaya tersebut antara lain seperti pendarahan, edema (bengkak) di tangan, kaki, dan wajah, sakit kepala yang kadang-kadang diikuti kejang, muntah terus-menerus dan tidak bisa makan, serta demam tinggi. Oleh karena ibu dan keluarga harus berupaya untuk mencapai dan membantu kesehatan tersebut dengan mengkaji potensi yang dimiliki ibu, anggota keluarga, dan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, S. (2018). Skrening Kehamilan Sebagai Upaya Peningkatan Kesehatan Ibu Hamil Di Desa Cipacing Kecamatan Jatinangor Kabupaten Sumedang. *Dharmakarya*, 7(4), 285–289. <https://doi.org/10.24198/dharmakarya.v7i4.18507>
- Davis, E. P., & Narayan, A. J. (2020). Pregnancy as a period of risk, adaptation, and resilience for mothers and infants. *Dev Psychopathol*, 32(5), 1625–1639. <https://doi.org/10.4324/9781003116929-6>
- Hapsari, D., Sari, P., & Indrawati, L. (2016). Indeks Kesehatan Maternal Sebagai Indikator Jumlah Kelahiran Hidup. *Jurnal Ekologi Kesehatan*, 14(3), 259–272. <https://doi.org/10.22435/jek.v14i3.4696.259-272>
- Herinawati, H., Heryani, N., Susanti, S., Danaz Nst, A. F., Imelda, I., & Iksaruddin, I. (2021). Efektivitas Self Efficacy terhadap Pemahaman Tanda Bahaya Kehamilan menggunakan Video dan Buku Kesehatan Ibu dan Anak. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 10(1), 109. <https://doi.org/10.36565/jab.v10i1.290>
- Kemenkes RI. (2020). Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu 2020 Ed.3. In *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. Retrieved from <https://repository.kemkes.go.id/book/147>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No: 97 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual*, Pub. L. No. 97 (2014). Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Rencana Aksi Program 2020-2024*. Jakarta.
- Prawirohardjo, S. (2014). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Pujiastuti, A. (2017). Konsep Kehamilan Sehat: Upaya Mencetak Generasi Cerdas. *Artikel Kesehatan Nasional*, 1–9. Retrieved from http://eprints.uad.ac.id/8172/1/konsep_kehamilan_sehat%2C_upaya_mencetak_generasi_cerdas.pdf
- Puskesmas Rasau Jaya. (2023). Pelayanan KIA. Retrieved June 1, 2023, from <https://puskesmas.kuburayakab.go.id/rasau-jaya/read/27/pelayanan-kia>
- Rejeki, S. (2014). Optimalisasi Kehamilan Sehat dan Sejahtera. *E-Jurnal*

Universitas Muhammadiyah Semarang, 2(2), 7–11.

Savitrie, E. (2022). Gizi Seimbang Ibu Hamil. Retrieved from Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI website: https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/405/gizi-seimbang-ibu-hamil

Tim Medis Siloam Hospitals. (2023). Pentingnya Pemeriksaan Antenatal Care bagi Ibu Hamil. Retrieved from Kandungan website: <https://www.siloamhospitals.com/informasi-siloam/artikel/apa-itu-antenatal-care>

World Health Organization (WHO). (2013). *Counseling for Maternal and Newborn Health Care: A Handbook for Building Skills*. Geneva: World Health Organization.

Yuli, A. (2017). *Asuhan Keperawatan Maternitas Aplikasi NANDA, NIC dan NOC*. Jakarta: CV. Trans Info Media.

BAB II

KETERAMPILAN KLINIS PASCA KEGUGURAN

Yurissetiowati, SST., M.Kes.

A. Pendahuluan

Keguguran, yang dikenal dengan istilah abortus, didefinisikan sebagai berakhirnya kehamilan sebelum janin mampu hidup di luar rahim (viable), yaitu sebelum usia kehamilan 20 minggu atau berat janin belum mencapai 500 g.

Berbagai penelitian mengenai angka kejadian keguguran menunjukkan hasil yang beragam, dengan metode dan populasi yang berbeda. Diperkirakan satu dari empat perempuan yang pernah hamil pernah mengalami keguguran dalam hidupnya, sebagian besar kasus terjadi di trimester pertama kehamilan1, sedangkan estimasi insidens keguguran pada kehamilan berkisar antara 10-28%.

Kajian determinan kematian ibu oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan RI menyebutkan bahwa 4,1% kematian ibu di Indonesia terjadi karena keguguran. Selain kematian, keguguran juga dapat menyebabkan masalah kesehatan, baik fisik maupun psikologis. Penelitian menunjukkan bahwa perempuan yang mengalami keguguran memiliki risiko yang lebih tinggi terkait gangguan kejiwaan, penggunaan obat-obatan terlarang, upaya bunuh diri, gangguan tidur, stres, dan penurunan status kesehatan secara umum.

Pada tahun 2017 di dunia terjadi 20 juta kasus abortus tiap tahun dan 70.000 wanita meninggal karena abortus tiap tahunnya. Kasus abortus di Asia Tenggara sejumlah 4,2 juta per tahun. Di Indonesia kejadian abortus 10-15% dari 6 juta kehamilan setiap tahunnya atau 600.000-900.000. Abortus buatan ± 750.000-1,5 juta setiap tahunnya, 2.500 diantaranya berakhir dengan kematian.

Berdasarkan data SDKI, AKI di Indonesia tahun 2018 karena abortus 140 (3,5%) dari 148.548 persalinan, di tahun 2019 menunjukkan peningkatan 210 (5,8%) dari 156.622 persalinan. Tahun 2020 mengalami peningkatan 305 (2,62%) dari 984.432 persalinan. Kementerian kesehatan menyebutkan penyebab abortus di Indonesia ialah jarak kehamilan 25%, paritas 14%, umur

ibu 11% dan tingkat pendidikan 9%. Insiden abortus di Indonesia ± 4,5%-7,6% dari seluruh kehamilan.

Namun demikian, tidak semua kasus keguguran yang datang ke fasilitas kesehatan merupakan keguguran yang terjadi secara spontan. Kasus keguguran yang ditemukan tenaga kesehatan mungkin saja merupakan lanjutan dari upaya pengguguran kehamilan atau induksi keguguran (induced abortion) yang telah dilakukan sebelumnya dengan metode yang tidak aman.

Upaya induksi keguguran dilakukan baik pada kehamilan yang diinginkan maupun yang tidak diinginkan, pada perempuan yang sudah menikah maupun yang belum. Data SDKI 2017 menunjukkan bahwa sekitar 15% kelahiran pada perempuan usia 15-49 tahun tidak diinginkan pada saat itu, dan 12% perempuan belum kawin usia 15-24 tahun pernah mengalami kehamilan yang tidak diinginkan.

Induksi keguguran yang tidak aman dapat menyebabkan berbagai komplikasi, termasuk perdarahan, sepsis, peritonitis, dan trauma pada serviks, vagina, uterus, dan organ perut. Satu dari empat perempuan yang melakukan induksi keguguran yang tidak aman berisiko mengalami disabilitas sementara maupun permanen yang membutuhkan pelayanan medis.

Berbagai data di atas menekankan pentingnya asuhan pasca keguguran yang komprehensif dan berkualitas bagi semua perempuan yang mengalami keguguran. Asuhan tersebut meliputi tatalaksana medis untuk mengeluarkan sisa hasil konsepsi dari uterus, di mana penelitian menunjukkan bahwa pada sekitar 28% kasus keguguran spontan, jaringan hasil konsepsi tidak keluar secara lengkap dan membutuhkan tatalaksana lebih lanjut. Asuhan juga bertujuan memberikan konseling dan dukungan psikososial untuk mencegah masalah kejiwaan seperti kecemasan dan depresi, yang dilaporkan pada hampir 20% kasus keguguran. Selain itu, asuhan juga meliputi layanan KB untuk perencanaan kehamilan selanjutnya, rujukan ke layanan kesehatan lain, serta pemberdayaan masyarakat.

Asuhan pasca keguguran yang diberikan harus berorientasi pada perempuan (woman-centered), di mana layanan tersebut semestinya dapat diakses oleh perempuan dari berbagai latar belakang sosioekonomi, memberikan pilihan dan menghargai keputusan perempuan, serta diberikan dengan kualitas yang baik. Hal ini sangat diperlukan untuk meningkatkan derajat kesehatan perempuan, menghindari berbagai komplikasi, dan mencegah terjadinya kematian ibu.

Sayangnya, meskipun keguguran merupakan kondisi yang sangat lazim ditemui, asuhan pasca keguguran seringkali belum optimal, masih berfokus hanya pada tatalaksana medis keguguran dan belum diselenggarakan secara komprehensif. Hal ini karena tidak disertai pemberian konseling dan dukungan psikososial, layanan kontrasepsi pasca keguguran, hingga rujukan ke layanan lain yang dibutuhkan. Selain itu, juga diperlukan diupayakan agar tatalaksana medis diberikan sesuai dengan rekomendasi ilmiah berbasis bukti.

Metode kuretase tajam yang banyak dilakukan sebagai tatalaksana operatif kasus pasca keguguran telah diketahui meningkatkan risiko komplikasi sindroma Asherman dan persalinan preterm, serta ditengarai meningkatkan risiko plasenta akreta pada kehamilan selanjutnya. Karena itu, WHO dan FIGO telah menyarankan penggunaan aspirasi vakum manual (AVM) untuk tatalaksana operatif, karena mempunyai risiko perdarahan dan nyeri yang lebih kecil, lama rawat yang lebih singkat, serta mengurangi risiko komplikasi.

Proporsi RSIA/ RSAB yang tidak memiliki tenaga dan kapasitas layanan yang memadai untuk asuhan pasca keguguran adalah sebesar 47%, sedangkan untuk RS tipe C dan tipe D, proporsinya adalah sebesar 66%. Tatalaksana keguguran dengan metode aspirasi vakum hanya dilakukan pada 7% pasien, sedangkan tatalaksana dengan misoprostol sebesar 1%, meskipun kedua metode tersebut adalah metode yang direkomendasikan WHO karena lebih aman dari kuretase tajam. Konseling kontrasepsi hanya diberikan di 69% fasilitas kesehatan pemerintah maupun swasta. Hambatan utama pelayanan antara lain tidak adanya petugas kesehatan terlatih, alat dan perlengkapan, serta obat-obatan yang dibutuhkan.

Untuk menjamin tersedianya asuhan pasca keguguran bagi semua perempuan yang membutuhkannya, diperlukan sebuah pedoman nasional sebagai acuan pelaksanaan layanan asuhan pasca keguguran yang komprehensif di fasilitas kesehatan sesuai dengan tingkatan dan kapasitasnya.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Bidan mampu mengidentifikasi dan melaksanakan keterampilan klinis dalam praktik kebidanan pada masa pasca keguguran

2. Tujuan Khusus

- a. Bidan mampu mengidentifikasi keguguran pada ibu hamil
- b. Bidan mampu mengidentifikasi perubahan fisik dan psikososial pada masa keguguran
- c. Bidan mampu melakukan deteksi komplikasi dan penyulit pasca keguguran
- d. Bidan mampu melakukan asuhan pasca keguguran
- e. Bidan mampu melakukan tatalaksana awal kegawatdaruratan stabilisasi dan rujukan

C. Pembahasan

1. Pengertian Keguguran/Abortus

Keguguran, yang dikenal dengan istilah abortus, didefinisikan sebagai berakhirnya kehamilan sebelum janin mampu hidup di luar rahim (viable), yaitu sebelum usia kehamilan 20 minggu atau berat janin belum mencapai 500 g.

Keguguran atau abortus adalah berakhirnya kehamilan melalui cara apapun, spontan maupun buatan, sebelum janin mampu bertahan hidup. Batasan ini berdasar umur kehamilan dan berat badan. Dengan lain perkataan abortus adalah terminasi kehamilan sebelum 20 minggu atau dengan berat kurang dari 500 gr.

2. Klasifikasi

a. Abortus Spontan

Abortus yang terjadi tanpa tindakan mekanis atau medis untuk mengosongkan uterus, maka abortus tersebut dinamai abortus spontan. Kata lain yang luas digunakan adalah keguguran (Miscarriage). Abortus spontan secara klinis dapat dibedakan antara abortus imminens, abortus insipiens, abortus inkompletus, abortus kompletus. Selanjutnya, dikenal pula missed abortion, abortus habitualis, abortus infeksiosus dan abortus septik.

1) Abortus Imminens

Peristiwa terjadinya perdarahan dari uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu, dimana hasil konsepsi masih dalam uterus dan tanpa adanya dilatasi serviks. Diagnosis abortus imminens ditentukan karena pada wanita hamil terjadi perdarahan melalui ostium uteri eksternum, disertai mules sedikit atau tidak sama sekali, uterus membesar sebesar tuanya kehamilan, serviks belum membuka, dan tes kehamilan positif. Pada beberapa wanita hamil dapat terjadi perdarahan sedikit pada saat haid yang semestinya datang jika tidak terjadi pembuahan. Hal ini disebabkan oleh penembusan villi koreales ke dalam desidua, pada saat implantasi ovum. Perdarahan implantasi biasanya sedikit, warnanya merah, cepat berhenti, dan tidak disertai mules-mules.

2) Abortus Insipiens

Peristiwa perdarahan uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan adanya dilatasi serviks uteri yang meningkat, tetapi hasil

konsepsi masih dalam uterus. Dalam hal ini rasa mules menjadi lebih sering dan kuat, perdarahan bertambah.

3) Abortus Inkompletus

Pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa tertinggal dalam uterus. Pada pemeriksaan vaginal, kanalis servikalis terbuka dan jaringan dapat diraba dalam kavum uteri atau kadang-kadang sudah menonjol dari ostium uteri eksternum.

4) Abortus Kompletus

Perdarahan pada kehamilan muda di mana seluruh hasil konsepsi telah di keluarkan dari kavum uteri. Seluruh buah kehamilan telah dilahirkan dengan lengkap. Pada penderita ditemukan perdarahan sedikit, ostium uteri telah menutup, dan uterus sudah banyak mengecil. Diagnosis dapat di permudah apabila hasil konsepsi dapat diperiksa dan dapat dinyatakan bahwa semuanya sudah keluar dengan lengkap.

5) Missed Abortion

Kematian janin sebelum berumur 20 minggu, tetapi janin yang mati tertahan di dalam kavum uteri tidak dikeluarkan selama 8 minggu atau lebih. Missed abortion biasanya didahului oleh tanda-tanda abortus imminens yang kemudian menghilang secara spontan atau setelah pengobatan. Gejala subyektif kehamilan menghilang, mammae agak mengendor lagi, uterus tidak membesar lagi malah mengecil, dan tes kehamilan menjadi negatif. Dengan ultrasonografi dapat ditentukan segera apakah janin sudah mati dan besarnya sesuai dengan umur kehamilan.

6) Abortus Habitualis

Keadaan dimana penderita mengalami keguguran berturut-turut tiga kali atau lebih. Pada umumnya penderita tidak sukar menjadi hamil, tetapi kehamilannya berakhir sebelum 28 minggu. Bishop melaporkan frekuensi 0,41% abortus habitualis pada semua kehamilan. Menurut Malpas dan Eastman kemungkinan terjadi abortus lagi pada seorang wanita mengalami abortus habitualis ialah 73% dan 83,6%. Sebaliknya, Warton dan Fraser dan Llwyn-Jones memberi prognosis lebih baik, yaitu 25,9% dan 39%

7) Abortus Infeksiosus (Abortus Septik)

Abortus infeksiosa adalah abortus yang disertai infeksi pada genitalia, sedangkan abortus septik adalah abortus infeksiosa berat dengan penyebaran kuman atau toksinnya ke dalam peredaran darah atau peritoneum. Infeksi dalam uterus atau sekitarnya dapat terjadi pada tiap abortus, tetapi biasanya ditemukan pada abortus inkompletus dan lebih sering ditemukan pada abortus buatan yang dikerjakan tanpa memperhatikan asepsis dan antisepsis. Umumnya pada abortus infeksiosa, infeksi terbatas pada desidua. Pada abortus septik virulensi bakteri tinggi dan infeksi menyebar ke miometrium, tuba, parametrium dan peritoneum. Apabila infeksi menyebar lebih jauh, terjadilah peritonitis umum atau sepsis dengan kemungkinan diikuti oleh syok. Diagnosis abortus infeksiosa ditentukan dengan adanya abortus yang disertai gejala dan tanda infeksi genitalia, seperti panas, takikardi, perdarahan pervaginam berbau, uterus yang membesar, lembek, serta nyeri tekan, dan leukositosis. Apabila terdapat sepsis, penderita tampak sakit berat, kadang-kadang menggigil, demam tinggi dan tekanan darah menurun.

b. Abortus Provokatus

Abortus terinduksi adalah terminasi kehamilan secara medis atau bedah sebelum janin mampu hidup. Pada tahun 2010, total 857.475 abortus legal dilaporkan ke Centers for Disease Control and Prevention (2013). Sekitar 20% dari para wanita ini berumur 19 tahun atau kurang, dan sebagian besar berumur kurang dari 25 tahun, berkulit putih, dan belum menikah. Hampir 60% abortus terinduksi dilakukan sebelum umur gestasi 8 minggu, dan 88% sebelum minggu ke 12 kehamilan. Abortus buatan adalah tindakan abortus yang sengaja dilakukan untuk menghilangkan kehamilan sebelum umur 28 minggu atau berat janin 500 gram. Abortus ini terbagi lagi menjadi:

1) Abortus Therapeutic (Abortus Medisinalis)

Abortus karena tindakan kita sendiri, dengan alasan bila kehamilan dilanjutkan, dapat membahayakan jiwa ibu (berdasarkan indikasi medis). Biasanya perlu mendapat persetujuan 2 sampai 3 tim dokter ahli.

2) Abortus kriminalis

Abortus yang terjadi oleh karena tindakan-tindakan yang tidak legal atau tidak berdasarkan indikasi medis

3) Unsafe Abortion

Upaya untuk terminasi kehamilan muda dimana pelaksana tindakan tersebut tidak mempunyai cukup keahlian dan prosedur standar yang aman sehingga dapat membahayakan keselamatan jiwa pasien

3. Etiologi

Penyebab abortus ada berbagai macam yang diantaranya yaitu :

a. Faktor Maternal

- 1) Kelainan Genitalia ibu. Misalnya pada ibu yang menderita:
 - a) Anomali kongenital (hipoplasia uteri, uterus bikornis, dan lain-lain).
 - b) Kelainan letak dari uterus seperti retrofleksi uteri fiksata.
 - c) Tidak sempurnanya persiapan uterus dalam menanti nidasi dari ovum yang sudah dibuahi, seperti kurangnya progesteron atau estrogen, endometritis, dan mioma submukosa.
 - d) Uterus terlalu cepat teregang (kehamilan ganda, molahidatidosa).
 - e) Distorsia uterus, misalnya karena terdorong oleh tumor pelvis.
- 2) Penyebab abortus belum diketahui secara pasti penyebabnya meskipun sekarang berbagai penyakit medis, kondisi lingkungan, dan kelainan perkembangan diperkirakan berperan dalam abortus. Misalnya pada:
 - a) Penyakit infeksi yang menyebabkan demam tinggi seperti pneumonia, tifoid, pielitis, rubeola, demam malta, dan sebagainya. Kematian fetus dapat disebabkan karena toksin dari ibu atau invasi kuman atau virus pada fetus
 - b) Keracunan Pb, nikotin, gas racun, alkohol, dan lain-lain.
 - c) Ibu yang asfiksia seperti pada dekompenasi kordis, penyakit paru berat, anemi gravis.
 - d) Malnutrisi, avitaminosis dan gangguan metabolisme, hipotiroid, kekurangan vitamin A, C, atau E, diabetes melitus.
- 3) Antagonis Rhesus

Pada antagonis rhesus, darah ibu yang melalui plasenta merusak darah fetus, sehingga terjadi anemia pada fetus yang berakibat meninggalnya fetus

- 4) Perangsangan pada ibu yang menyebabkan uterus berkontraksi, misalnya, sangat terkejut, obat-obat uterotonika, ketakutan, laparatomia, dan lain-lain. Dapat juga karena trauma langsung terhadap fetus: selaput janin rusak langsung karena instrument, benda, dan obat-obatan.
- 5) Gangguan Sirkulasi Plasenta Dijumpai pada ibu yang menderita penyakit nefritis, hipertensi, toksemia gravidarum, anomali plasenta, dan endarteritis oleh karena lues.
- 6) Umur Ibu Umur juga dapat mempengaruhi kejadian abortus karena pada umur kurang dari 20 tahun belum matangnya alat reproduksi untuk hamil sehingga dapat merugikan kesehatan ibu maupun pertumbuhan dan perkembangan janin, sedangkan abortus yang terjadi pada umur lebih dari 35 tahun disebabkan berkurangnya fungsi alat reproduksi, kelainan pada kromosom, dan penyakit kronis.

b. Faktor Janin

Pertumbuhan abnormal dari fetus sering menyebabkan abortus spontan. Menurut penyelidikan mereka, dari 1000 abortus spontan, maka 48,9% disebabkan karena ovum yang patologis; 3,2% disebabkan oleh kelainan letak embrio; dan 9,6% disebabkan karena plasenta yang abnormal. Pada ovum abnormal 6% diantaranya terdapat degenerasi hidatid vili. Abortus spontan yang disebabkan oleh karena kelainan dari ovum berkurang kemungkinannya kalau kehamilan sudah lebih dari satu bulan, artinya makin muda kehamilan saat terjadinya abortus makin besar kemungkinan disebabkan oleh kelainan ovum (50-80%).

c. Faktor Paternal

Tidak banyak yang diketahui tentang faktor ayah dalam terjadinya abortus. Yang jelas, translokasi kromosom pada sperma dapat menyebabkan abortus. Saat ini abnormalitas kromosom pada sperma berhubungan dengan abortus. Penyakit ayah: umur lanjut, penyakit kronis seperti TBC, anemi, dekompensasi kordis, malnutrisi, nefritis,

sifilis, keracunan (alcohol, nikotin, Pb, dan lain-lain), sinar rontgen, avitaminosis.

4. Patologi

Pada awal abortus terjadi perdarahan dalam decidua basalis, diikuti oleh nekrosis jaringan di sekitarnya. Hal tersebut menyebabkan hasil konsepsi terlepas sebagian atau seluruhnya,

sehingga merupakan benda asing didalam uterus. Keadaan ini menyebabkan uterus berkontraksi untuk mengeluarkan isinya. Pada kehamilan kurang dari 8 minggu, hasil konsepsi biasanya dikeluarkan seluruhnya, karena vili koreales belum menembus desidua terlalu dalam, sedangkan pada kehamilan 8 sampai 14 minggu, telah masuk agak tinggi, karena plasenta tidak dikeluarkan secara utuh sehingga banyak terjadi perdarahan.

Pada kehamilan 14 minggu keatas, yang umumnya bila kantong ketuban pecah maka disusul dengan pengeluaran janin dan plasenta yang telah lengkap terbentuk. Perdarahan tidak banyak terjadi jika plasenta terlepas dengan lengkap. Hasil konsepsi pada abortus dikeluarkan dalam berbagai bentuk. Ada kalanya janin tidak tampak didalam kantong ketuban yang disebut blighted ovum, mungkin pula janin telah mati lama disebut missed abortion. Apabila mudigah yang mati tidak dikeluarkan dalam waktu singkat, maka ovum akan dikelilingi oleh kapsul gumpalan darah, isi uterus dinamakan mola kruenta. Bentuk ini menjadi mola karneosa apabila pigmen darah diserap sehingga semuanya tampak seperti daging. Pada janin yang telah meninggal dan tidak dikeluarkan dapat terjadi proses mumifikasi: janin mengering dan menjadi agak gepeng atau fetus compressus karena cairan amnion yang diserap. Dalam tingkat lebih lanjut janin menjadi tipis seperti kertas perkamen atau fetus papiraseus.

Kemungkinan lain yang terjadi apabila janin yang meninggal tidak dikeluarkan dari uterus yaitu terjadinya maserasi, kulit terkupas, tengkorak menjadi lembek, dan seluruh janin berwarna kemerah-merahan).

5. Perubahan Fisik dan Psikososial Pada Masa Keguguran

a. Perubahan fisik

1) Pemeriksaan Fisik

- a) Tanda-tanda kehamilan, seperti amenorea kurang dari 20 minggu, mualmuntah, mengidam, hiperpigmentasi mammae, dan tes kehamilan positif
- b) Pada pemeriksaan fisik, keadaan umum tampak lemah atau kesadaran menurun, tekanan darah normal atau menurun, denyut nadi normal atau cepat dan kecil, serta suhu badan normal atau meningkat
- c) Perdarahan pervaginam, mungkin disertai keluarnya jaringan hasil konsepsi
- d) Rasa mulas atau keram perut di daerah atas simfisis disertai nyeri pinggang akibat kontraksi uterus
- e) Pemeriksaan ginekologis:
- f) Inspeksi vulva: perdarahan pervaginam ada/tidak jaringan hasil konsepsi, tercium/tidak bau busuk dari vulva.
- g) Inspekulo: perdarahan dari kavum uteri ostium uteri terbuka atau sudah tertutup, ada/tidak jaringan keluar dari ostium, serta ada/tidak cairan atau jaringan berbau busuk dari ostium.
- h) Colok vagina: porsio masih tebuka atau sudah tertutup serta teraba atau tidak jaringan dalam kavum uteri, besar uterus sesuai atau lebih kecil dari usia kehamilan, tidak nyeri saat porsio digoyang, tidak nyeri pada perabaan adneksa, dan kavum douglas tidak menonjol dan tidak nyeri.

2) Pemeriksaan Penunjang

a) Laboratorium

(1) Darah Lengkap

- Kadar hemoglobin rendah akibat anemia hemoragik
- LED dan jumlah leukosit meningkat tanpa adanya infeksi.

(2) Tes Kehamilan

Terjadi penurunan atau level plasma yang rendah dari β -hCG secara prediktif. Hasil positif menunjukkan terjadinya kehamilan abnormal (blighted ovum, abortus spontan atau kehamilan ektopik).

b) Ultrasonografi

- (1) USG transvaginal dapat digunakan untuk deteksi kehamilan 4 - 5 minggu
- (2) Detik jantung janin terlihat pada kehamilan dengan CRL > 5 mm (usia kehamilan 5 - 6 minggu)
- (3) Dengan melakukan dan menginterpretasi secara cermat, pemeriksaan USG dapat digunakan untuk menentukan apakah kehamilan viabel atau non-viabel.

b. Perubahan psikologis

1) Kesedihan

kesedihan adalah suatu pengalaman yang memunculkan keputusasaan, kesepian, dan keterpisahan yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari manusia terutama yang berkaitan dengan unsur kehilangan.

2) Kecemasan

Pada dasarnya kecemasan adalah kondisi psikologis seseorang yang penuh dengan rasa takut dan khawatir, dimana perasaan takut dan khawatir akan sesuatu hal yang belum pasti akan terjadi. Kecemasan berasal dari bahasa Latin (*anxious*) dan dari bahasa Jerman (*anst*), yaitu suatu kata yang digunakan untuk menggambarkan efek negatif dan rangsangan fisiologis. Menurut American Psychological Association (APA) dalam kecemasan merupakan keadaan emosi yang muncul saat individu sedang stress, dan ditandai oleh perasaan tegang, pikiran yang membuat individu merasa khawatir dan disertai respon fisik (jantung berdetak kencang, naiknya tekanan darah, dan lain sebagainya).

3) Depresi

Depresi dan gangguan suasana hati berhubungan dengan masalah kesehatan terbesar di dunia. Banyaknya tekanan kehidupan, stres interpersonal dan penolakan sosial, menjadi faktor risiko terbesar mengalami depresi. Depresi adalah suatu kondisi seseorang merasa sedih, kecewa saat mengalami suatu perubahan, kehilangan, kegagalan dan menjadi patologis ketika tidak mampu beradaptasi (A. K. Townsend et al., 2009) Depresi merupakan suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang secara afektif, fisiologis, kognitif dan perilaku sehingga mengubah pola

dan respon yang biasa dilakukan (Montgomery, 2011; Thompson & Binder-Macleod, 2006).

4) PTSD (Post Traumatic Stress Disorder)

Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) merupakan gangguan mental/stres pasca trauma yang terjadi setelah seseorang mengalami kejadian traumatis yang dapat mengancam kehidupan seseorang dengan memiliki gejala seperti mimpi buruk dan kenangan-kenangan menyedihkan terkait trauma yang dialaminya (Erlin & Sari, 2020).

6. Deteksi Komplikasi dan Penyulit Pasca Keguguran

Komplikasi yang berbahaya pada abortus ialah perdarahan, perforasi, infeksi, dan syok.

a. Perdarahan

Perdarahan dapat diatasi dengan pengosongan uterus dari sisa-sisa hasil konsepsi dan jika perlu pemberian transfusi darah. Kematian karena perdarahan dapat terjadi apabila pertolongan tidak diberikan pada waktunya.

b. Perforasi

Perforasi uterus pada kerokan dapat terjadi terutama pada uterus dalam posisi hiporetrofleksi. Jika terjadi peristiwa ini, penderita perlu diamati dengan teliti. Jika ada tanda bahaya, perlu segera dilakukan laparotomi, dan tergantung dari luar dan bentuk perforasi, penjahitan luka perforasi atau histerektomi. Perforasi uterus pada abortus yang dikerjakan oleh orang awam menimbulkan persoalan gawat karena perlukaan uterus biasanya luas, mungkin juga terjadi perlukaan pada kandung kemih atau usus. Dengan adanya dugaan atau kepastian terjadinya perforasi, laparotomi harus segera dilakukan untuk menentukan luasnya cedera, untuk selanjutnya mengambil tindakan-tindakan seperlunya guna mengatasi komplikasi.

c. Infeksi

Infeksi dalam uterus atau sekitarnya dapat terjadi pada tiap abortus, tetapi biasanya ditemukan pada abortus inkompletus dan lebih sering pada abortus buatan yang dikerjakan tanpa memperhatikan asepsis dan antisepsis. Apabila infeksi menyebar lebih jauh, terjadilah peritonitis umum atau sepsis, dengan kemungkinan diikuti oleh syok.

d. Syok

Syok pada abortus bisa terjadi karena perdarahan (syok hemoragik) dan karena infeksi berat (syok endoseptik).

7. Asuhan Kebidanan

a. Pengkajian Kebidanan

1) Pengkajian

Pengkajian meliputi pengkajian biologis, psikologis, sosial, kultural dan spiritual. Identitas klien meliputi nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, dan tanggal masuk rumah sakit

2) Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan meliputi keluhan utama, seperti nyeri, kelemahan, dan perdarahan. Riwayat kesehatan sekarang seperti alasan masuk rumah sakit, keluhan saat dibawa kerumah sakit. Riwayat Kesehatan dahulu apakah mempunyai penyakit keturunan seperti DM, asma, Hipertensi, dll. Apakah memiliki alergi obat.

3) Riwayat obstetri dan ginekologi

Riwayat obstetri meliputi data tentang anak atau keturunannya. Riwayat ginekologi seperti menarche, siklus menstruasi, lama menstruasi, gangguan saat menstruasi, hari perkiraan haid terakhir, hari perkiraan lahir anak dalam kandungan, dan riwayat perkawinan.

4) Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat kehamilan sekarang meliputi gangguan pada hamil muda, tempat memeriksaan kehamilan, obat yang diberikan dan nutrisi saat hamil.

5) Riwayat kontrasepsi

Riwayat kontrasepsi meliputi apakah ibu menjadi aseptor, jenis kontrasepsi, lama penggunaan kontrasepsi, dan keluhan selama menjadi aseptor.

6) Pemenuhan kebutuhan dasar.

Pemenuhan kebutuhan dasar seperti nutrisi, eliminasi, oksigenasi, aktivitas dan istirahat, pola tidur dan seksualitas.

7) Pemeriksaan fisik.

Pemeriksaan fisik meliputi keadaan umum, mata, leher, dada/mamae, abdomen, genitalia dan ekstremitas.

b. Dampak terhadap kebutuhan dasar manusia

Pengkajian berdasarkan 11 pola kesehatan fungsional menurut Gordon's :

- 1) Riwayat keperawatan untuk pola persepsi kesehatan penanganan kesehatan
Menggambarkan pola pemahaman pasien tentang kesehatan dan kesejahteraan serta bagaimana kesehatan pasien diatur.
- 2) Riwayat keperawatan untuk pola nutrisi metabolismik dan suplai gizi, meliputi pola konsumsi makanan dan cairan. Keadaan kulit, rambut, kuku, dan membran mukosa, suhu tubuh, tinggi badan dan berat badan.
- 3) Riwayat keperawatan untuk pola eliminasi
Menggambarkan pola fungsi ekskresi (usus besar, kandung kemih, dan kulit) termasuk pola individu sehari-hari, perubahan atau gangguan dan metode yang digunakan untuk mengendalikan ekskresi.
- 4) Riwayat keperawatan untuk pola aktivitas dan latihan
Menggambarkan pada olahraga dan aktivitas, pengisian waktu senggang dan rekreasi termasuk aktivitas kehidupan sehari-hari, tipe dan kualitas olahraga dan faktor-faktor yang mempengaruhi pola aktivitas (seperti otot, saraf, respirasi dan sirkulasi).
- 5) Riwayat keperawatan untuk pola istirahat dan tidur
Menggambarkan pola tidur, istirahat, dan relaksasi serta setiap bantuan untuk merubah pola tersebut.
- 6) Riwayat keperawatan untuk pola persepsi kognitif
Menggambarkan pola persepsi sensori dan pola kognitif, meliputi keadekuatan bentuk sensori (penglihatan, pendengaran, perabaan, pengecapan, dan penghidu). Pelaporan mengenai persepsi nyeri dan kemampuan fungsi kognitif.
- 7) Keperawatan untuk pola persepsi/konsep diri.
Menggambarkan bagaimana seseorang memandang dirinya sendiri.
- 8) Riwayat keperawatan untuk pola peran/hubungan
Menggambarkan pola keterikatan peran dengan hubungan, meliputi persepsi terhadap peran utama dan tanggung jawab dalam situasi kehidupan saat ini.

- 9) Riwayat keperawatan untuk pola seksualitas/reproduksi
Menggambarkan kepuasan atau ketidakpuasan dalam seksualitas, termasuk status reproduksi wanita.
- 10) Riwayat keperawatan untuk pola coping/toleransi stres
Menggambarkan pola coping umum dan keefektifan ketrampilan coping dalam mentoleransi stres.
- 11) Riwayat keperawatan untuk pola nilai/kepercayaan
Menggambarkan pola nilai, tujuan atau kepercayaan (termasuk kepercayaan spiritual) yang mengarahkan pilihan dan keputusan gaya hidup.
- c. Pemeriksaan fisik
- 1) Keadaan umum
Bagaimana keadaan pasien saat dirumah sakit
 - 2) Kesadaran dan vital sign
Bagaimana kesadaran, vital sign pasien (tekana darah, nadi, respirasi dan suhu)
 - 3) Tinggi dan berat badan pasien setelah masuk rumah sakit dan sebelumnya.
 - 4) Muka dan kepala
 - a) Mata
Periksa konjungtiva anemis atau tidak, sklera ikterik atau tidak.
 - b) Muka Apakah pucat atau tidak.
 - c) Leher
Adakah pembesaran kelenjar thyroid dan ada tidak nyeri telan.
 - d) Dada
Yang diperiksa adalah bentuk, kebersihan, ada kelainan puting atau tidak, areola, hiperpigmentasi atau ada kelainan lain, sedangkan untuk pemeriksaan palpasi ditemukan adanya nyeri tekan atau tidak, adakah benjolan, ASI/kolostrum keluar atau tidak.
 - e) Abdomen
Yang dilihat pada pemeriksaan abdomen yaitu bagaimana kebersihannya, adakah linea nigra, strie, adakah bekas luka operasi. Pemeriksaan palpasi diperiksa tinggi fundus uteri sesuaikan dengan usia kehamilan, adakah kontraksi uterus, adakah penumpukan massa, distensi urin.

- f) Genitalia
Pada vagina periksa adanya pengeluaran darah, kebersihannya.
- g) Ekstremitas
Pada ekstremitas terpasang infus atau tidak, adakah oedema, adakah keterbatasan gerak, sedang pada pemeriksaan ekstremitas bawah adakah oedema, adakah nyeri tungkai (homan sign) dan adakah keterbatasan gerak.

8. Tatalaksana

- a. Penatalaksanaan abortus
 - 1) Abortus imminens
 - (1) Istirahat baring agar aliran darah ke uterus bertambah dan rangsang mekanik berkurang.
 - (2) Progesteron 10 mg sehari untuk terapi substitusi dan untuk mengurangi kerentanan otot-otot rahim.
 - (3) Tes kehamilan dapat dilakukan. Bila hasil negatif, mungkin janin sudah mati.
 - (4) Pemeriksaan USG untuk menentukan apakah janin masih hidup.
 - (5) Berikan obat penenang, biasanya fenobarbital 3 x 30 mg.
 - (6) Pasien tidak boleh berhubungan seksual dulu sampai lebih kurang 2 minggu.
 - 2) Abortus insipiens
 - (1) Bila ada tanda-tanda syok maka atasi dulu dengan pemberian cairan dan transfusi darah.
 - (2) Pada kehamilan kurang dari 12 minggu, yang biasanya disertai perdarahan, tangani dengan pengosongan uterus memakai kuret vakum atau cunam abortus, disusul dengan kerokan memakai kuret tajam. Suntikkan ergometrin 0,5 mg intramuskular.
 - (3) Pada kehamilan lebih dari 12 minggu, berikan infus oksitosin 10 IU dalam dekstrose 5% 500 ml dimulai 8 tetes per menit dan naikkan sesuai kontraksi uterus sampai terjadi abortus komplet.

- (4) Bila janin sudah keluar, tetapi plasenta masih tertinggal, lakukan pengeluaran plasenta secara digital yang dapat disusul dengan kerokan.
 - (5) Memberi antibiotik sebagai profilaksis.
- 3) Abortus inkomplet
 - (1) Bila disertai syok karena perdarahan, berikan infus cairan NaCl fisiologis atau ringer laktat yang disusul dengan ditransfusi darah.
 - (2) Setelah syok diatasi, lakukan kerokan dengan kuret lalu suntikkan ergometrin 0,2 mg intramuskular untuk mempertahankan kontraksi otot uterus.
 - (3) Berikan antibiotik untuk mencegah infeksi.
 - 4) Abortus komplet
 - (1) Bila pasien anemia, berikan hematinik seperti sulfas ferosus atau transfusi darah.
 - (2) Berikan antibiotik untuk mencegah infeksi.
 - (3) Anjurkan pasien diet tinggi protein, vitamin, dan mineral.
 - 5) Missed abortion
 - (1) Bila terdapat hipofibrinogenemia siapkan darah segar atau fibrinogen.
 - (2) Pada kehamilan kurang dari 12 minggu. Lakukan pembukaan serviks dengan gagang laminaria selama 12 jam lalu dilakukan dilatasi serviks dengan dilatator Hegar. Kemudian hasil konsepsi diambil dengan cunam ovum lalu dengan kuret tajam.
 - (3) Pada kehamilan lebih dari 12 minggu. Infus intravena oksitosin 10 IU dalam dekstrose 5% sebanyak 500 ml mulai dengan 20 tetes per menit dan naikkan dosis sampai ada kontraksi uterus. Oksitosin dapat diberikan sampai 10 IU dalam 8 jam. Bila tidak berhasil, ulang infus oksitosin setelah pasien istirahat satu hari.
 - (4) Bila tinggi fundus uteri sampai 2 jari bawah pusat, keluarkan hasil konsepsi dengan menyuntik larutan garam 20% dalam kavum uteri melalui dinding perut.
 - 6) Abortus infeksius dan septik
 - (1) Tingkatkan asupan cairan.
 - (2) Bila perdarahan banyak, lakukan transfusi darah.

(3) Penanggulangan infeksi:

- Gentamycin 3 x 80 mg dan Penicillin 4 x 1,2 juta.
- Chloromycetin 4 x 500 mg.
- Cephalosporin 3 x 1.
- Sulbenicilin 3 x 1-2 gram.

(4) Kuretase dilakukan dalam waktu 6 jam karena pengeluaran sisa-sisa abortus mencegah perdarahan dan menghilangkan jaringan nekrosis yang bertindak sebagai medium perkembangbiakan bagi jasad renik.

(5) Pada abortus septik diberikan antibiotik dalam dosis yang lebih tinggi misalnya Sulbenicillin 3 x 2 gram.

(6) Pada kasus tetanus perlu diberikan ATS, irigasi dengan H₂O₂, dan histerektomi total secepatnya.

7) Abortus Habitualis

(1) Memperbaiki keadaan umum, pemberian makanan yang sehat, istirahat yang cukup, larangan koitus, dan olah raga.

(2) Merokok dan minum alkohol sebaiknya dikurangi atau dihentikan.

(3) Pada serviks inkompeten terapinya adalah operatif: Shirodkar atau Mac Donald (cervical cerclage).

b. Penatalaksanaan Masalah pada abortus

1) Penatalaksanaan nyeri

a) Lakukan pengkajian nyeri (PQRST)

Rasional: mengetahui karakteristik, lokasi, penyebab, durasi, dan kualitas nyeri.

b) Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan

Rasional: mengetahui reaksi non verbal seperti wajah klien saat nyeri.

c) Ajarkan teknik relaksasi non farmakologi

Rasional: mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri klien.

d) Kolaborasi pemberian analgetik

Rasional: memberikan analgetik untuk mengurangi nyeri.

e) Monitor tanda-tanda vital

Rasional: tanda-tanda vital klien dalam batas normal

2) Penatalaksanaan perdarahan

- a) Monitor tanda-tanda perdarahan.
Rasional: mengetahui tanda perdarahan pada pasien.
 - b) Catat nilai hemoglobin dan hematokrit.
Rasional: mengetahui perbandingan sel darah merah dan volume darah.
 - c) Anjurkan untuk meningkatkan intake.
Rasional: untuk mengurangi resiko syok.
 - d) Identifikasi penyebab perdarahan.
Rasional: mengetahui penyebab perdarahan pasien.
 - e) Monitor tanda-tanda vital.
Rasional: tanda-tanda vital dalam batas normal.
 - f) Intruksikan untuk membatasi aktivitas.
Rasional: menghindari adanya perdarahan.
 - g) Monitor tanda-tanda syok.
Rasional: mengetahui tanda-tanda syok pada pasien.
- 3) Penatalaksanaan pencegahan infeksi
- a) Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal.
Rasional: mengetahui adanya gejala infeksi lokal atau meyeluruhan.
 - b) Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan.
Rasional: menjaga kebersihan dan mencegah terjadinya infeksi pada pasien.
 - c) Tingkatkan intake nutrisi
Rasional: berikan intake protein yang adekuat agar dapat memperbarui sel atau menyembuhkan luka.
 - d) Monitor hitung granulosit dan WBC
Rasional: mengetahui jumlah normal sel darah putih pasien.
 - e) Ajarkan cara menghindari infeksi.
Rasional: menjaga kebersihan diri untuk menghindari infeksi.
- 4) Penatalaksanaan pencegahan dehidrasi
- a) Pertahankan catatan intake dan output yang adekuat.
Rasional: agar tidak terjadi kekurangan nutrisi dalam tubuh.
 - b) Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik)
Rasional: mengetahui status dehidrasi pasien.

- c) Monitor tanda-tanda vital

Rasional: tanda-tanda vital dalam batas normal.

- d) Monitor masukan makanan/cairan dan hitung intake kalori harian.

Rasional: untuk mengetahui jumlah makanan/cairan yang masuk ketubuh.

- e) Monitor status nutrisi

Rasional: mengetahui intake dan output pasien.

5) Penatalaksanaan pencegahan syok

- a) Monitor tanda inadekuat oksigenasi jaringan

Rasional: menghindari terjadinya kekurangan oksigen dalam jaringan tubuh pasien.

- b) Monitor suhu dan pernafasan

Rasional: suhu dan pernafasan dalam batas normal dan tidak menunjukkan tanda-tanda syok.

- c) Monitor input dan output.

Rasional: mengetahui intake dan output pasien.

- d) Pantau nilai labor (HB, HT, AGD, dan elektrolit)

Rasional: untuk mengetahui kadar sel darah merah dalam tubuh yang berfungsi sebagai pengangkut oksigen, untuk mengetahui perbandingan sel darah merah, analisa gas darah untuk mengevaluasi pertukaran oksigen dan karbondioksida dan untuk mengetahui status asam basa.

- e) Ajarkan pada keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok.

Rasional: agar keluarga dan pasien mengetahui cara mengatasi syok.

6) Penatalaksanaan kecemasan

- a) Gunakan pendekatan yang menenangkan

Rasional: memberikan ketenangan dan rasa nyaman untuk pasien.

- b) Dorong keluarga untuk menemani pasien

Rasional: agar rasa cemas pasien berkurang.

- c) Dengarkan dengan penuh perhatian

Rasional: mengurangi cemas pasien dan mengetahui sebab cemas pasien.

- d) Ajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi cemas klien
Rasional: mengajarkan teknik nafas dalam atau relaksasi untuk mengurangi cemas pasien.
- e) Monitor tanda-tanda vital
Rasional: tanda-tanda vital klien dalam batas normal.

D. Kesimpulan

Keterampilan klinis dalam pelayanan ibu pasca keguguran sangat dibutuhkan oleh bidan terutama untuk mengetahui klasifikasi, etiologi, dampak, dan penanganan kegawatdaruratan dari kasus abortus yang terjadi pada ibu hamil. Diharapkan bidan bisa melakukan pencegahan pada kasus abortus dan penanganan yang sesuai dengan Standar Operasional Prosedur dalam penanganan kasus abortus.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, V. I., Rusyanti, S., Yuliani, V., & Baska, D. Y. (2024). Konsep Dasar Teori Kehamilan, Persalinan, Bayi Baru Lahir, Nifas, dan Keluarga Berencana. Penerbit NEM.
- Albin, I., & Perkasa, A. F. (2023). Abortus Inkomplit. GALENICAL: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Mahasiswa Malikussaleh, 2(2), 85-91.
- Aminudin, M. (2022). HUBUNGAN INFEKSI COVID-19 DENGAN KEJADIAN ABORTUS DI RSUD DR. H. ABDUL MOELOEK PROVINSI LAMPUNG.
- Azizah, N., & White, I. P. F. I. (2022). ABORTUS INKOMPLETUS: LAPORAN KASUS. Jurnal Medical Profession (Medpro), 4(1), 1-7.
- Daniati, D., Teja, N. M. A. Y. R., Dewi, K. A. P., Hotijah, S., Mastryagung, G. A. D., Nurtini, N. M., ... & Juaeriah, R. (2023). ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN: Panduan Praktis untuk Bidan. PT. Green Pustaka Indonesia.
- Emi Kusumawardani, S. S. T., Argaheni, N. B., ST, S., Megawati, S., Wiwin Widayanti, S. S. T., Salanti, B. P., ... & Nilakesuma, N. F. (2024). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kasus Kompleks. Mahakarya Citra Utama Group.
- Farawansya, K., Lestari, P. D., & Riski, M. (2022). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Abortus di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Tahun 2020. Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi, 22(1), 621-625.
- Graciana, A., & OG, A. K. D. S. (2023). Gambaran Kejadian Abortus Pada Kehamilan Usia Remaja Di RS Sumber Waras. Jurnal Muara Medika dan Psikologi Klinis, 3(2), 147-154.
- Jubaedah, E. (2023). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Gawat Darurat Maternal dan Neonatal. Penerbit NEM.
- Keb, S. M. T., Bdn, R., Mid, M., & Mardiyono, M. N. S. (2023). Terapi Gangguan Kecemasan Ibu Hamil Dengan Kombinasi Mindfulness Based Cognitive Terapi dan Hidroterapi. The Journal Publishing, 4(6).
- Massa, S., Awatiszahro, A., Inti, S., Kusumawati, L. S., & Himmah, F. R. A. (2024). Hubungan antara Pekerjaan Ibu dengan Kejadian Abortus di RSUD Maba Kabupaten Halmahera Timur Provinsi Maluku Utara Tahn 2023. Jurnal Mahasiswa Kesehatan, 5(2), 146-152.
- Muhammad, K. F. (2020). Aspek Hukum Tentang Abortus Provocatus Therapeuticus Di Indonesia. Jurnal Penelitian IPTEKS, 5(1), 138-150.

- Ningsi, A., ST, S., ST, A. S., Keb, M., Sonda, M., & SiT, S. (2024). Asuhan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal. Nas Media Pustaka.
- Riningsih¹, S., Tri Maryani, S. S. T., & Kes, M. (2020). Karakteristik Ibu yang Mengalami Abortus di Rumah Sakit Khusus Ibu Anak Kahyangan Yogyakarta Tahun 2019 (Doctoral dissertation).
- SAFITRI, H. (2021). ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN DENGAN ABORTUS INSIPIENS TERHADAP NY. T DI KLINIK MITRA KELUARGA MEDIKA MARGA KENCANA TULANG BAWANG BARAT (Doctoral dissertation, Poltekkes Tanjungkarang).
- SAPUTRI, D. (2022). Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri Luka Episiotomi Pada Ibu Post Partum Di Rs Bhayangkara Kota Bengkulu Tahun 2022 (Doctoral dissertation, Poltekkes Kemenkes Bengkulu).
- Setyowati, A., & Baroroh, I. (2023). Buku Ajar Kegawatdaruratan Maternal Neonatal. Penerbit NEM.
- Suwardianto, H. (2020). Buku Ajar Keperawatan Kritis: Pendekatan Evidence Base Practice Nursing. Lembaga Chakra Brahmana Lentera.
- Wisnasari, S., Utami, Y. W., Susanto, A. H., & Dewi, E. S. (2021). Keperawatan Dasar: Dasar-Dasar untuk Praktik Keperawatan Profesional. Universitas Brawijaya Press.

BAB III

ASUHAN PERSALINAN KALA I NORMAL DENGAN TEKNIK PAZ MARYAM

Ika Lustiani, S.ST., M.Kes.

A. Pendahuluan

Sebagian Perempuan menganggap kelahiran anak adalah peristiwa kodrat yang harus dialami, namun ada juga yang menganggapnya sebagai peristiwa istimewa yang menentukan kehidupannya di masa depan.

Angka kematian ibu dan anak merupakan dua indikator yang biasa digunakan untuk mengetahui status kesehatan suatu negara. Hal ini menjadi perhatian pemerintah karena Indonesia merupakan salah satu dari tiga negara dengan angka kematian ibu dan anak tertinggi di kawasan ASEAN. Berdasarkan data dari Maternal Perinatal Death Notification (MPDN), sistem pencatatan kematian ibu Kementerian Kesehatan, jumlah kematian ibu pada tahun 2022 mencapai 4.005 dan di tahun 2023 meningkat menjadi 4.129. Sementara itu, untuk kematian bayi pada 2022 sebanyak 20.882 dan pada tahun 2023 tercatat 29.945. (Kemenkes, 2024)

Persalinan lama dapat menyebabkan komplikasi bagi ibu dan janin. Komplikasi pada ibu termasuk trauma obstetrik dan korioamnionitis, sedangkan komplikasi pada janin termasuk asfiksia neonatal dan masuk ke unit perawatan intensif. Di Indonesia, 1-1,8% kematian ibu dilaporkan disebabkan oleh persalinan lama. (Luthfiyani, 2020).

Pendekatan nonfarmakologis sudah banyak digunakan untuk mencegah persalinan lama salah satunya adalah Teknik persalinan PAZ Maryam. Teknik melahirkan Maryam terinspirasi dari Surat Maryam, khususnya Surat yang menceritakan saat Mariam melahirkan putranya, Nabi Isa AS. Cara persalinan ini berdasarkan ayat 22 sampai 26 Surat Maryam Al-Quran. Salah satu isi suratnya adalah "Maka rasa sakit akan melahirkan anak memaksa ia (bersandar) pada pangkal pohon kurma, dia berkata: "Aduhai, alangkah baiknya aku mati sebelum ini, dan aku menjadi barang yang tidak berarti, lagi

dilupakan." (QS. Maryam : 23). Kunci dari Teknik ini adalah dengan "menggoyangkan pohon kurma dan arahkan kebadan," yang diartikan sebagai posisi mendorong, menggoyangkan dan menarik pohon tersebut. (Rahma, 2021).

Setiap persalinan mempunyai keunikan masing-masing. Pendekatan non-farmakologi memiliki keuntungan dalam mengurangi efek samping yang terkait dengan terapi obat pada ibu dan bayi. Selain itu juga dapat memberikan rasa nyaman pada ibu dan janin.

B. Tujuan

Buku ini ditujukan untuk memberikan pengetahuan umum kepada para mahasiswa tentang Asuhan Persalinan Kala I Normal dengan teknik PAZ maryam. Dengan mempelajari buku ini para mahasiswa diharapkan dapat memperoleh pe

nggetahuan dasar persalinan, Kala I Lama dan terapi non-farmakologis untuk mempercepat bukaan serviks kala I dengan PAZ Maryam. Disamping itu pemahaman yang memadai akan materi ini merupakan penuntun asuhan kebidanan komplementer yang dapat lebih dikembangkan lebih baik lagi.

Sedangkan tujuan mempelajari Teknik persalinan dengan PAZ Maryam ini adalah untuk mengetahui efektivitasnya terhadap percepatan bukaan kala I untuk menghindari persalinan Lama atau memanjang, Dimana hal tersebut dapat membahayakan ibu dan janin.

C. Pembahasan

1. Persalinan

a. Pengertian

Persalinan merupakan pengeluaran hasil konsepsi pada usia kehamilan 37-40 minggu (bukan prematur atau serotinus), bersifat spontan (tidak diinduksi) dan janin (tunggal) mempunyai posisi oksipital di daerah parietal (bagian atas kepala) dan panggul bagian anterior. Tidak ada bantuan buatan (misalnya porceps), komplikasi (misalnya perdarahan masif) dan persalinan plasenta normal. (Mutmainnah, 2021).

Persalinan normal merupakan suatu proses persalinan yang terjadi secara alami melalui kontraksi rahim ibu yang dilanjutkan dengan pembukaan rahim dan keluarnya bayi. (Namangdjabar, 2023)

Menurut pengertian diatas dapat disimpulkan, persalinan normal adalah suatu proses alamiah dimulai dari membukanya serviks (mulut rahim) mulai dari 1-10 cm, dan keluarnya bayi serta plasenta pada usia akhir kehamilan 37-40 minggu dengan presentasi belakang kepala tanpa ada hambatan dalam prosesnya.

b. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Terdapat banyak faktor yang mempengaruhi persalinan, diantaranya menurut (Ma'rifah, 2022) adalah sebagai berikut:

1) Passage (jalan lahir)

Passage merupakan jalan lahir yang harus dilewati janin dan terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, leher rahim, dan vagina. Lintasan harus dalam kondisi baik, agar proses pengeluaran hasil konsepsi lancar. Faktor genetik, fisiologis, dan lingkungan, termasuk pola makan, mempengaruhi tinggi badan ibu. Selain itu, leher rahim yang kaku juga pembukaan.

2) Passenger (janin)

Bagian terbesar dan tersulit pada janin adalah kepala janin. Posisi dan ukuran kepala dapat mempengaruhi jalannya persalinan. Faktor posisi janin di dalam rahim juga mempengaruhi proses kelahiran. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam mempertahankan janin di dalam rahim antara lain postur (postur), kedudukan, orientasi, dan letak janin. Plasenta juga dianggap

sebagai penumpang, namun jarang mengganggu persalinan normal.

3) Power (tenaga atau kekuatan)

Kekuatan otot adalah energi utama atau tenaga utama yang dihasilkan oleh kontraksi otot-otot rahim, kontraksi otot-otot dinding perut, kontraksi diafragma panggul, dan kerja ketegangan dan ligamen, terutama ligamen teres. Mulainya kontraksi rahim merupakan tanda dimulainya persalinan. Hal-hal yang perlu diperhatikan antara lain frekuensi, intensitas, durasi atau lamanya, keteraturan, jarak, dan aktivitas.

HIS normal ditandai dengan kontraksi simetris, dominasi fundus, lembek, involunter (terjadi di luar kemauan), intermiten (terjadi secara berkala), nyeri, tidak terkoordinasi, dan terkadang fisik dan kimia. Ada kemungkinan dipengaruhi oleh faktor eksternal, baik secara fisik dan psikologis. Jika desis yang terjadi lemah, pendek, dan jarang, mengganggu penurunan kepala dan pembukaan serviks. atau, yang sering disebut sebagai kontraksi otot rahim yang tidak teratur. Keadaan ini membuat otot rahim kesulitan meningkatkan pembukaan rahim dan mengeluarkan janin dari rahim. Sang ibu akhirnya mengalami persalinan yang lama karena persalinannya tidak berlanjut.

4) Psyche (kejiwaan)

Faktor psikologis yang mempengaruhi persalinan antara lain emosi ibu, pendidikan, pengalaman melahirkan di masa lalu, adat istiadat, dan dukungan dari orang terdekat. Ibu hamil mengalami perasaan cemas, takut, gelisah, dan gelisah sehubungan dengan kehamilan. Hal ini berkaitan dengan kondisi janin, ketakutannya melahirkan, dan perubahan fisik yang akan terjadi. Kecemasan dan rasa takut (distress) yang berlebihan merupakan faktor utama penyebab nyeri saat persalinan, mempengaruhi kontraksi rahim dan pelebaran serviks, sehingga memperpanjang persalinan.

5) Penolong

Peran Bidan adalah membantu proses persalinan serta memprediksi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Persalinan yang lancar tergantung pada

keterampilan dan kemauan penolong untuk terlibat dalam proses persalinan.

c. Tanda-Tanda Persalinan

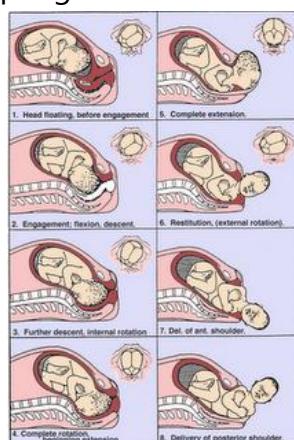
Beberapa tanda-tanda yang menunjukkan dimulainya masa persalinan menurut (Wijayanti, 2023) adalah sebagai berikut :

- 1) Ibu mengalami kontraksi dan sekaligus merasa perlu mengejan dan menahan nafas.
- 2) Ibu merasakan peningkatan tekanan pada rektum dan vagina.
- 3) Bendungan mulai bermunculan.
- 4) Vagina dan sfingter anal mulai terbuka.
- 5) Peningkatan pengeluaran lendir bercampur darah.

d. Mekanisme Persalinan

Rangkaian proses pengeluaran janin menurut (Putri, 2022) adalah sebagai berikut:

- 1) Ibu merasakan kontraksi sekaligus merasa perlu mengejan dan menahan nafas.
- 2) Ibu merasakan peningkatan tekanan pada rektum dan vagina.
- 3) Bendungan mulai bermunculan.
- 4) Vagina dan sfingter anal mulai terbuka.
- 5) Peningkatan pengeluaran lendir bercampur darah.
- 6) Ibu merasakan kontraksi sekaligus merasa perlu menahan nafas dengan paksa.
- 7) Ibu merasakan peningkatan tekanan pada rektum dan vagina.
- 8) Bendungan mulai bermunculan.
- 9) Vagina dan sfingter anal mulai terbuka.
- 10) Peningkatan pengeluaran lendir bercampur darah.



Gambar 3.1

Sumber: Lestari, 2020

e. Tahapan Persalinan Kala I

Kala I merupakan kejadian pembukaan serviks antara nol dan pembukaan penuh (10 cm). Pada wanita primipara, Tahap I berlangsung sekitar 13 jam, sedangkan pada wanita multipara membutuhkan waktu sekitar 7 jam. Gejala tahap pertama dimulai dengan kontraksi dan adanya bloody show. (Kasiati, 2023).

Kala satu persalinan dianggap berkepanjangan jika berlangsung lebih dari 24 jam pada primipara dan 18 jam pada multipara. Masa inkubasi tahap pertama berkepanjangan, rahim rentan terhadap keadaan hipertonik, dan kontraksi rahim tidak mencukupi dan hanya ringan (kurang dari 15 mmHg di layar monitor), sehingga kontraksi rahim tidak efektif. Jika kualitas dan durasi kontraksi baik, fase aktif diperpanjang tetapi pelebaran lemah dapat terjadi secara tiba-tiba, setelah itu kontraksi menjadi lebih jarang dan lemah, dan pelebaran dapat berhenti. Jika hal ini terjadi dan didukung oleh kontraksi hipertonikhipertonik, maka dapat terjadi pecah ketuban. (Yulizawati, 2019)

1) Fase Laten

Diimulai pada awal persalinan, ketika serviks secara bertahap menipis dan mulai terbuka, dan pembukaan serviks perlahan-lahan berkembang dari 0 cm menjadi 3 cm selama 8 jam.

2) Fase Aktif

Selama fase aktif, kontraksi menjadi lebih kuat dan sering. Fase aktif berlangsung 6 jam dan dibagi menjadi tiga subfase:

- a) Periode Akselerasi : membutuhkan waktu 2 jam dari bukaan 3 cm hingga 4 cm
- b) Periode Dilatasi Maksimal : membutuhkan waktu 2 jam dari bukaan 4 cm berkembang pesat menjadi 9 cm
- c) Periode Deselerasi : berkembang perlahan dan membutuhkan waktu 2 jam dari pembukaan 9 cm hingga 10 cm atau lengkap.

f. Dokumentasi

- 1) Catatan perkembangan : alat untuk mencatat kondisi klien pada kala 1 Fase Laten.
- 2) Partagraf adalah alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi ibu, riwayat kesehatan, dan pemeriksaan fisik selama

persalinan, dan sangat penting untuk pengambilan keputusan klinis selama persalinan. Partagraf adalah alat yang digunakan pada masa persalinan fase aktif. (Astari, 2020)

2. Kala I Lama

a. Pengertian

Persalinan lama merupakan suatu proses yang kompleks, terutama bila peristiwa psikologis dan fisiologis saling terkait dan tidak dapat dipisahkan. Beberapa ibu melahirkan lebih lama dibandingkan ibu lainnya. Beberapa kelahiran tertunda karena ukuran janin dan posisinya yang tidak normal.

Kala I lama diklasifikasikan menjadi 2 menurut Saifuddin dalam (Ningsi, 2024), yaitu:

- 1) Fase Laten Lama (Prolonged latent phase) : Ini adalah tahap di mana pelebaran serviks tidak melebihi 3 cm setelah 8 jam persalinan pada wanita multipara.
- 2) Fase aktif Lama (Prolonged Active Phase) : adalah fase yang berlangsung lebih dari 12 jam, dimana dilatasi serviks pada wanita primipara kurang dari 1,2 cm per jam, rata-rata setelah 6 jam adalah 2,5 jam, dan kecepatan dilatasi serviks pada wanita multipara adalah kurang dari 1,5 cm per luas.

b. Etiologi Kala I Lama

Dilatasi serviks yang tidak normal dapat memperpanjang persalinan. Leher rahim terbuka perlahan karena kepala tidak diturunkan untuk menekan leher rahim. Terjadinya Kala I Lama karena kelainan dari faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan (Power, passage, passage, psikologis dan penolong), selain itu dapat disebabkan oleh faktor lain.

Berikut etiologi Kala I Lama menurut (Subiastutik, 2022):

- 1) Disproporsi Sefalopelvik

Kondisi dimana kepala bayi lebih besar dari panggul sehingga menyulitkan janin untuk melewati panggul. Ketidakseimbangan sefalopelvik juga bisa disebabkan oleh panggul yang sempit dengan ukuran kepala janin yang normal, atau kombinasi antara panggul yang normal dan janin yang

besar, atau bayi yang besar dan panggul yang sempit. (Kay, 2022)

2) Malpresentasi dan malposisi

Mal Posisi ini melibatkan bagian terbawah janin, yang terletak di bagian bawah rahim, bukan di belakang kepala. Deformasi sekarang menjadi dan bagian asalnya tidak terletak di anterior. Dalam keadaan normal, presentasi janin berada di belakang kepala, dengan ubun-ubun mengarah ke posisi lateral (saat memasuki PAP) dan mengarah ke posisi anterior (setelah melewati PAP). Kepala memasuki panggul dalam ukuran terkecilnya. Postur yang tidak normal dapat menyebabkan kelainan bentuk janin dan kesulitan melahirkan. Representasi kepala (dengan penunjuk UUB) bila direntangkan sedikit, representasi dahi (termasuk penunjuk oksiput) bila ekstensi, dan representasi wajah. Jika janin mengalami mal presentasi dan mal posisi, persalinan mungkin akan memakan waktu lama atau bahkan terhambat. (Kusumawardani, 2024)

3) Kerja uterus yang tidak efisien

Disfungsi uterus mencakup ketidakmampuan mengatur aktivitas uterus, inersia uterus, dan ketidakmampuan serviks untuk berdilatasi, yang menyebabkan persalinan lama atau penghentian persalinan total. Situasi ini sering kali melibatkan ketidakseimbangan dan penafsiran yang keliru. (Setyowati, 2023)

4) Primigraviditas

Pada wanita primipara, rata-rata lama masa inkubasinya adalah 8 jam, dan batas atas normalnya adalah 20 jam. Sebaliknya, pada kasus primigravida, fase aktif yang berlangsung lebih dari 12 jam merupakan kondisi abnormal.

5) Ketuban pecah dini

Pecahnya ketuban akibat matangnya serviks dan kontraksi yang kuat tidak akan pernah menyebabkan perpanjangan durasi persalinan. Namun jika selaput ketuban pecah saat leher rahim masih keras dan tertutup, seringkali terdapat masa inkubasi yang lama. Hal ini disebabkan ukuran pintu atas. Oleh karena itu, panggul yang sempit (PAP) menghambat persalinan, yaitu serviks terbuka perlahan dan seringkali tidak sempurna, sehingga

membuat kerja rahim menjadi tidak efisien. Ketidakmampuan serviks untuk membuka dengan lancar dan cepat serta kontraksi rahim yang tidak efisien dapat menyebabkan persalinan lama. (Subiastutik, 2022)

c. Bahaya Kala I Lama

Partus lama dapat menimbulkan dampak buruk bagi ibu dan bayinya. Ibu dan bayi mengalami stres yang dapat menyebabkan peningkatan prosedur dan risiko perdarahan pascapersalinan serta atonia uteri yang dapat meningkatkan risiko infeksi. Komplikasi dari persalinan lama, termasuk atonia uteri, ruptur uteri, perdarahan, infeksi, kelelahan dan syok pada ibu, sesak napas, trauma otak, dan cedera akibat pengangkatan dan rotasi. Terdapat jenis-jenis bahaya yang akan ditimbulkan dari persalinan kala I lama (Merida, 2023), yaitu:

1) Ruptur Uteri

Ketika selaput ketuban pecah dan cairan ketuban mengalir keluar, janin ter dorong ke bagian bawah rahim sebanyak kontraksi. Jika kontraksi terus berlanjut, bagian bawah rahim menjadi berbahaya karena meregang dan menipis sehingga meningkatkan kemungkinan pecahnya rahim. Ruptur rahim lebih sering terjadi pada wanita multipara, terutama jika rahim melemah akibat jaringan parut atau operasi caesar sebelumnya. Peristiwa pecahnya juga dapat menyebabkan perdarahan persalinan yang dapat berakibat fatal jika tidak segera ditangani.

2) Pembentukan Fistula

Jika kepala bayi tersumbat di panggul cukup lama, bagian kandung kemih, leher rahim, vagina, dan rektum menjadi terjepit di antara kepala bayi dan tulang panggul, sehingga menimbulkan tekanan yang tidak semestinya. Hal ini menyebabkan kerusakan pada sirkulasi oksigen di jaringan ini, menyebabkan nekrosis dan pembentukan fistula lebih lanjut dalam beberapa hari. Fistula termasuk vesikovaginal (antara kandung kemih dan vagina), vesicocervical (antara kandung kemih dan leher rahim), dan rektovaginal (antara rektum dan vagina), yang dapat menyebabkan kebocoran urin atau pembuluh darah di vagina. Fistula biasanya terbentuk setelah kala dua persalinan dan

terutama terjadi pada wanita nulipara, terutama di negara-negara dengan tingkat kehamilan dini yang tinggi.

3) Sepsis Puerperalis

Pada kasus persalinan lama, infeksi, terutama akibat ketuban pecah dini, menimbulkan risiko serius bagi ibu dan bayi.

4) Cedera otot-otot dasar panggul

Selama kelahiran bayi, dasar panggul menerima tekanan langsung dari kepala bayi dan tekanan ke bawah dari kekuatan regangan ibu. Kekuatan ini meregangkan dan memperluas dasar panggul, menyebabkan perubahan fungsional dan anatomi pada otot, saraf, dan jaringan ikat, menyebabkan inkontinensia urin dan prolaps organ panggul.

5) Kaput suksedaneum

Jika panggul sempit, daerah oksipital besar sering terbentuk di bagian bawah janin saat melahirkan. Head ini berukuran besar dan dapat menyebabkan kesalahan diagnostik yang serius.

6) Molase kepala janin

Karena tekanan His yang kuat, lempeng tulang tengkorak tumpang tindih pada jahitan besar, ujung tengah tulang parietal yang menyentuh tanjung tumpang tindih dengan tulang tetangganya, dan hal yang sama terjadi pada daerah parietal.

7) Kematian janin

Jika persalinan terhambat atau berkepanjangan, hal ini dapat memberikan tekanan yang terlalu besar pada plasenta dan tali pusat, sehingga menyebabkan kematian janin. Janin yang mati menjadi lunak karena pembusukan dan dapat terjadi koagulasi intravaskular diseminata. Hal ini dapat menyebabkan perdarahan, syok, dan kematian ibu.

3. Teknik PAZ Maryam

a. Pengertian

Pada Al-Qur'an disebutkan, Malaikat Jibril membimbing Maryam agar berdiri sambil mengguncang pohon kurma. Hingga buah kurmanya jatuh kemudian diambil, dicuci dan dimakan. Dalam tinjauan medis saat badan tertarik oleh pohon kurma. Kontraksi menjadi lebih kuat namun tidak terasa sakit. Posisi berdiri membantu bayi cepat lahir

karena dibantu oleh gaya gravitasi. Disini metode persalinan dengan menggoyang pohon kurma. Diaplikasikan dengan memasang pipa besi secara hirisontal di tembok sebagai pengganti pohon kurma. Sedangkan air dibawah pohon kurma diganti dengan kolam yang merendam sebatas pergelangan kaki. (Hidayat, 2021)

Teknik ini dikembangkan oleh Klinik Pratama D'maryam di kecamatan Kraton, Kota Yogyakarta, menerapkan metode persalinan Pengobatan Akhir Zaman Maryam (PAZ Maryam). Bidan Yulia Himawati sekaligus pemilik klinik mempelajari metode melahirkan ini dari Pusat Pelatihan Pengobatan Akhir Zaman Al Kasaw yang didirikan oleh almarhum Ustaz Haris Moedjahid yang terletak di Klaten pada saat suaminya mengalami masalah kesehatan. (Firatmaja, 2023).

Teknik Persalinan Paz Maryam adalah gerakan-gerakan tubuh naik (berdiri) dan turun (Setengah jongkok) serta menggoyangkan tubuh mendekat dan menjauh dari pegangan.

b. Tujuan Teknik PAZ Maryam

Teknik persalinan PAZ Maryam dapat melatih otot pinggang, pinggul, dan memperbaiki keseimbangan posisi panggul, sehingga membantu janin atau bagian terendah janin untuk segera turun ke panggul dengan memanfaatkan gaya gravitasi bumi maka akan didapatkan waktu persalinan lebih pendek atau singkat.

c. Hal-Hal Yang Harus Diperhatikan

Untuk menghindari hal-hal yang tidak diinginkan maka terdapat beberapa hal yang harus diperhatikan menurut (Widiyani, 2019) adalah sebagai berikut:

- 1) Bukan bebas rasa sakit

Teknik ini tidak mengurangi rasa sakit yang dialami ibu saat melahirkan. Namun para ibu dilatih untuk lebih tenang dan dapat mengalishkan rasa sakit. Teknik ini lebih efektif jika dilakukan sebelum kelahiran. Hal ini untuk membantu ibu menjaga asupan harian serta menjaga kesehatan fisik dan kekuatan mental hingga melahirkan.

- 2) Menyertakan hasil pemeriksaan dokter

Pemeriksaan dokter sebagaiAI dasar untuk memberikan terapi, saran, nasihat yang diharapkan dapat membantu mempermudah proses kehamilan hingga persalinan, saat memutuskan hendak

melahirkan dengan teknik PAZ Maryam. Saran dokter menjamin ibu mendapat saran dan bantuan sesuai kebutuhannya.

3) Harus dinyatakan sehat

Persalinan adalah peristiwa yang berisiko. Artinya, ibu harus dalam kondisi yang sehat dengan dukungan maksimal dari lingkungan sekitar. Setidaknya 1 dari 10 persalinan biasanya ada masalah. Misalnya, ibu mungkin menderita anemia, atau bayi tidak menangis setelah melahirkan.

4) Pilih lokasi yang dekat rumah sakit

Hal ini tidak hanya berlaku untuk teknik PM, tapi juga metode bersalin lain yang banyak ditawarkan pada ibu hamil. Masalah selama persalinan biasanya hanya bisa ditangani setelah dirujuk ke rumah sakit. Lokasi persalinan sebaiknya jangan terlalu jauh dengan rumah sakit

d. Langkah-Langkah Teknik PAZ Maryam

Teknik Persalinan Paz Maryam adalah gerakan-gerakan tubuh naik (berdiri) dan turun (Setengah jongkok) serta menggoyangkan tubuh mendekat dan menjauh dari pegangan. Adapun Langkah-langkah Teknik PAZ Maryam ini menurut (Himawati, 2023) adalah sebagai berikut :

- 1) Klien berdiri tegap dengan kedua kaki terbuka membentuk huruf V terbalik, kedua tangan menempel pada pegangan yang ada (pohon kurma) (gambar no 1)
- 2) Tarik badan secara perlahan menjauhi pegangan tangan (seolah menarik pohon kurma) sehingga lengan meregang. (gambar no 2 dan 3)
- 3) Arahkan tubuh setengah jongkok sehingga tulang pugung dan pinggul ikut meregang. (gambar no 4)
- 4) Ayunkan tubuh dari bawah keatas. (gambar no 5)
- 5) Posisi tubuh Kembali seperti semula. (gambar no 6)
- 6) Lakukan Gerakan tersebut berulang-ulang kali (jika ibu kuat lakukan sampai pembukaan lengkap). Pastikan ibu tenang dan Bahagia.



Gambar 3.2
Sumber: Data Primer, 2024

D. Kesimpulan

Penerapan asuhan kebidanan persalinan kala I dengan Teknik PAZ Maryam yang dilakukan dengan cara observasional menggunakan pendekatan *cross sectional*/didapatkan adanya pengaruh Teknik PAZ Maryam terhadap percepatan bukaan kala I di TPMB Ika Kota Serang. Dalam proses melahirkan, makan dan minum tetap dilakukan. Teknik PAZ Maryam dapat dikombinasikan dengan terapi non farmakologis lainnya, karena Teknik ini tidak untuk menghilangkan nyeri persalinan.

Dari segi medis, seorang wanita harus didukung untuk melahirkan dalam posisi yang disukainya dan paling nyaman serta membahagiakan, seperti duduk, jongkok, atau berdiri dengan posisi tegak, Jika ibu yang melahirkan lebih memilih satu posisi, hal ini harus didukung atau didorong demi kepentingan ibu, bukan karena ada manfaat signifikan yang terdokumentasi dalam hal memfasilitasi proses kelahiran.

Persalinan Teknik PAZ Maryam adalah persalinan yang bukan untuk menggantikan persalinan caesar. Hal ini tidak menutup kemungkinan bahwa pasien yang memerlukan pelayanan kebidanan dapat ditangani dengan operasi caesar, karena operasi caesar pada hakikatnya merupakan tindakan darurat yang hanya dapat dilakukan jika terdapat indikasi medis tertentu, dan untuk melaksanakan persalinan kala I dengan Teknik PAZ MARYAM pastikan keadaan ibu dalam keadaan normal, tidak ada komplikasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Astari, R. Y. (2020). *Mutu Pelayanan Kebidanan Dan Kebijakan Kesehatan*. Sleman: Penerbit Deepublish.
- Firatmaja, F. (2023, November 29). *PAZ Maryam, Metode Melahirkan Islami Ala Siti Maryam*. Retrieved from REPUBLIKA.CO.ID: <https://tv.republika.co.id/berita/s4cxn2418/paz-maryam-metode-melahirkan-islami-ala-siti-maryam>
- Hidayat, T. (2021, Januari 18). *PAZ Maryam Metode Persalinan Tanpa Menyisakan Trauma*. Retrieved from Times Indonesia: <https://timesindonesia.co.id/kesehatan/322018/paz-maryam-metode-persalinan-tanpa-menysikan-trauma>
- Himawati, Y. (2023, November 18). *PAZ Maryam, Metode Melahirkan Islami Ala Siti Maryam*. (Y. Himawati, Performer) Official Channel Republika TV, Yogyakarta, Jawa Tengah, Indonesia.
- Kasiati. (2023). *Asuhan Kebidanan Dengan Pendekatan Holistik Series: Asuhan Persalinan Dilengkapi Peraturan Dan Perundangan Yang Terkait*. Sleman: Penerbit Deepublish.
- Kay, S. (2022). *Crash Course Obstetrics and Gynaecology*. Singapore: Penerbit Elsevier Health Sciences.
- Kemenkes. (2024, Januari 25). *Agar Ibu dan Bayi Selamat*. Retrieved from Sehat Negeriku Sehatlah Bangsaku: <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/blog/20240125/3944849/agar-ibu-dan-bayi-selamat/>
- Kusumawardani, E. (2024). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kasus Kompleks*. Jakarta: Penerbit Mahakarya Citra Utama Group.
- Lestari, H. E. (2020, April 04). *MEKANISME PERSALINAN NORMAL*. Retrieved from Info Bidan: <https://www.informasibidan.com/2020/04/mekanisme-persalinan-normal.html>
- Luthfiyani, S. N. (2020, Desember 07). *Partus Lama*. Retrieved from Alodok: <https://www.alomedika.com/penyakit/obstetrik-dan-ginekologi/partus-lama>
- Ma'rifah, U. (2022). *ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN DAN BAYI BARU LAHIR*. Malang: Penerbit Rena Cipta Mandiri.
- Merida, Y. (2023). *Buku Ajar Asuhan Persalinan Kegawatdaruratan Kala I*. Jakarta: Penerbit Mahakarya Citra Utama Group.

- Mutmainnah, A. U. (2021). *Asuhan Persalinan Normal dan Bayi Baru Lahir*. Yogyakarta: Penerbit Andi Offset.
- Namangdjabar, O. L. (2023). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan Normal & Bayi Baru Lahir*. Malang: Penerbit Rena Cipta Mandiri.
- Ningsi, A. (2024). *Asuhan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal*. Klaten: Penerbit Nas Media Pustaka.
- Putri, Y. (2022). *Buku Ajar Fisiologi Kehamilan, Persalinan, Nifas, dan Bayi Baru Lahir*. Pekalongan: Penerbit NEM.
- Rahma, K. (2021, September 29). *Apa itu Metode Melahirkan Maryam? Bisa Mengurangi Rasa Sakit!* Retrieved from Popmama: <https://www.popmama.com/pregnancy/birth/khopida-rahma/apa-itu-metode-melahirkan-maryam>
- Setyowati, A. (2023). *Buku Ajar Kegawatdaruratan Maternal Neonatal*. Pekalongan: Penerbit NEM.
- Subiastutik, E. (2022). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan*. Pekalongan: Penerbit NEM.
- Subiastutik, E. (2022). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Persalinan*. Pekalongan: Penerbit NEM.
- WHO. (2020, Januari 1). *Maternal Health*. Retrieved from World Health Organization: <https://www.who.int/health-topics/maternal-health>
- Widiyani, R. (2019, Agustus 30). *4 Poin Penting Buat Ibu yang Ingin Coba Teknik Persalinan Maryam*. Retrieved from Detik Berita: <https://health.detik.com/berita-detikhealth/d-4686682/4-poin-penting-buat-ibu-yang-ingin-coba-teknik-persalinan-maryam>
- Wijayanti, I. T. (2023). *Buku Ajar Mengenal Dasar dan Evidence Based Askeb Persalinan dan BBL S1 Kebidanan*. Jakarta: Penerbit Mahakarya Citra Utama Group.
- Yulizawati. (2019). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Sidoarjo: Penerbit Indomedia Pustaka.

BAB IV

MASA NIFAS

Ardiyanti Hidayah, SST., Bd., M.Kes.

A. Pendahuluan

Masa nifas merupakan masa yang dilalui oleh setiap Wanita setelah melahirkan. Masa ini berlangsung sejak plasenta lahir sampai 6 minggu setelah kelahiran atau 42 hari setelah kelahiran. Masa nifas secara garis besar disebut masa involusi yaitu berkontraksi atau mengerutnya otot Rahim setelah lepasnya plasenta, sehingga menyebabkan pembuluh darah terjepit dan perdarahan berhenti. Periode pasca persalinan meliputi masa transisi bagi ibu, bayi, dan keluarganya secara fisiologis, emosional dan sosial. Baik di negara maju maupun negara berkembang, perhatian utama bagi ibu dan bayi terlalu banyak tertuju pada masa kehamilan dan persalinan, sementara keadaan yang sebenarnya justru merupakan kebalikannya, oleh karena risiko kesakitan dan kematian ibu serta bayi lebih sering terjadi pada masa pasca persalinan. Keadaan ini terutama disebabkan oleh konsekuensi ekonomi, di samping ketidaktersediaan pelayanan atau rendahnya peranan fasilitas kesehatan dalam menyediakan pelayanan kesehatan yang cukup berkualitas. Rendahnya kualitas pelayanan kesehatan juga menyebabkan rendahnya keberhasilan promosi kesehatan dan deteksi dini serta penatalaksanaan yang adekuat terhadap masalah dan penyakit yang timbul pada masa pasca persalinan (Rachimhadhi dan Wiknjosastro, 2016).

B. Tujuan

Mahasiswa diharapkan mampu mengetahui dan melakukan ketrampilan asuhan kebidanan pada masa nifas.

C. Pembahasan

1. Pengertian

Masa nifas atau dikenal juga dengan masa purperium adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas ini berlangsung kira-kira selama 6 minggu (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Periode pascapartum adalah masa dari kelahiran plasenta dan selaput janin (menandakan akhir periode intrapartum) hingga kembalinya tractus reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil. Masa nifas nifas merupakan periode yang akan dilalui oleh ibu setelah masa persalinan, yang dimulai dari setelah kelahiran bayi dan plasenta, yakni setelah berakhirnya kala IV dalam persalinan dan berakhir sampai dengan 6 minggu (42 hari) yang ditandai dengan berhentinya pendarahan (Maritalia, 2012).

Kesimpulan yang dapat diambil dari beberapa pengertian terkait masa nifas yaitu masa nifas atau masa purperium dimulai setelah proses kelahiran plasenta yaitu berakhirnya kala IV persalinan hingga kembalinya tractus reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil yang berlangsung kira-kira selama 6 minggu pascapartum ditandai dengan berhentinya perdarahan (Astuti, S & Judistiani T D (2015).

2. Tahapan Masa Nifas

Tahapan pada masa nifas (Asih.Y, 2016), antara lain:

a. Immediate Postpartum (Setelah Plasenta Lahir-24 Jam)

Masa segera setelah lahirnya plasenta sampai waktu 24 jam, beberapa masalah yang sering ditemukan yaitu karena atonia uteri. Berdasarkan hal tersebut perlu dilakukannya pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah dan suhu.

b. Early Postpartum (24 Jam-1 Minggu)

Involusi uteri harus dipastikan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak mengeluarkan bau busuk, tidak ada demam, ibu cukup mendapatkan asupan makanan dan cairan serta dapat menyusui dengan baik.

c. Late Postpartum (1 Minggu-6 Minggu)

Tetap Melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling terkait pendidikan kesehatan Keluarga Berencana (KB).

3. Perubahan Fisiologi Sistem Tubuh pada Masa Postpartum

Beberapa perubahan fisiologi yang terjadi pada Masa Postpartum antara lain:

a. Perubahan Sistem Reproduksi

Sistem reproduksi terjadi beberapa perubahan, antara lain :

1) Payudara

Segara setelah proses persalinan dilakukan proses Inisiasi Menyusu Dini (IMD), ASI belum keluar lancar tetapi sudah ada pengeluaran kolostrum. Pada hari ke 2-3 postpartum ASI matur sudah mulai diproduksi. Setelah proses melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan oleh plasenta tidak ada lagi, maka terjadi proses positive feed back hormon yaitu disaat kelenjar pituitary akan mengeluarkan hormon prolaktin. Efek prolaktin pada payudara akan mulai dirasakan pada harir ke 3 setelah melahirkan. Pembuluh darah payudara terisi darah menyebabkan terjadi pembesaran, sehingga timbul rasa hangat. Sel-sel acini yang menghasilkan ASI juga mulai berfungsi. Reflek saraf merangsang kelenjar posterior hipofisis untuk mensekresi hormon oksitosin ketika bayi menghisap puting.

2) Uterus

Terjadinya proses uterus yang akan kembali pada kondisi sebelum hamil atau biasa disebut dengan involusi uterus. Involusi akan dimulai segera setelah plasenta lahir akibat dari kontraksi otot polos pada uterus. Perubahan involusi berlangsung dengan cepat, fundus akan turun kira-kira 1-2 cm setiap 24 jam. Uterus tidak bisa dipalpasi pada hari ke 9 postpartum. Pada hari ke 10 setelah persalinan biasanya uterus akan kembali berada di organ pelvik.

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut:

a) Iskemia Miometrium

Setelah pengeluaran plasenta, uterus relatif anemia dan menyebabkan serat otot atrofi. Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus-menerus dari uterus.

b) Autolisis

Proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Disebabkan karena penurunan hormone estrogen dan progesteron, enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga

panjangnya mencapai 10 kali dari semula dan lebar menjadi 5 kali dari semula selama kehamilan dikatakan juga sebagai perusakan secara langsung jaringan hipertrofi yang berlebihan.

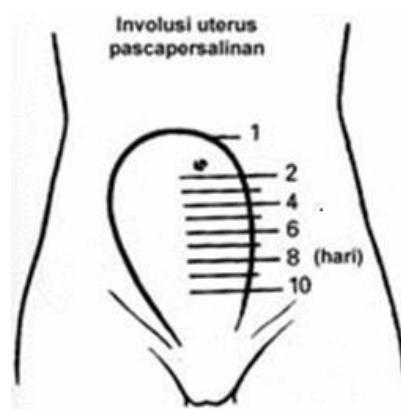
c) Efek Oksitosin

Terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus disebabkan hormon oksitosin sehingga menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses tersebut berguna untuk membantu mengurangi tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan. Perubahan lokasi uterus ketika turun keluar dari abdomen dan menjadi organ pelvis mencerminkan penurunan ukuran uterus yang cepat.

Tabel 4.1 Tahapan Involusi Uteri Pada Masa Nifas

Tahapan Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Bayi Baru Lahir	Setinggi pusat	1000 gr
Akhir kala II	2 jari di bawah pusat	750 gr
1 minggu	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gr
2 minggu	Tidak teraba di atas simpisis	350 gr
6 minggu	Bertambah kecil	50 gr

Sumber: (Elisabeth, 2017)



Gambar 4.1 Involusi Uterus

3) Lochea

Lochea merupakan campuran antara darah dan desidua, yang biasanya berwarna merah muda atau putih pucat. Dengan terjadinya proses involusi pada uterus, lapisan luar dari desidua yang mengelilingi implantasi plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Lochea mempunyai bau yang tidak terlalu amis menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lochea mengalami perubahan karena adanya proses involusi. Pengeluaran lochea dapat dibagi menjadi sebagai berikut:

a) Lochea Rubra

Muncul pada hari ke 1-3 postpartum. Berwarna merah dan mengandung darah dari robekan atau luka pada plasenta dan serabut desidua dan korion. Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, lanugo, sisa meconium, dan sisa darah.

b) Lochea Sanguinolenta

Berwarna merah kuning berisi darah dan lender karena pengaruh plasma darah, mucul pada hari ke 2-5 postpartum.

c) Lochea Serosa

d) Muncul pada hari ke 5-9 postpartum dengan warna kekuningan atau kecoklatan. Terdiri dari lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, serta terdiri atas leukosit dan robekan laserasi plasenta.

e) Lochea Alba

Muncul lebih dari hari ke 10 postpartum. Warnanya lebih pucat, putih kekuningan, serta lebih banyak mengandung leukosit, selaput lender serviks, dan serabut jaringan yang mati.

4) Vagina dan Perineum

Penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae merupakan perubahan menurunnya estrogen pascapartum. Selama 6-8 minggu setelah bayi lahir vagina akan kembali secara bertahap pada ukuran sebelum hamil. Sekitar pada minggu keempat rugae akan kembali terlihat, walaupun tidak akan menonjol pada nulipara. Umumnya rugae akan memipih secara permanen. Pada wanita yang menyusui, mukosa tetap atrofik sekurang-kurangnya sampai menstruasi dimulai kembali. Seiring pemulihan fungsi ovarium akan terjadi penebalan mukosa vagina. Penurunan jumlah pelumas vagina dan penipisan

mukosa vagina terjadi karena kekurangan estrogen. Kekeringan local dan rasa tidak nyaman pada saat koitus (dyspareunia) menetap sampai fungsi ovarium kembali normal dan menstruasi dimulai lagi.

b. Tanda-Tanda Vital (Nadi, Suhu, Pernapasan, dan Tekanan Darah)

Tanda-tanda vital juga terjadi beberapa perubahan, antara lain:

1) Suhu Tubuh

Setelah proses persalinan suhu tubuh dapat meningkat $0,5^{\circ}\text{C}$ dari keadaan normal namun tidak lebih dari 38°C . setelah 12 jam persalinan suhu tubuh akan kembali seperti keadaan semula.

2) Nadi

Setelah proses persalinan selesai frekuensi denyut nadi dapat sedikit lebih lambat. Pada masa nifas biasanya denyut nadi akan kembali normal.

3) Tekanan Darah

Setelah proses persalinan, tekanan darah dapat sedikit lebih rendah dibandingkan pada saat hamil karena terjadinya perdarahan pada proses persalinan.

4) Pernafasan

Pada saat partus frekuensi pernapasan akan meningkat karena kebutuhan oksigen yang tinggi untuk tenaga ibu meneran/mengejan dan mempertahankan agar persediaan oksigen ke janin tetap terpenuhi. Setelah partus frekuensi pernafasan akan kembali normal.

c. Sistem Kardiovaskuler

Perubahan volume darah bergantung pada beberapa faktor, misalnya kehilangan darah selama melahirkan dan mobilisasi, serta pengeluaran cairan ekstravaskular (edema fisiologis). Kehilangan darah merupakan akibat dari terjadinya penurunan volume darah total yang cepat, tetapi terbatas. Setelah itu, terjadinya perpindahan normal cairan tubuh yang menyebabkan volume darah biasanya menurun sampai mencapai volume darah sebelum hamil. Perubahan pada sistem kardiovaskuler terdiri atas volume darah (blood volume) dan hematocrit (haemoconcentration). Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat sepanjang masa hamil. Segera setelah proses persalinan, keadaan ini meningkat bahkan lebih tinggi selama 30-60 menit karena darah yang biasanya melintasi sirkulasi uteroplacenta tiba-tiba kembali

ke sirkulasi umum. Curah jantung biasanya akan tetap naik dalam 24-48 jam postpartum dan menurun ke nilai sebelum hamil dalam 10 hari. Frekuensi jantung berubah mengikuti pola ini.

d. Sistem Hematologi

Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas, dan juga terjadi peningkatan faktor pembekuan darah serta terjadi leukositosis dimana jumlah sel darah putih mencapai 15.000 selama persalinan akan tetapi tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa postpartum. Jumlah tersebut masih dapat naik mencapai 25.000-30.000 terutama pada ibu dengan riwayat persalinan lama. Kadar hemoglobin, hematocrit dan eritrosit akan sangat bervariasi pada awal-awal masa postpartum sebagai akibat dari volume placenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Kira-kira selama persalinan normal dan masa postpartum terjadi kehilangan darah sekitar 250-500 ml, penurunan volume dan peningkatan sel darah merah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke 3 sampai hari ke 7 postpartum dan akan kembali normal dalam 4-5 minggu postpartum. Pada sebagian besar ibu postpartum, volume darah hampir kembali pada keadaan semula sebelum hamil 1 minggu postpartum.

e. Sistem Pencernaan

Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain:

1) Nafsu Makan

Pasca melahirkan ibu biasanya akan merasakan lapar, karena metabolisme ibu meningkat saat proses persalinan, sehingga ibu dianjurkan untuk meningkatkan konsumsi makanan, termasuk mengganti kalori, energi, darah dan cairan yang telah dikeluarkan selama proses persalinan. Diperlukan waktu 3-4 hari untuk pemulihan nafsu makan sebelum faal usus kembali normal.

2) Motilitas

Secara fisiologi terjadi penurunan tonus dan motilitas otot traktus pencernaan menetap selama waktu yang singkat beberapa jam setelah bayi lahir, setelah itu akan kembali seperti keadaan sebelum hamil.

3) Pengosongan Usus

Pasca melahirkan, ibu sering kali mengalami kosntipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum. Sistem Pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu beberapa hari untuk kembali normal.

f. Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah melahirkan. Pembuluh-pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi pulih kembali ke ukuran normal. Pada sebagian kecil kasus uterus menjadi retrofleksi karena ligamentum dan retundum menjadi kendor.

g. Sistem Endokrin

Hormon kehamilan mulai menurun segera setelah plasenta lahir. Penurunan hormon esterogen dan progestoren menyebabkan peningkatan prolaktin dan menstimulasi air susu. Berikut perubahan perubahan hormon dalam sistem endokrin pada masa postpartum.

1) Oksitosin

Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan meningkatkan sekresi oksitosin, sehingga dapat membantu uterus kembali ke bentuk normal.

2) Prolaktin

Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar hipofisis posterior untuk mengeluarkan prolaktin. Berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi ASI. Pada ibu yang menyusui bayinya, kadar prolaktin tetap tinggi sehingga pematangan folikel dalam ovarium yang ditekan. Pada wanita yang tidak menyusui tingkat sirkulasi prolaktin menurun dalam 14-21 hari setelah persalinan, sehingga merangsang kelenjar gonad pada otak yang mengontrol ovarium untuk memproduksi estrogen dan progesterone yang normal, pertumbuhan folikel, maka terjadilah ovulasi dan menstruasi.

3) Estrogen dan Progesteron

Diperkirakan bahwa tingkat kenaikan hormone esterogen yang tinggi memperbesar hormone antidiuretik yang meningkatkan

volume darah selama kehamilan. Progesterone mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah yang sangat mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva, serta vagina.

4) Hormon Hipofisis dan Fungsi Ovarium

Kadar prolaktin serum yang tinggi pada wanita menyusui berperan dalam menekan ovulasi karena kadar hormon FSH terbukti sama pada ibu menyusui dan tidak menyusui, di simpulkan bahwa ovarium tidak berespon terhadap stimulasi FSH ketika kadar prolaktin meningkat. Pada ibu menyusui kadar prolaktin tetap meningkat sampai minggu ke 6 setelah melahirkan. Untuk ibu yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya kapan mendapatkan menstruasi.

h. Perubahan Payudara

Segara setelah proses persalinan dilakukan proses Inisiasi Menyusu Dini (IMD), ASI belum keluar lancar tetapi sudah ada pengeluaran kolostrum. Pada hari ke 2-3 postpartum ASI matur sudah mulai diproduksi. Setelah proses melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan oleh plasenta tidak ada lagi, maka terjadi proses positive feed back hormon yaitu disaat kelenjar pituitary akan mengeluarkan hormon prolaktin. Efek prolaktin pada payudara akan mulai dirasakan pada harir ke 3 setelah melahirkan. Pembuluh darah payudara terisi darah menyebabkan terjadi pembesaran, sehingga timbul rasa hangat. Sel-sel acini yang menghasilkan ASI juga mulai berfungsi. Reflek saraf merangsang kelenjar posterior hipofisis untuk mensekresi hormon oksitosin ketika bayi menghisap puting.

i. Sistem Eliminasi

Kandung kemih biasanya akan pulih dalam waktu 5-7 hari postpartum, sedangkan saluran kemih secara keseluruhan akan pulih 2- 8 minggu tergantung pada keadaan ibu atau status ibu sebelum persalinan, lamanya kala II yang dilalui, besarnya tekanan kepala janin saat intrapartum. Dinding kandung kencing pada ibu postpartum biasanya akan terdapat oedem an hyperemia. Terkadang oedem trigonium dapat menimbulkan abstraksi dari uretra sehingga terjadi retensio urine. Pada masa nifas kandung kencing akan kurang sensitif dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kencing penuh atau sesudah kencing

masih tertinggal urine residual dengan jumlah normal +15 cc. terjadinya infeksi pada saat persalinan akan memudahkan terjadinya infeksi dan trauma.

4. Adaptasi Psikologis dalam Masa Nifas

Perubahan hormonal yang sangat cepat setelah proses melahirkan akan mempengaruhi keadaan emosi dan proses adaptasi pada ibu nifas. Perubahan peran ibu memerlukan adaptasi yang harus dijalani. Tanggung jawab seorang ibu akan semakin besar dengan kelahiran bayi yang baru. Dorongan dan perhatian dari anggota keluarga merupakan dukungan positif yang sangat dibutuhkan oleh ibu. Pada ibu nifas dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan akan mengalami beberapa fase-fase sebagai berikut:

a. Fase Taking In

Fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu akan terfokus pada dirinya sendiri sehingga akan menimbulkan kesan pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami ibu lebih disebabkan karena proses persalinan yang baru saja dilalui. Ibu akan sering mengeluhkan terkait rasa mual, nyeri pada jalan lahir, kurang tidur atau kelelahan. Ibu akan sangat membutuhkan istirahat, asupan nutrisi dan komunikasi yang baik. Kemampuan mendengarkan (listening skills) dan menyediakan waktu yang cukup merupakan dukungan yang tidak ternilai bagi ibu. Gangguan psikologis yang mungkin dirasakan pada ibu nifas pada fase ini adalah sebagai berikut:

- 1) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya
- 2) Ketidaknyamanan sebagai akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu
- 3) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya
- 4) Suami atau anggota keluarga yang mengkritik ibu tentang cara merawat bayinya tanpa memberikan bantuan secara langsung

b. Fase Taking Hold

Fase yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Ibu akan mudah tersinggung karena

perasaan cenderung lebih sensitif. Pada fase ini ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga timbul rasa percaya diri. Kebutuhan ibu yang perlu dipenuhi yaitu mengajarkan cara merawat bayi, cara menyusui yang benar, cara merawat luka jahitan, memberikan pendidikan kesehatan yang diperlukan.

c. Fase Letting Go

Fase menerima tanggung jawab akan peran barunya sebagai seorang ibu. Berlangsung selama 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya dan siap menjadi pelindung bagi bayinya. Perawatan ibu terhadap diri dan bayinya akan semakin meningkat. Rasa percaya diri ibu akan peran barunya mulai tumbuh, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya. dukungan yang diberikan suami dan anggota keluarga dapat membantu ibu untuk lebih meningkatkan rasa percaya diri dalam merawat bayinya. Ibu masih sangat membutuhkan akan kebutuhan istirahat dan nutrisi yang cukup untuk menjaga kondisi fisiknya.

5. Tanda Bahaya Masa Nifas

Tanda-tanda bahaya yang perlu diperhatikan pada masa nifas adalah:

- a. Demam tinggi $>38^{\circ}\text{C}$
- b. Perdarahan vagina yang luar biasa atau tiba-tiba bertambah banyak
- c. Nyeri perut hebat
- d. Sakit kepala, nyeri gerakan dan pandangan kabur
- e. Pembengkakan pada wajah dan ekstremitas.
- f. Payudara berubah menjadi merah, bengkak, panas, dan sakit
- g. Kehilangan nafsu makan dalam jangka waktu yang lama
- h. Rasa sakit saat berkemih.
- i. Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengasuh bayinya atau dirinya sendiri.

6. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

Kebutuhan dasar yang harus dipenuhi oleh ibu masa nifas, antara lain:

a. Nutrisi dan Cairan

Gizi seimbang sangat dibutuhkan ibu pada masa nifas, terutama kebutuhan akan karbohidrat dan protein. Termasuk pada ibu menyusui yang kaitannya sangat erat dengan produksi ASI yang dibutuhkan untuk tumbuh kembang bayi. Berikut ini beberapa kebutuhan nutrisi dan cairan yang harus dipenuhi, yaitu:

- 1) Rata-rata kandungan kalori ASI yang dihasilkan ibu dengan nutrisi baik adalah 70 kal/100 ml dan kira-kira 85 kal diperlukan untuk oleh tiap ibu untuk tiap 100 ml yang dihasilkan. Rata-rata ibu menggunakan kira-kira 640 kal/hari untuk 6 bulan pertama dan 510 kal/hari selama 6 bulan kedua untuk menghasilkan jumlah susu normal. Ibu harus mengonsumsi 2300-2700 kal gerakan menyusui. Asupan makanan yang dikonsumsi ibu berguna untuk melakukan aktivitas, gerakanmy, gerakan dalam tubuh, proses produksi ASI, serta sebagai ASI itu sendiri yang akan dikonsumsi oleh bayi untuk pertumbuhan serta perkembangannya. Syarat makanan yang harus dipenuhi untuk dikonsumsi ibu masa nifas, seperti susunan yang harus seimbang, porsi yang cukup dan teratur, tidak terlalu asin, tidak pedas atau berlemak, serta tidak mengandung gerakan, nikotin, bahan pengawet, dan pewarna.
- 2) Tambahan 20 gr protein dibutuhkan ibu diatas kebutuhan normal mereka menyusui. Jumlah ini hanya 16% dari tambahan 500 kal yang dianjurkan. Protein diperlukan untuk pertumbuhan dan penggantian sel yang rusak atau mati. Sumber protein dapat diperoleh dari sumber protein hewani (telur, daging, ikan, susu, keju, dll) dan protein nabati (tahu, tempe, kacang-kacangan, dll).
- 3) Ibu menyusui dianjurkan minum 2-3 liter per hari dalam bentuk air putih, susu dan jus buah. Ibu dianjurkan minum setiap kali akan menyusui bayinya. Mineral, air dan vitamin digunakan untuk melindungi tubuh dari serangan penyakit dan menatur kelancaran gerakannya di dalam tubuh. Semua jenis sayur dan buah-buahan segar dibutuhkan untuk memperoleh kebutuhan sumber zat pengatur.

- 4) Tablet zat besi (Fe) harus diminum secara rutin dan teratur untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin. 5) Pada 1 jam setelah persalinan dan 24 jam setelahnya dianjurkan untuk mengonsumsi kapsul vitamin A (200.000 unit) agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.
- b. Ambulasi

Ambulasi dini saat ini dianjurkan pada masa purperium dini. Tidak seperti perawatan perineum di masa lampau yang sangat konservatif, di mana ibu masa nifas harus tidur terlentang selama 40 hari. Ambulasi dini merupakan kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing ibu nifas beranjak dari tempat tidurnya dan membimbing untuk belajar berjalan. Pada persalinan normal biasanya ambulasi dini dilakukan setelah 2 jam, tetapi sebelum masa 2 jam tersebut anjurkan ibu untuk melakukan miring kanan kiri agar tidak terjadi trombosit. Ambulasi dini dilakukan secara bertahap, bukan berarti ibu dipaksa harus langsung bisa beraktivitas seperti semula setelah 2 jam postpartum.
- c. Eliminasi

Proses Buang Air Kecil (BAK) setelah ibu melahirkan, terutama bagi ibu yang pertama kali melahirkan akan terasa pedih. Keadaan ini kemungkinan disebabkan karena adanya iritasi pada uretra. Bila kandung kemih penuh, usahakan agar ibu dapat buang air kecil sendiri sehingga tidak dilakukan kateterisasi. Miksi disebut normal bila dapat BAK spontan tiap 3-4 jam. Buang Air Besar (BAB) harus ada dalam 3 hari postpartum. Dapat terjadi fnbris apabila ada obstipasi dan timbul koprostase hingga skibala (feses yang mengeras) tertimbun di geraka.
- d. Kebersihan Diri dan Perineum

Kebersihan diri dan perineum yang dapat dilakukan pada masa nifas yaitu

 - 1) Personal hygiene

Ibu dapat dibantu dengan mandi ditempat tidur sampai ibu dapat mandi sendiri di kamar mandi.
 - 2) Putting Susu

Kebersihannya harus diperhatikan serta luka pecah (rhagade) harus segera ditangani karena kerusakan putting susu merupakan port de putting dan dapat menimbulkan mastitis. ASI

yang keluar dan mengering dapat menjadi kerak sehingga merangsang timbulnya enzema pada kulit. Maka sebaiknya putting susu dibersihkan dengan air matang, tiap kali sebelum dan sesudah menyusui bayi.

3) Lochea

Kondisi lochea harus selalu diperhatikan, lochea disertai dengan bau amis berlebih dan bau busuk menandakan adanya infeksi. Jika lokia berwarna merah setelah 2 minggu, terdapat kemungkinan tertinggalnya sisa plasenta atau karena involusi yang kurang baik. Tanda-tanda pengeluaran lochea yang menunjukkan keadaan yang abnormal yaitu perdarahan berkepanjangan, pengeluaran lochea tertahan, rasa nyeri yang berlebihan, terdapat sisa plasenta yang merupakan sumber perdarahan, terjadi infeksi. Penanganan yang dapat dilakukan jika terjadi keadaan abnormal pada lochea adalah memperhatikan kebersihan lingkungan terutama tempat tidur, dan kamar mandi/kloset agar menghindari terjadinya error infeksi.

4) Perineum

Setelah BAB atau BAK, perineum harus selalu dibersihkan secara rutin. Cara membersihkan bagian alat genital yang baik yaitu dari arah depan ke belakang, lalu jangan lupa untuk mnegeringkan dengan handuk bersih setelahnya. Ibu dianjurkan mengganti pembalut minimal 2 kali sehari, sesudah atau sebelum mengganti pembalut, ibu dianjurkan mencuci tangan dengan air mengalir dan juga sabun. Jika terdapat luka jahitan hindari mandi menggunakan air hangat agar tidak merusak jahitan yang sudah ada.

e. Istirahat

Ibu akan merasakan cemas setelah melahirkan karena timbul keraguan dapat merawat bayinya dengan baik. Pada proses persalinan pun ibu mengeluarkan banyak tenaga, terlebih jika mengalami partus lama. Hal ini dapat mengakibatkan susah tidur, terjadi juga gangguan pola tidur dikarenakan beban kerja bertambah, ibu memiliki peran baru untuk mengurus bayinya dan sering kali harus bangun malam untuk menyusui atau mengganti popok. Hal yang dapat dianjurkan

pada ibu yaitu, tidur pada saat bayinya tidur, ibu juga diperbolehkan untuk tidur siang.

f. Seksual

Dinding vagina akan pulih dalam jangka waktu 6-8 minggu pasca persalinan. Hubungan seksual dapat dilakukan setelah luka perineum sembuh dan lochea sudah berhenti keluar. Sebaiknya hubungan seksual dapat ditunda sebisa mungkin sampai 40 hari postpartum karena pada saat tersebut diharapkan organ-organ reproduksi sudah berangsur-angsur pulih. Walaupun sebenarnya secara fisik aman untuk melakukan hubungan suami istri setelah darah merah berhenti keluar, ibu dapat memasukkan 1-2 jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Ibu mnegalami ovulasi dan mungkin mengalami kehamilan sebelum haid yang pertama timbul setelah persalinan. Sehingga bila hubungan seksual tidak dapat ditunda sampai hari ke 40, pasangan suami istri dapat melakukan usaha untuk mencegah kehamilan.

g. Keluarga Berencana

Tujuan dari kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma tersebut. Kontrasepsi yang cocok digunakan untuk masa nifas, yaitu Metode Amenorhea Laktasi (MAL), pil progestin, suntikan progestin, kontrasepsi gerakan, dan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR).

h. Latihan Senam Nifas

Senam nifas bertujuan untuk mempercepat penyembuhan, mencegah timbulnya komplikasi, serta memulihkan dan menguatkan otot-otot punggung, otot dasar panggul dan otot perut. Otot sekitar gerak, serta vagina telah teregang dan melemah, senam nifas juga ditujukan untuk membantu mnegencangkan otot-otot tersebut. Hal ini untuk mencegah terjadinya nyeri punggung dan terjadinya kelemahan pada otot panggul yang dapat mengakibatkan ibu tidak dapat menahan BAK. Gerakan senam nifas dilakukan secara bertahap, dimulai dari gerakan paling sederhana hingga yang tersulit. Sebaiknya dilakukan secara terus menerus (kontinu).

7. Pemeriksaan Fisik Pada Ibu Nifas

Masa nifas terbagi menjadi 2 bagian, yaitu:

- a. Nifas dini atau sering disebut dengan 2 jam postpartum, yaitu dalam 2 jam setelah melahirkan bayi dan plasenta.
 - Pemeriksaan pada dua jam postpartum
Pemeriksaan yang paling penting dilakukan pada 2 jam postpartum adalah:
 - 1) Tanda-tanda vital, prosedur pemeriksannya sama dengan masa hamil atau bersalin
 - 2) Kontaksi abdomen, kandung kemih, jumlah perdarahan dan perlukaan jalan lahir dapat dilakukan dalam satu paket pemeriksaan.
 - 3) Pemeriksaan dilakukan setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada 1 jam berikutnya. Pemeriksaan ini dilakukan dengan cara inspeksi dan palpasi.
- b. Nifas lanjut, mulai dari 2 jam postpartum sampai dengan 6 minggu.

Pemeriksaan fisik pada nifas lanjut:

Pemeriksaan pada masa nifas lanjut ini sama dengan pemeriksaan nifas dini yaitu TTV, abdomen, payudara dan anogenitalia. Pemeriksaan payudara melalui inspeksi yaitu melihat apakah ASI menetes, putting susu normal, kebersihan dan apakah terjadi penyimpangan dari normal seperti kemerahan, pembengkakan atau keluar nanah. Pemeriksaan pada abdomen lebih dominan dengan palpasi yang bertujuan untuk mengetahui apakah involusi uterus berjalan normal. pemeriksaan anogenitalia menggunakan inspeksi seperti melihat apakah ada hemoroid, lochea dan tanda-tanda infeksi pada pemulihan jahitan perineum.

Selain pemeriksaan tersebut, pemeriksa juga harus mampu mendengar aktif terhadap keluhan pasien terutama pasien dengan masalah psikologis. Masalah psikologis ini hanya terdeteksi apabila pemeriksa jeli dalam mengamati perubahan sikap/prilaku pasien dari hari ke hari, seperti lebih banyak diam, acuh terhadap bayinya, apatis atau menangis. Khusus untuk pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan urine atau darah lengkap, pemeriksaan-pemeriksaan tersebut harus didasarkan pada indikasi dan kemungkinan besar membutuhkan kolaborasi dengan ahlinya.

CHECKLIST KETERAMPILAN PEMERIKSAAN FISIK PADA IBU NIFAS

Nama mahasiswa :

NIM :

Tingkat/semester :

Tanggal :

Penilaian :

Kriteria Penilaian :

2 : Dilakukan dengan benar dan tepat

1 : Dilakukan dengan benar tapi ragu-ragu

0 : Tidak dilakukan dengan benar

No.	Aspek Yang Dinilai	Kriteria Penilaian		
		2	1	0
A.	Sikap dan Perilaku Mahasiswa			
1	Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan			
2	Bersikap sopan pada saat pemeriksaan			
3	Tanggap terhadap reaksi pasien			
4	Sabar dan teliti pada saat melakukan pemeriksaan			
JUMLAH				

No.	Aspek Yang Dinilai	Kriteria Penilaian		
		2	1	0
B.	Isi/Content			
1	Menyiapkan alat-alat yang dibutuhkan dan membawa ke dekat pasien: <ul style="list-style-type: none"> • Stetoskop dan tensimeter • Thermometer • Timbangan berat badan • Handshoon steril 1 pasang • Kapas steril • Bengkok • Cairan desinfektan • Alat tulis dan buku catatan perkembangan 			
2	Mencuci tangan			

No.	Aspek Yang Dinilai	Kriteria Penilaian		
		2	1	0
3	Menyiapkan lingkungan (gorden, jendela dan pintu ditutup)			
4	Mengucapkan salam dan menjelaskan tujuan, prosedur dan pemeriksaan			
5	Menimbang berat badan pasien			
6	Menganjurkan ibu untuk berbaring terlentang di atas tempat tidur pemeriksaan dengan santai			
7	Melakukan pemeriksaan tekanan darah, suhu tubuh, pernafasan dan denyut nadi untuk mengetahui tanda-tanda infeksi			
8	Memeriksa tingkat anemia ibu dengan memperhatikan warna kulit muka/ wajah dan konjunctiva			
9	Memeriksa bagian Ieher ibu untuk mengetahui ada tidaknya pembesaran kelenjar dengan palpasi menggunakan jari telunjuk dan jari tengah			
10	<p>Memeriksa payudara, dengan cara:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu diminta berbaring dengan lengan kanan di atas kepala, kemudian lakukan palpasi payudara kanan secara sistematis sampai axilla, catat adanya massa, benjolan yang membesar, pembengkakan atau abses. Ulangi prosedur yang sama untuk memeriksa payudara kiri. • Perhatikan bagian areola dan papilla mammae untuk dilihat kondisi (kering, pecah, pendek atau rata) • Apakah ada bagian yang nyeri tekan • Lihat apakah abses atau pembengkakan karena bendungan ASI • Perhatikan pengeluaran ASI 			
11	<p>Memeriksa abdomen, meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posisi dan tinggi tandus uteri • Memeriksa kontraksi • Pastikan ukuran kandung kemih (penuh/tidak) 			
12	<p>Memeriksa ekstremitas bawah:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Untuk mengctahui ada/ tidaknya vena varises, kemerahan pada betis, oedema pada kaki • Tekuk kedua kaki untuk diperiksa nyeri betis 			

No.	Aspek Yang Dinilai	Kriteria Penilaian		
		2	1	0
	<ul style="list-style-type: none"> • Perhatikan adanya peradangan atau tidak 			
13	Mengatur pasien pada posisi litotomi			
14	Menggunakan handcoons			
15	Memeriksa perineum: <ul style="list-style-type: none"> • Perhatikan penyembuhan laserasi/penjahitan episiotomi • Perhatikan warna, konsistensi dan bau dari lokhea 			
16	Menepatkan sarung tangan di dalam larutan desinfektan			
17	Memberitahu ibu mengenai hasil pemeriksaan			
18	Mencuci tangan di bawah air mengalir			
JUMLAH				

No.	Aspek Yang Dinilai	Kriteria Penilaian		
		2	1	0
C.	TEKNIK			
1	Melaksanakan tindakan secara sistematis dan berurutan			
2	Memberikan perhatian terhadap respon pasien			
3	Melaksanakan tindakan dengan percaya diri dan tidak ragu-ragu			
4	Mendokumentasikan hasil tindakan			

Keterangan:

Nilai 2 : Bila dikerjakan sendiri dengan benar

Nilai 1 : Bila dikerjakan dengan bantuan/ kurang benar/ belum sempurna

Nilai 0 : Bila tidak dikerjakan

Kriteria nilai kelulusan minimal 70

Nilai Akhir = Jumlah nilai yang diperoleh x 100

Jumlah maksimal

=

Jombang, 2024

Penguji

(.....)

D. Kesimpulan

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

Pemberian asuhan pada ibu masa nifas dilakukan untuk menjaga kesehatan ibu dan bayi, melaksanakan deteksi dini adanya komplikasi dan infeksi, memberikan pendidikan dan pelayanan kesehatan ibu dan bayi. Pada masa nifas umumnya terjadi perubahan-perubahan fisik maupun psikologis. Salah satu perubahan fisiologis adalah laktasi atau pengeluaran air susu (Saputri, 2020).

Adanya perubahan fisiologis dan psikologis secara signifikan pada ibu nifas perlu dilakukan berbagai upaya asuhan kebidanan agar masa nifas dalam keadaan fisiologis. Pemantauan pada masa nifas ini dilakukan dengan tujuan agar ibu tetap dalam keadaan baik dan mencegah terjadinya komplikasi pada masa nifas.

DAFTAR PUSTAKA

- Anik Maryunani. (2017). *Asuhan Ibu Nifas Dan Asuhan Ibu Menyusui*. IN MEDIA.
<http://www.penerbitinmedia.co.id>
- Asih, Y. (2016). *Asuhan Kebidanan Nifas Dan Menyusui*. Jakarta Timur: CV Trans Info Media
- Astuti, S & Judistiani T D (2015). *Asuhan Kebidanan Nifas& Menyusui*. Jakarta: Erlangga
- Astutik, R. Y. (2015). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui*. Jakarta Timur: Cv. TRANS INFO MEDIA
- Dewi, L & Sunarsih, T. (2011). *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Jakarta Selatan: Salemba Medika
- Kementerian Kesehatan RI, 2020
- Maritalia, D. (2014). *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: PUSTAKA PELAJAR
- Sutanto, A. V. (2019). *Asuhan Kebidanan Nifas & Menyusui*. PT. PUSTAKA BARU

BAB V

BAYI BARU LAHIR (NEONATUS)

Rina Utami, M.Tr.Keb.

A. Pendahuluan

Salah satu bagian dari tenaga kesehatan yang mempunyai wewenang dalam melakukan upaya kesehatan adalah bidan. Bab ini membahas tentang keterampilan dasar praktik kebidanan pada bayi baru lahir (neonatus) yaitu mengenai tanda-tanda vital pada bayi baru lahir. Adapun deskripsi pengkajian tanda-tanda vital yaitu meliputi perubahan suhu tubuh, perubahan pernafasan, tekanan darah dan perubahan denyut nadi.

Kompetensi bidan salah satunya ialah dapat menjelaskan bagaimana mengidentifikasi tanda-tanda vital pada bayi baru lahir. Oleh karena itu Bidan selain dapat menjelaskan juga mampu melakukannya untuk itu diperlukan kegiatan praktikum agar memperoleh pengalaman belajar mencapai kompetensi melakukan pengkajian tanda-tanda vital pada bayi baru lahir. Pengalaman belajar dapat diperoleh melalui kegiatan praktikum laboratorium, praktik klinik di Rumah Sakit, Puskesmas maupun Praktik Mandiri Bidan.

B. Tujuan

Setelah membaca buku ini diharapkan dapat menjelaskan keterampilan pengkajian tanda-tanda vital pada bayi baru lahir, yang meliputi suhu badan, denyut nadi, pernafasan, tekanan darah.

C. Pembahasan

Pengkajian tanda-tanda vital bayi akan mempelajari tentang:

- Suhu badan
- Denyut nadi
- Pernafasan
- Tekanan darah

1. Konsep tentang Suhu Tubuh

a. Suhu Tubuh

Kita biasa menyebut suhu tubuh untuk suhu badan manusia, yang dipengaruhi oleh berbagai faktor sehingga dapat mengalami perubahan. Suhu tubuh manusia adalah konstan yaitu $36,89^{\circ}\text{C}$ dan naik turunnya berkisar antara $36,11^{\circ}\text{C}$ sampai $37,22^{\circ}\text{C}$. Perbedaan harinya kira-kira satu derajat, tingkat terendah dicapai pada pagi hari dan titik tertinggi antara pukul 17.00 dan 19.00 petang. Perubahan dapat diakibatkan oleh berbagai faktor seperti: kecepatan metabolism basal, rangsangan saraf simpatik, hormone pertumbuhan, Hormon tiroid, demam peradangan, status gizi, aktivitas, jeniskelamin, usia individu.

Suhu normal dipertahankan dengan keseimbangan yang tepat antara panas yang dihasilkan dan panas yang hilang, hal ini dikendalikan oleh pusat pengaturan panas di dalam hipotalamus. Hipotalamus dikenal sebagai thermostat yang berada dibawah otak. Suhu dari tubuh bagian atau suhu inti dari tubuh dipertahankan sangat konstan, sekitar $\pm 0,6^{\circ}\text{C}$ dari hari ke hari, kecuali bila seseorang mengalami demam. Suhu kulit berbeda dengan suhu inti, dapat naik turun sesuai dengan suhu lingkungan. Suhu kulit merupakan suhu yang penting apabila kita merujuk pada kemampuan kulit untuk melepaskan panas kelengkungan (Syahrianti et al., 2023)

b. Organ Pengatur Suhu Tubuh

Pusat termoregulator hipotalamus

Pusat pengatur panas dalam tubuh adalah Hipotalamus, Hipotalamus ini dikenal sebagai thermostat yang berada dibawah otak. Terdapat dua hipotalamus, yaitu:

- 1) Hipotalamus anterior yang berfungsi mengatur pembuangan panas

- 2) Hipothalamus posterior yang berfungsi mengatur upaya penyimpanan panas Saraf-saraf yang terdapat pada bagian preoptik hipotalamus anterior dan hipotalamus posterior memperoleh dua sinyal, yaitu:
 - a) berasal dari saraf perifer yang menghantarkan sinyal dari reseptor panas dan dingin.
 - b) berasal dari suhu darah yang memperdarahi bagian hipotalamus itu sendiri.

Thermostat hipotalamus memiliki semacam titik kontrol yang disesuaikan untuk mempertahankan suhu tubuh. Jika suhu tubuh turun sampai dibawah atau naik sampai di titik ini, maka pusat akan memulai impuls untuk menahan panas atau meningkatkan pengeluaran panas.

- 1) Termoreseptor perifer Termoreseptor yang terletak dalam kulit, mendeteksi perubahan suhu kulit dan membran mukosa tertentu serta mentransmisi informasi tersebut ke hipotalamus
- 2) Termoreseptor sentral Termoreseptor ini terletak diantara hipotalamus anterior, medulla spinalis, organ abdomen dan struktur internal lainnya juga mendeteksi perubahan suhu darah (Syahrianti et al., 2023)

c. Penjalaran Sinyal Suhu Pada Sistem Saraf

Sinyal suhu yang dibawa oleh reseptor pada kulit akan diteruskan ke dalam otak melalui jarak spinotalamikus pada medulla spinalis, selanjutnya sinyal akan menjalar sampai pada radiks dorsalis. Selanjutnya menjalar pada batang otak dan komplek ventrobasal thalamus. Beberapa sinyal suhu pada kompleks ventrobasal akan diteruskan ke korteks somatosensorik.

d. Faktor Yang Mempengaruhi Suhu Tubuh

- 1) Kecepatan metabolisme basal

Metabolisme basal tiap individu berbeda kecepatannya, hal ini menimbulkan jumlah panas yang diproduksi tubuh juga menjadi berbeda.

- 2) Rangsangan saraf simpatis

Rangsangan saraf simpatis dapat menyebabkan kecepatan metabolisme, selain itu, rangsangan saraf simpatis dapat mencegah lemak coklat (Brown fat) yang tertimbun dalam jaringan untuk

dimetabolisme. Umumnya, rangsangan saraf simpatik ini dipengaruhi stress individu. Stres menyebabkan peningkatan produksi epinefrin dan norepinefrin yang meningkatkan metabolisme, sehingga suhu tubuh meningkat.

3) Hormon pertumbuhan

Hormon pertumbuhan (growth hormone) dapat menyebabkan peningkatan kecepatan metabolisme sebesar 15-20%. akibatnya, produksi panas tubuh juga meningkat.

4) Hormon tiroid

Fungsi tiroksin adalah meningkatkan aktivitas pada reaksi kimia dalam tubuh sehingga peningkatan kadar tiroksin. Dengan peningkatan hormon tiroksin akan mempengaruhi kecepatan metabolisme menjadi 50-100% diatas normal.

5) Hormon kelamin

Hormon kelamin pria dapat meningkatkan kecepatan metabolisme basal kira-kira 10-15% kecepatan normal, dengan demikian akan menyebabkan peningkatan produksi panas. Pada perempuan, fluktuasi suhu lebih bervariasi dari pada laki-laki karena pengeluaran hormone progesteron pada masa ovulasi meningkatkan suhu tubuh sekitar 0,3 – 0,6°C di atas suhu basal.

6) Demam (peradangan)

Proses peradangan dan demam dapat menyebabkan peningkatan metabolisme, sehingga dapat meningkatkan suhu tubuh.

7) Status gizi

Seseorang yang menderita malnutrisi yang cukup lama dapat menurunkan kecepatan metabolisme 20 – 30%. Hal ini terjadi karena di dalam sel kekurangan zat makanan yang dibutuhkan untuk mengadakan metabolisme, sehingga mudah mengalami mudah mengalami penurunan suhu tubuh (hipotermia). Selain itu, individu dengan lapisan lemak tebal cenderung tidak mudah mengalami hipotermia karena lemak merupakan isolator yang cukup baik.

8) Aktivitas

Aktivitas tubuh selain merangsang peningkatan laju metabolisme juga mengakibatkan gesekan antar komponen otot atau organ yang menghasilkan energi termal.

9) Gangguan organ

Gangguan organ seperti trauma atau keganasan pada hipotalamus, dapat menyebabkan mekanisme regulasi suhu tubuh mengalami gangguan. Berbagai zat pirogen yang dikeluarkan pada saat terjadi infeksi dapat merangsang peningkatan suhu tubuh. Kelainan kulit berupa jumlah kelenjar keringat yang sedikit juga dapat menyebabkan mekanisme pengaturan suhu tubuh terganggu.

10) Lingkungan

Suhu tubuh dapat mengalami pertukaran dengan lingkungan, artinya panas tubuh dapat hilang atau berkurang akibat lingkungan yang lebih dingin atau lebih panas. Perpindahan suhu manusia dengan lingkungan terjadi sebagian besar melalui kulit. Proses kehilangan panas melalui kulit dimungkinkan karena panas diedarkan melalui pembuluh darah dan juga disuplai langsung ke fleksus arteri kecil melalui anastomosis arteriovenosa yang mengandung banyak otot. akan menyebabkan konduksi panas dari inti tubuh ke kulit menjadi sangat efisien. Kulit merupakan radiator panas yang efektif untuk keseimbangan suhu tubuh.

11) Jenis kelamin

Sesuai dengan kegiatan metabolisme, suhu tubuh pria lebih tinggi daripada wanita. Suhu tubuh wanita dipengaruhi daur haid. Pada saat ovulasi, suhu tubuh wanita pada pagi hari saat bangun meningkat 0,3-0,5.⁰C

12) Usia individu

Usia sangat mempengaruhi metabolisme tubuh akibat mekanisme hormonal sehingga memberi efek tidak langsung terhadap suhu tubuh. Pada neonatus dan bayi, terdapat mekanisme pembentukan panas melalui pemecahan (metabolisme) lemak coklat sehingga terjadi proses termogenesis tanpa menggigil (non-shivering thermogenesis), mekanisme ini penting untuk mencegah hipotermi pada bayi (Dwi Putri et al., 2023)

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Novita Sari dkk pada tahun 2021 bahwa faktor yang mempengaruhi perubahan temperature terhadap tubuh bayi setelah 2 jam *post partum* terdapat pengaruh antara proses persalinan terhadap perubahan temperature tubuh bayi sesudah 2 jam *post partum* artinya bahwa variabel metode

skin to skin, bernilai lebih dominan dari variabel proses persalinan, suhu ruangan, lampu penghangat, mengeringkan bayi, selimut tubuh dan tutup kepala, menunda memandikan bayi, bantal dan penghangat dan apgar score, artinya variabel metode skin to skin Odd Ratio 18.335 artinya responden yang mendapat peluang 18 kali berpengaruh terhadap suhu tubuh bayi baru lahir di rumah sakit Columbia asia medan (Sari et al., 2023)

e. Mekanisme Kehilangan Panas Melalui Kulit

Pembentukan panas dalam tubuh dihasilkan oleh organ dalam terutama di hati, otak, jantung, dan otot rangka selama berolahraga. Kemudian panas ini dihantarkan dari organ dan jaringan yang lebih dalam ke kulit, yang kemudian dibuang ke udara dan lingkungan sekitarnya, oleh karena itu, laju kehilangan panas hampir seluruhnya ditentukan oleh 2 faktor, yaitu:

- 1) Seberapa cepat panas yang dapat dikonduksi dari tempat asal panas dihasilkan, yakni dari dalam inti tubuh ke kulit
- 2) Seberapa cepat panas kemudian dapat dihantarkan dari kulit ke lingkungan. Terdapat 4 mekanisme kehilangan panas, yaitu:

a) Radiasi

Radiasi adalah mekanisme kehilangan panas tubuh dalam bentuk gelombang panas inframerah. Tubuh manusia memancarkan gelombang panas ke segala penjuru tubuh. Radiasi merupakan mekanisme kehilangan panas paling besar pada kulit (60%) atau 15% seluruh mekanisme kehilangan panas. Sebagian besar energi pada gerakan ini dapat dipindahkan ke udara bila suhu udara lebih dingin dari kulit.

b) Konduksi

Konduksi adalah perpindahan panas akibat paparan langsung kulit dengan bendabenda yang ada di sekitar tubuh. Sentuhan dengan benda umumnya memberi dampak kehilangan suhu yang kecil, karena dua mekanisme, yaitu kecenderungan tubuh untuk terpapar langsung dengan benda relative jauh lebih kecil dari pada paparan dengan udara, dan sifat isolator benda menyebabkan proses perpindahan panas tidak dapat terjadi secara efektif terus menerus.

c) Evaporasi

Evaporasi (penguapan air dari kulit) dapat memfasilitasi perpindahan panas tubuh. Pada kondisi individu tidak berkeringat, mekanisme evaporasi berlangsung sekitar 450 – 600 ml/hari. Evaporasi ini tidak dapat dikendalikan karena evaporasi terjadi akibat difusi molekul air secara terus menerus melalui kulit dan sistem pernafasan. Selama suhu kulit lebih tinggi dari pada suhu lingkungan, panas hilang melalui radiasi dan konduksi konveksi. Perpindahan panas melalui aliran udara atau air yaitu ketika seseorang berada pada udara dingin atau berndam dalam air maka akan terjadi kehilangan suhu sehingga terasa dingin.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Willy Astriana dkk (2023), tentang perubahan suhu tubuh pada BBL diteliti dari Inisiasi Menyusu Dini (IMD) didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara IMD dengan perubahan suhu BBL, hal ini saat bayi baru lahir dan langsung dilakukan inisiasi menyusui dini maka bayi tersebut memiliki kesempatan untuk mendapatkan kolostrum, dimana kolostrum sendiri sangat baik untuk kekebalan tubuh bayi. Pada saat itu juga terjadi sentuhan secara langsung antara ibu dan bayi secara skin to skin sehingga dapat menstabilkan suhu tubuh bayi karena dada/kulit ibu yang melahirkan menjadi termoregulator bagi peningkatan suhu tubuh bayi baru lahir (Astriana et al., 2023)

f. Cara Mengukur Suhu Tubuh

1) Pengukuran Suhu Oral

a) Pengertian

Pengukuran Suhu Oral adalah mengukur suhu tubuh pada oral. Metode oral adalah cara termudah untuk mendapatkan pengukuran suhu yang akurat. Apabila klien telah minum air panas atau dingin atau makanan serta merokok, maka, mengukur suhu tubuh pada oral harus ditunda selama 20 sampai 30 menit. Karena dari hal-hal tersebut dapat menyebabkan perubahan yang salah dalam tingkat suhu sebenarnya.

b) Kontraindikasi

Pengukuran suhu per oral dikontraindikasikan bila termometer dapat mencederai klien atau bila klien tidak mampu menahan termometer dengan tepat. Contoh kontraindikasi meliputi bayi dan anak kecil, klien dengan bedah oral atau dengan nyeri atau trauma pada mulut, klien kacau mental atau tidak sadar, pernapasan mulut, klien dengan riwayat kejang, dan klien dengan menggigil.

c) Yang perlu diperhatikan pada Suhu Tubuh pada anak

Pengukuran suhu oral tidak digunakan pada bayi atau anak kecil. Kebanyakan institusi menganjurkan usia yang diijinkan untuk mengukur suhu oral (mis., setelah 5 tahun atau 6 tahun). Imaturitas mekanisme regulasi suhu tubuh anak dapat menyebabkan perubahan tiba-tiba pada suhu tubuh. Suhu tubuh bayi baru lahir normalnya berkisar dari 35,5°C sampai 37,5°C

d) Penyuluhan pada Keluarga dan klien

Keluarga dan Klien yang rentan terhadap perubahan suhu harus tahu bagaimana mengukur suhu mereka dengan tepat sehingga mereka dapat mencari bantuan medic dengan segera bila terjadi perubahan. Orangtua dari anak kecil harus belajar bagaimana mengukur suhu tubuh karena anak-anak dapat mengalami demam tinggi dengan serius secara cepat (Dwi Putri et al., 2023)

2) Pengukuran Suhu Rektal

Mengukur suhu tubuh klien per rektal menggunakan termometer rektal. Bagian rektal memberikan ukuran yang dapat diandalkan dari suhu tubuh. Namun, mengukur suhu tubuh pada rektal klien dapat menimbulkan rasa malu, maka perlu berhati-hati untuk mempertimbangkan privasi dan kenyamanan klien. Mengukur suhu per rektal tidak dilakukan pada hal berikut: bayi, klien dengan bedah atau kelainan rektal, klien pada traksi atau gips pelvik atau ekstremitas bawah, dan kadangkadang, klien dengan infark miokard akut karena menimbulkan ketidaknyamanan pada klien.

Pengukuran suhu rektal paling mungkin pada anak-anak yang lebih muda.

a) Hal yang perlu dipertimbangkan Pada Pediatri

Pengukuran suhu per rektal merupakan kontraindikasi pada bayi baru lahir. Jangan biarkan bayi atau anak kecil menendang kaki mereka atau berguling ke samping saat termometer dipasang. Imaturitas dari mekanisme pengaturan suhu anak dapat menyebabkan perubahan mendadak dalam suhu tubuh. Suhu tubuh bayi baru lahir normalnya berkisar $35,5^{\circ}$ dan $37,5^{\circ}\text{C}$ (96° dan $99,5^{\circ}\text{F}$).

b) Penyuluhan Pada Klien

Instruksikan ibu dari anak kecil tentang bagaimana posisi bayi atau anak kecil. Bayi atau anak kecil harus tengkurap pada pangkuhan ibunya atau di tempat tidur. Ibu harus dengan perlahan meregangkan kedua bokong anak untuk membuka anus. Termometer

rektal yang sudah diberi pelumas dimasukkan 1,2 cm pada bayi dan anak kecil.

3) Pengukuran Suhu Aksila (ketiak)

Pengukuran suhu pada aksila adalah cara paling aman untuk mengetahui suhu tubuh pada bayi baru lahir. Namun, suhu aksila merupakan teknik pengukuran suhu yang kurang akurat dari ketiga teknik pengukuran karena termometer harus diletakkan di luar tubuh daripada di dalam tubuh. Kapan pun bila mengukur suhu tubuh pada oral atau rektal dapat digunakan dengan aman, maka hendaklah mengukur suhu pada aksila perlu dihindari, namun dari pandangan klien pada umumnya mengukur suhu tubuh pada aksila umum untuk dilaksanakan (Dwi Putri et al., 2023)

Hasil penelitian tentang pentingnya melakukan pengukuran suhu pada BBL untuk mengurangi angka kejadian hipotermi ditemukan bahwa kejadian hipotermia yang terjadi pada bayi yang dirawat di RSIA Budi Kemuliaan pada periode 18 Mei 2016 – 30 Juli 2016 setiap bulannya mengalami penurunan angka hipotermia dikarenakan petugas melakukan deteksi dini untuk mencegah terjadinya hipotermia dengan cara mengukur suhu tubuh bayi setiap saat bayi akan dipindahkan antar ruangan. Jika

suhu tubuh bayi saat akan dipindahkan mengalami hipotermia, maka bayi akan dihangatkan terlebih dahulu di inkubator hingga suhu tubuh bayi kembali normal artinya pengukuran suhu secara berkala terhadap bayi baru lahir sangat berpengaruh terhadap penurunan angka kejadian hipotermi sehingga dapat menurunkan pula angka kesakitan dan kematian pada bayi baru lahir (Vivi Fridely, 2017)

2. Pengkajian Denyut Jantung Atau Denyut Nadi

Denyut Jantung atau juga disebut denyut nadi adalah jumlah denyutan jantung per satuan waktu, biasanya per menit. Denyutan jantung didasarkan pada jumlah kontraksi ventrikel. Denyut jantung terlalu cepat disebut tachikardi atau terlalu lambat disebut bradikardi, secara umum direpresentasikan sebagai bpm (beats per minute).

Denyut nadi adalah denyutan arteri dari gelombang darah yang mengalir melalui pembuluh darah sebagai akibat dari denyutan jantung. Jantung adalah organ vital dan merupakan pertahanan terakhir untuk hidup selain otak. Denyut yang ada di jantung ini tidak bisa dikendalikan oleh manusia. Denyut jantung yang optimal untuk setiap individu berbeda-beda tergantung pada kapan waktu mengukur detak jantung tersebut saat istirahat atau setelah berolahraga. Variasi dalam detak jantung sesuai dengan jumlah oksigen yang diperlukan oleh tubuh saat itu. Detak jantung atau juga dikenal dengan denyut nadi adalah tanda penting dalam bidang medis yang bermanfaat untuk mengevaluasi dengan cepat kesehatan atau mengetahui kebugaran seseorang secara umum.

a. Lokasi menghitung denyut nadi dapat dilakukan pada:

- 1) Pergelangan tangan: arteri radialis
- 2) Siku bagian dalam : arteri brachialis
- 3) Leher : arteri carotis communis
- 4) Kepala: arteri temporalis, dan ubun-ubun
- 5) Kaki : arteri dorsalis pedis
- 6) Femur : arteri femoralis dan arteri popliteal

b. Denyut nadi Normal kondisi istirahat :

- 1) Bayi usia 1 minggu sampai 3 bulan : 120 – 140 kali per menit
- 2) Usia 2 tahun : berkisar 80 – 150 X/ menit.
- 3) Usia anak 2 sampai 10 tahun : 70 – 110 X/menit

Pada kasus berat bayi lahir rendah (BBLR) yang diberikan perawatan metode kanguru (PMK) efektif digunakan untuk meningkatkan nadi karena berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Nurpaijah (2020), terdapat perbedaan rata-rata denyut nadi sebelum dilakukan PMK yang sebelumnya 139x/menit menjadi 152x/menit setelah dilakukan PMK (Nurpaijah & Setia Sari, 2021)

3. Pengkajian Pernapasan

a. Pengertian

Adalah suatu tindakan untuk mengidentifikasi pernafasan klien dengan menghitung pernafasan saat inspirasi dan ekspirasi dihitung satu kali dan dihitung selama satu menit. Saat mengkaji pernapasan klien, yang dilakukan meliputi mengamati frekuensi, kedalaman dan irama gerakan ventilasinya. Bidan hendaknya mampu mengenali pernapasan pasif normal dibandingkan dengan ventilasi yang memerlukan usaha otot-otot pernafasan. Otot yang membantu pernafasan adalah:

- 1) Sternocleidomastoideus
- 2) Otot intercostalis
- 3) Diafragma
- 4) Otot –otot pada dinding perut

b. Anatomi Sistem Pernapasan

Fungsi paru-paru adalah melakukan pertukaran gas oksigen dan karbon dioksida. Pernafasan luar atau eksterna pernafasan melalui paru-paru yaitu terjadi ketika seseorang menghirup dan mengeluarkan udara. Pada waktu bernapas, oksigen masuk melalui hidung dan atau mulut terus ke trachea dan pipa bronkhial ke alveoli, dan dapat erat hubungan dengan darah di dalam kapiler pulmonaris. Pada satu lapisan membran, yaitu membran alveoli-kapiler, yang memisahkan oksigen dari darah, selanjutnya Oksigen menembus membran ini dan diambil oleh hemoglobin sel darah merah dan dibawa ke jantung. Darah dipompa di dalam arteri ke semua bagian tubuh. Darah meninggalkan paru-paru pada tekanan oksigen 100 mmHg dan pada tingkat ini hemoglobinya 95 persen jenuh oksigen. Di dalam paru-paru, salah satu hasil buangan metabolisme yaitu karbon dioksida menembus membran alveoler-kapiler dari kapiler darah ke alveoli dan setelah melalui pipa bronkhial dan trachea, dihembuskan keluar melalui hidung dan mulut. Empat proses

yang berhubungan dengan pernafasan pulmoner atau pernafasan eksterna:

- 1) Ventilasi pulmoner, atau gerak pernafasan yang menukar udara dalam alveoli dengan udara luar.
- 2) Arus darah melalui paru-paru
- 3) Distribusi arus udara dan arus darah sedemikian sehingga jumlah tepat dari setiapnya dapat mencapai semua bagian tubuh
- 4) Difusi gas yang menembusi membran pemisah alveoli dan kapiler. CO₂ lebih mudah berdifusi daripada oksigen.

Semua proses ini diatur sedemikian sehingga darah yang meninggalkan paru-paru menerima jumlah tepat CO₂ dan O₂. Pada waktu aktivitas lebih banyak darah mengalir di paru-paru dan membawa terlalu banyak CO₂ dan sedikit O₂. Jumlah CO₂ itu tidak dapat dikeluarkan semuanya, maka maka menimbulkan konsentrasi dalam arteri bertambah. Kondisi ini merangsang pusat pernapasan dalam otak untuk memperkecepat dan menambah dalamnya pernapasan. Penambahan ventilasi yang dengan demikian terjadi menyebabkan pengeluaran CO₂ dan mengambil lebih banyak O₂.

c. Pernapasan Jaringan atau Pernapasan Interna

Pertukaran terjadi di sel jaringan, yaitu darah yang telah menjenuhkan hemoglobinya dengan oksigen (oksihemoglobin) mengalir seluruh tubuh dan mencapai kapiler, darah bergerak sangat lambat. Selanjutnya sel jaringan memungut oksigen dari hemoglobin dan darah menerima sebagai hasil buangan oksidasi yaitu karbondioksida. Perubahan-perubahan berikut terjadi dalam komposisi udara dalam alveoli, yang disebabkan pernapasan eksterna dan pernapasan interna atau penapasan jaringan. Udara (atmosfer) yang dihirup :

- 1) Nitrogen : 79 %
- 2) Oksigen : 20 %
- 3) Karbondioksida : 0-0,4 %

Udara yang masuk alveoli mempunyai suhu dan kelembaban atmosfer. Udara yang dihembuskan:

- 1) Nitrogen : 79 %
- 2) Oksigen : 16 %

3) Karbondioksida : 4-0,4 %

Udara yang dihembuskan jenuh dengan uap air dan mempunyai suhu yang sama dengan badan (20 persen panas badan hilang untuk pemanasan udara yang dikeluarkan). Kebutuhan oksigen dapat diatur menurut keperluan, oksigen merupakan kebutuhan dasar untuk hidup, kalau tidak mendapatkannya selama lebih dari empat menit akan menyebabkan kerusakan pada otak yang tak dapat diperbaiki dan biasanya pasien meninggal. Tetapi bila penyediaan oksigen hanya berkurang, maka pasien menjadi kacau pikiran (menderita anoxia serebralis) anoxemia atau disingkat anoxia adalah tidak ada oksigen istilah lain adalah hipoxemia atau hipoxia.

Apabila oksigen di dalam darah tidak mencukupi maka warna merahnya hilang dan berubah menjadi kebiru-biruan gejala ini tampak pada bibir, telinga, lengan dan kaki pasien menjadi kebiru-biruan dan ia disebut menderita sianosis. Prosedur pelaksanaan dalam menghitung pernafasan dilakukan bersamaan dengan mengukur suhu tubuh. Prosedur dilakukan dengan urutan:

- 1) Menyiapkan peralatan
- 2) Menyiapkan klien dengan memberikan penjelasan kepada orang tua klien, menyiapkan posisi yang diperlukan
- 3) Melakukan predur tindakan dan memereskan serta merapikan klien dan lingkungannya

Bidan hendaknya merencanakan pengkajian pernafasan pada tanda vital pertama yang dikaji pada bayi dan anak kecil. Mengejutkan atau membengunkan bayi untuk melakukan pengukuran dapat meningkatkan frekuensi pernapasan sehingga untuk menhitung pernafasan pada bayi dan anak cukup mengamati pernapasan ketika bayi atau anak berbaring di tempat tidur dengan dada dan abdomennya tidak terselimuti.

Pada suatu penelitian modulasi kardiovagal lebih tinggi pada bayi baru lahir spontan tanpa analgesia jika dibandingkan dengan neonatus yang dilahirkan melalui operasi Caesar. Hal ini dapat mewakili patokanisme yang mungkin terjadi menyebabkan regulasi neurokardiak abnormal yang terkait dengan risiko lebih tinggi untuk memperburuk adaptasi pascakelahiran sistem kardiovaskuler pada neonates yang dilahirkan melalui pembedahan (Kozar et al., 2018)

Gangguan pernapasan pada neonatus didiagnosis jika terdapat satu atau lebih gejala berikut ini; takipnea atau laju pernapasan lebih dari 60 kali/menit, retraksi atau pembesaran dada pada pernapasan (subkostal, interkostal, sternum, suprasternal) dan pernapasan berisik berupa dengusan, stridor, atau mengi. Distress ini mungkin berhubungan atau tidak dengan sianosis dan desaturasi pada oksimetri nadi. Penyebab umum gangguan pernafasan pada neonatus adalah:

- 1) Penyakit Membran Hyaline (HMD)
- 2) Sindrom Aspirasi Mekonium (MAS)
- 3) Takipnea Sementara pada Bayi Baru Lahir (TTNB)
- 4) Pneumonia bawaan atau didapat
- 5) Hipertensi Paru Persisten pada Bayi Baru Lahir (PPHN)
- 6) Kebocoran udara
- 7) Kelainan kongenital pada saluran napas bagian atas (atresia koanal), usus (fistula trakeoesofagus, hernia diafragma kongenital) atau paru-paru (emfisema lobaris, malformasi adenomatoid kistik kongenital, kista)
- 8) Syok jantung atau Penyakit Jantung Bawaan (PJB).
- 9) Penyebab hematologis (anemia berat, polisitemia)
- 10) Penyebab neurologis menyebabkan hiperventilasi seperti kejang
- 11) Penyebab metabolik- Kesalahan Metabolisme Bawaan (IEM)

Dengan perawatan intensif yang baik di unit perawatan intensif neonatal, hasil akhir neonatus dengan gangguan pernapasan telah meningkat pesat dalam dekade terakhir dengan tingkat kelangsungan hidup > 60% pada bayi dengan berat > 1 kg (Surg Cdr SS Mathai, 2014).

4. Pengkajian Tekanan Darah dengan Auskultasi

a. Pengertian Tekanan Darah

Tekanan darah adalah tekanan yang disebabkan jantung dalam aktivitas mengalirkan darah ke seluruh sistem sirkulasi yaitu jantung memompa darah ke dalam arteri dengan tekanan tinggi. Tekanan di dalam aorta pada saat ventrikel kiri berkontraksi (sistole) sekitar 120 mm Hg.

Pada orang dewasa sehat dengan posisi berdiri Manakala aorta distensi, tekanan gelombang menjalar melalui sistem arteri

mengirimkan darah ke jaringan perifer. Saat ventrikel rileks, tekanan dalam sistem arteri turun. Tekanan diastolik (normalnya sekitar 80 mm Hg) adalah tekanan minimal yang ditimbulkan terhadap dinding arteri. Tekanan ini harus diatur secara ketat karena dua alasan.

Pertama, tekanan tersebut harus cukup tinggi untuk menghasilkan gaya dorong yang cukup. Kedua, tekanan tidak boleh terlalu tinggi, sehingga menimbulkan beban kerja tambahan bagi jantung dan meningkatkan risiko kerusakan pembuluh darah serta kemungkinan rupturnya pembuluh-pembuluh halus. Tingkat tekanan darah merupakan suatu sifat kompleks yang ditentukan oleh interaksi berbagai faktor genetik, lingkungan dan demografik yang mempengaruhi dua variabel hemodinamik yaitu : curah jantung dan resistensi perifer total. Total curah jantung dipengaruhi oleh volume darah, sementara volume darah sangat bergantung pada homeostasis natrium. Resistensi perifer total terutama ditentukan di tingkat arteriol dan bergantung pada efek pengaruh saraf dan hormon.

b. Klasifikasi Tekanan Darah

Bayi baru lahir dengan berat badan 3000 gr : diastole 25 – 30 mm Hg.sistole: 50 sampai 52, diastolik 25 sampai 30, dan rata-rata 35 sampai 40 mm Hg. Pengkajian terhadap tekanan darah membantu menentukan keseimbangan beberapa faktor hemodinamik: curah jantung, tahanan vaskular prifer, volume darah dan viskositas, dan elastisitas arteri.

Pengukuran tekanan darah pada bayi baru lahir penting namun sulit. Bayi baru lahir, terutama bayi prematur, mengalami perubahan fisiologis yang cepat sebelum dan sesudah lahir, namun kemungkinan perubahan aliran darah dan tekanan darah yang cepat membuat sulit untuk mengklasifikasikan pengukuran tekanan darah. Hipertensi neonatal diidentifikasi ketika tekanan darah sistolik diukur 3 kali lebih tinggi dari persentil ke-95 dalam klasifikasi tekanan darah berdasarkan usia kehamilan, berat badan lahir, dan jenis kelamin. Evaluasi hipotensi pada bayi baru lahir juga penting. Hipotensi diidentifikasi ketika tekanan darah sistolik kurang dari persentil 5-10 berdasarkan usia kehamilan dan pascakelahiran. Pada bayi dengan berat badan lahir sangat rendah, informasi mengenai tekanan darah normal tidak

mencukupi; oleh karena itu, rata-rata tekanan darah arteri, yang lebih rendah dari usia kehamilan bayi baru lahir dalam beberapa minggu, secara klinis digunakan sebagai kriteria pengobatan. Pada neonatus, terutama dalam kasus kateterisasi arteri melalui arteri umbilikalis, tekanan darah intraarteri melalui kateter adalah metode standar emas untuk pengukuran tekanan darah neonatal, pergerakan neonatal, pemberian makan, posisi kateter, dan ukuran kateter yang sesuai untuk pembuluh darah dapat dilakukan. mengubah tekanan darah intra-arteri; oleh karena itu, diperlukan kehati-hatian dalam mengambil keputusan. Namun, jika pemasangan kateter tidak diindikasikan, metode selain pemantauan tekanan darah intra-arteri, yang sangat invasif, harus dipertimbangkan. Perangkat osilometri digunakan pada bayi baru lahir, karena suara Korotkoff mereka hampir tidak terdengar menggunakan perangkat auskultasi.

Metode auskultasi tetap menjadi standar emas untuk mendiagnosis hipertensi pada pasien anak. Perangkat hibrida memiliki pengukur tekanan elektronik tetapi tidak menggunakan algoritma pabrik tertentu. Tekanan manset ditampilkan secara akurat pada dioda pemancar cahaya digital untuk menghilangkan preferensi digit terminal oleh pengukur (Lim & Kim, 2022).

D. Kesimpulan

Gejala awal adanya gangguan kesehatan tubuh dapat diketahui dengan adanya perubahan nilai tanda-tanda vital yaitu perubahan suhu tubuh perubahan pernafasan, perubahan denyut nadi dan juga perubahan pada tekanan darah. Banyak faktor yang mempengaruhi tanda-tanda vital yaitu usia, infeksi, aktifitas dan kecemasan. Kehilangan suhu tubuh melalui proses radiasi, konduksi, konveksi dan evaporasi. Tanda vital yang lain adalah pernafasan. Macam pernafasan ada dua yaitu pernafasan eksternal yang terjadi di paru-paru sedang pernafasan internal terjadi di sel jaringan. Kecepatan dan pengendalian pernafasan oleh sistem syaraf dan kimia. Otot-otot pernafasan adalah diafragma dan intercostalis. Tanda vital berikutnya adalah denyut nadi atau denyut jantung yaitu denyutan yang terjadi karena perbedaan tekanan pada dinding arteri. Tempat menghitung denyut nadi pada pergelangan tangan, siku, temporalis, dan punggung kaki. Tekanan darah adalah tanda vital untuk mendeteksi keadaan jantung.

DAFTAR PUSTAKA

- Astriana, W., Camelia, R., Afriani, B., Al-Ma'arif Prodi, S., & Kebidanan, D. (2023). PERUBAHAN SUHU TUBUH PADA BAYI BARU LAHIR DITINJAU DARI INISIASI MENYUSUI DINI (IMD) CHANGES IN BODY TEMPERATURE IN NEWBORNS IN TERMS OF EARLY BREASTFEEDING INITIATION (IMD). In *Jurnal Ilmiah Bidan* (Vol. 7, Issue 2). www.e-journal.ibi.or.id
- Dwi Putri, V., Fatimah, S., Aini, A., Soleha, M., Purwani, R., Tri Zelharsandy, V., Wijayanti, A., Apriyani, T., Apriyanti, P., Maisyetya Sari, R., Nindya Mayangsari, R., Aprilia Ningsih, D. I., & Batbual, B. (2023). *BUKU AJAR KETERAMPILAN DASAR PRAKTIK KEBIDANAN*. Widina Media Utama. www.freepik.com
- Kozar, M., Tonhajzerova, I., Mestanik, M., Matasova, K., Zibolen, M., Calkovska, A., & Javorka, K. (2018). Heart rate variability in healthy term newborns is related to delivery mode: A prospective observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1900-4>
- Lim, S. H., & Kim, S. H. (2022). Blood pressure measurements and hypertension in infants, children, and adolescents: from the postmercury to mobile devices. In *Clinical and Experimental Pediatrics* (Vol. 65, Issue 2, pp. 73–80). Korean Pediatric Society. <https://doi.org/10.3345/cep.2021.00143>
- Vivi Fridely, P. (2017). PENTINGNYA MELAKUKAN PENGUKURAN SUHU PADA BAYI BARU LAHIR UNTUK MENGURANGI ANGKA KEJADIAN HIPOTERMI. *Jurnal Ilmiah Bidan*, II(2).
- Nurpaijah, N., & Setia Sari, R. (2021). Pengaruh Perawatan Metode Kangguru terhadap Stress Hemodinamik pada Bayi Berat Lahir Rendah di RS Annisa Tangerang 2020. *Jurnal Health Sains*, 2(7), 923–931. <https://doi.org/10.46799/jhs.v2i7.224>
- Sari, N., Begum Suroyo, R., Sylvana Dewi Harahap, F., & Syafitri Nasution, R. (2023). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perubahan Temperatur Terhadap Tubuh Bayi Sesudah 2 Jam Post Partum di Rumah Sakit Columbia Asia Medan Tahun 2021 Factors Affecting Temperature Changes on the Baby's Body After 2 Hours Post Partum in Columbia Hospital Asia Medan Year 2021. In *Journal of Healthcare Technology and Medicine* (Vol. 9, Issue 1).
- Surg Cdr SS Mathai, C. U. R. C. M. K. (2014). Management of Respiratory Distress in the Newborn. *Journal Emergency Medicine*.
- Syahrianti, Niar, et al. (2023). *KETERAMPILAN DASAR KLINIK KEBIDANAN: TEORI DAN PRAKTIK*. Eureka Media Aksara.

BAB VI

PELAYANAN KELUARGA BERENCANA

Lely Khulafa'ur Rosidah, S.ST., M.Kes.

A. Pendahuluan

Pertumbuhan dan perkembangan reproduksi perempuan dimulai sejak terbentuknya organ reproduksi, jauh sebelum seorang perempuan dilahirkan dan keturunan diperlukan untuk menjaga keberlanjutan generasi agar tidak punah, hal ini merupakan proses dan fungsi reproduksi perempuan secara alamiah. Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, dinyatakan kesehatan reproduksi merupakan keadaan sehat secara fisik, mental dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi pada laki-laki dan perempuan. Pemerintah menjamin pemenuhan hak kesehatan reproduksi bagi setiap orang dan menjamin kesehatan ibu dalam usia reproduksi agar melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas, serta mengurangi angka kematian ibu yang tertuang dalam Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 97 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi Serta Pelayanan Kesehatan Seksual.(RI, 2020).

Di Indonesia saat ini masih dihadapkan dengan tantangan di bidang kesehatan reproduksi yang ditandai dengan masih tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) dan angka kehamilan usia remaja. AKI di Indonesia termasuk Ke dalam 5 besar negara paling tinggi ke-4 di antara negara-negara ASEAN yaitu Laos Myanmar Kamboja Indonesia dan Filipina.(AIPKIND, 2022a). Sementara itu data SDKI 2017 menunjukkan angka kelahiran pada perempuan usia 15 sampai 19 tahun (*Age Specific rate*) sebesar 36 per 1000 dan *Total fertility rate (TFR)* sebesar 2,4 di mana target nasional adalah 2,1. (AIPKIND, 2022b)

Angka kelahiran yang tidak direncanakan, khususnya di negara-negara berkembang, menjadi salah satu masalah utama dalam kesehatan reproduksi. Kehamilan yang tidak direncanakan dapat mengakibatkan risiko komplikasi

kehamilan dan persalinan yang meningkat, serta berkontribusi pada angka kematian ibu dan bayi yang tinggi. Selain itu, kehamilan pada usia remaja juga menjadi permasalahan serius karena berpotensi mengganggu pendidikan dan masa depan anak-anak tersebut.

Program Keluarga Berencana (KB) sebagai salah satu dari 4 pilar program intervensi penurunan kematian ibu (maternal) pada save motherhood. Penurunan angka kematian ibu sebagai indikator peningkatan kesehatan ibu, anak, dan keluarga. Program KB melalui pemakaian kontrasepsi menurunkan kematian maternal melalui dua mekanisme: (1) penurunan kelahiran, dan (2) penurunan kehamilan risiko tinggi. Tidak ada kelahiran tidak ada kematian ibu, dan penurunan kehamilan risiko tinggi berarti penurunan risiko kematian ibu.(RI, 2021)

Pelayanan Keluarga Berencana (KB) merupakan salah satu strategi penting dalam upaya meningkatkan kesehatan reproduksi dan kesejahteraan keluarga di seluruh dunia. Latar belakang pelayanan KB dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk permasalahan kesehatan reproduksi yang global dan dinamika demografis di masyarakat.

Saat ini pencapaian indikator KB belum sepenuhnya menunjukkan keberhasilan berdasarkan SDKI 2017 capaian kesertaan berk untuk seluruh metode KB yaitu sebesar 63,6% dengan peserta KB cara modern sebesar 57,2% menurun dari hasil sdki 2012 yaitu sebesar 57,9% meskipun capaian metode KB jangka panjang atau mkjp mengalami peningkatan dari 18,2% (SDKI 2012) menjadi 23,3 % (SDKI 2017). Penggunaan metode KB justru meningkat pada penggunaan KB metode tradisional dari 4% pada sdki 2012 menjadi 6% pada SDKI 2017. Salah satu fokus pada kualitas pelayanan KB di Indonesia adalah menjaga kelangsungan pemakaian alat atau metode KB di mana peningkatan kualitas pelayanan KB di Indonesia diarahkan untuk menjaga kelangsungan pemakaian alat atau metode KB. Salah satu indikator untuk mengukurnya adalah tingkat putus pakai data SDKI 2017 menunjukkan sebagian besar peserta kb menghentikan penggunaan metode KB karena efek samping atau masalah kesehatan 33,2% .(AIPKIND, 2022b)

Pelayanan KB memiliki peran yang penting dalam menanggulangi permasalahan kesehatan reproduksi tersebut. Melalui pelayanan KB, pasangan suami istri diberikan akses yang mudah dan aman terhadap informasi, pendidikan, konseling, serta berbagai metode kontrasepsi yang sesuai dengan kebutuhan dan preferensi mereka. Dengan demikian,

pelayanan KB dapat membantu pasangan suami istri dalam merencanakan kehamilan, mengatur jarak kelahiran, serta memilih metode kontrasepsi yang tepat.(Institute, n.d.; Kollodge, 2021; Sedgh et al., 2014; WHO, 2023)

Bidan dalam Undang undang Kesehatan No 17 tahun 2023 Pasal 199 adalah seorang tenaga kesehatan yang terdiri dari Bidan Vokasi dan Profesi. Berdasarkan Keputusan menteri kesehatan No 320 tahun 2020 tentang standar profesi Bidan, Ahli madya kebidanan harus mempunyai Keterampilan klinis yang mengacu pada UU No 4 tahun 2019 tentang Kebidanan, sampai dengan tahun 2026 Keterampilan yang dimiliki oleh Bidan dan ahli madya kebidanan, dalam beberapa keterampilan klinis yang fisiologis sama, sehingga lulusan profesi bidan maupun ahli madya kebidanan dapat melaksanakan Praktik Kebidanan esensial secara mandiri di Tempat Praktik Mandiri Bidan terhitung sebelum Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan diundangkan sampai dengan 7 (tujuh) tahun setelah Undang-Undang tersebut diundangkan. Keterampilan yang harus dimiliki oleh Bidan dan ahli madya kebidanan dibedakan sehingga praktik Kebidanan secara mandiri hanya dapat dilakukan oleh lulusan pendidikan profesi Bidan di Tempat Praktik Mandiri Bidan terhitung 7 (tujuh) tahun setelah Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan diundangkan.(Indonesia, 2023; RI, 2020).

Buku ini akan membahasa Ketrampilan Klinis Pelayanan Keluarga Berencana pada Ahli Madya Kebidanan dengan Tingkat kemampuan 4 (*Does*) yaitu Terampil melakukan secara mandiri, Lulusan Bidan mampu melaksanakan keterampilan klinis kebidanan secara mandiri dan tuntas. Selain pernah melakukannya di bawah supervisi, pengujian keterampilan tingkat kemampuan 4 dengan menggunakan Workbased Assessment misalnya mini-CEX, portfolio, logbook, dan sebagainya.(RI, 2020)

B. Tujuan

Tujuan penulisan Buku ketrampilan klinis Pelayanan Keluarga Berencana (KB) pada Program D-III Kebidanan adalah :

1. Untuk mengembangkan ketrampilan klinis mahasiswa kebidanan dalam melakukan proses penapisan klien dan menyediakan layanan KB yang efektif dan berorientasi pada pasien.

2. Untuk memahami konsep dan prinsip dasar dalam pelayanan KB, termasuk pentingnya pemilihan metode kontrasepsi yang tepat, penilaian risiko dan manfaat kontrasepsi.
3. Untuk memperkuat landasan teoritis mahasiswa kebidanan dalam bidang pelayanan KB.
4. Sarana persiapan bagi mahasiswa kebidanan untuk praktik lapangan di berbagai fasilitas kesehatan.
5. Untuk meningkatkan kualitas pelayanan KB yang diberikan oleh tenaga kebidanan sehingga dapat memberikan dampak positif pada kesehatan reproduksi masyarakat secara keseluruhan.

C. Pembahasan

1. Pengertian Pelayanan Keluarga Berencana (KB)

Keluarga Berencana (KB) menurut UU No 10 tahun 1992 (tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera) 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.(Sari, 2017)

Program KB adalah bagian yang terpadu (integral) dalam program pembangunan nasional dan bertujuan untuk menciptakan kesejahteraan ekonomi, spiritual dan sosial budaya penduduk Indonesia agar dapat dicapai keseimbangan yang baik dengan kemampuan produksi nasional.(Sari, 2017)

Pelayanan KB merupakan bagian dari pelayanan kesehatan dasar dan rujukan sehingga dalam pelaksanaan perlu terintegrasi dengan program kesehatan terutama kesehatan reproduksi. Pelayanan keluarga berencana mengacu pada standar pelayanan dan kepuasan klien. (RI, 2021)

Pelayanan Keluarga Berencana (KB) merupakan serangkaian layanan yang disediakan oleh pemerintah dan lembaga terkait untuk membantu pasangan dalam merencanakan jumlah dan jarak kelahiran anak sesuai dengan keinginan dan kemampuan.

Pelayanan kontrasepsi merupakan komponen utama program KB dengan fungsi memberikan layanan konseling dan pemakaian kontrasepsi. Pelayanan Kontrasepsi dilakukan secara berkesinambungan mulai dari Pra pelayanan, Pelayanan Kontrasepsi dan Pasca Pelayanan. Pada saat pra pelayanan dilakukan: pemberian komunikasi, informasi dan edukasi, pelayanan konseling, penapisan kelayakan medis dan permintaan persetujuan tindakan tenaga Kesehatan. Pelayanan Kontrasepsi adalah Pemberian kondom, pil, suntik, pemasangan atau pencabutan implant, pemasangan atau pencabutan AKDR, pelayanan tubektomi, pelayanan vasektomi. Pelayanan kontrasepsi dapat dilakukan pada: Masa Interval, Pasca Persalinan, Pasca Keguguran dan Pelayanan kontrasepsi darurat. Pascapelayanan Kontrasepsi meliputi Pemberian konseling dan Pelayanan medis/rujukan apabila di perlukan setelah dilakukan pelayanan kontrasepsi.(RI, 2021)

2. Tujuan Pelayanan Keluarga Berencana

Tujuan secara umum Pelayanan Keluarga Berencana (KB) adalah untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga dan masyarakat secara keseluruhan dengan memberikan akses yang mudah dan menyeluruh terhadap informasi, pendidikan, konseling, serta layanan medis dan nonmedis yang berkaitan dengan perencanaan keluarga. Tujuan khusus dari Pelayanan KB antara lain :

- a. Mengurangi angka kelahiran yang tidak direncanakan.
- b. Meningkatkan kesadaran akan pentingnya perencanaan keluarga dalam meningkatkan kesejahteraan keluarga dan masyarakat.
- c. Mencegah kehamilan yang terlalu dini atau terlalu banyak yang dapat membahayakan kesehatan ibu dan anak.
- d. Memberikan akses yang adil dan merata terhadap informasi dan layanan kontrasepsi bagi semua lapisan masyarakat.
- e. Meningkatkan pemahaman tentang hak reproduksi dan kesehatan reproduksi secara menyeluruh.

(Cleland et al., 2006; Deus, 2017; Ross & Stover, 2013)

3. Pemanfaatan Kriteria Kelayakan Medis Dalam Penggunaan Kontrasepsi (Medical Eligibility Criteria For Contraceptive Use / MEC)

a. Pengertian

Kriteria kelayakan medis (MEC) untuk penggunaan kontrasepsi merupakan suatu dokumen yang disusun oleh WHO berdasarkan bukti ilmiah MEC memuat tentang keamanan setiap metode kontrasepsi yang ditentukan melalui beberapa pertimbangan dalam konteks medis atau karakter medis terkait dan berbasis bukti. Dokumen ini terutama menunjukkan bukti apakah suatu metode kontrasepsi dapat memperburuk kondisi medis atau memberikan dampak kesehatan tambahan dan apakah suatu kondisi medis tertentu akan membuat metode kontrasepsi menjadi kurang efektif sehingga keamanan dari metode dapat dipertimbangkan bersama dengan Manfaat dari metode tersebut untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan.(AIPKIND, 2022b)

Kriteria kelayakan medis dalam penggunaan kontrasepsi merupakan bagian dari proses untuk meningkatkan kualitas pelayanan dalam keluarga berencana. Keamanan setiap metode kontrasepsi

ditentukan oleh beberapa pertimbangan dalam konteks kondisi medis atau karakteristik medis terkait; terutama apakah metode kontrasepsi memperburuk kondisi medis atau menciptakan risiko kesehatan tambahan, dan apakah keadaan medis yang membuat metode kontrasepsi kurang efektif. Keamanan dari metode ini harus dipertimbangkan bersama dengan manfaat mencegah kehamilan yang tidak diinginkan.(RI, 2021).

Penapisan kriteria kelayakan medis menggunakan Roda KLOP yang diadaptasi dari MEC Wheel WHO Edisi 2 tahun 2017.

b. Kategori Kondisi Klien yang Memerlukan Penapisan Kriteria Kelayakan Medis

Kategori 1: Kondisi yang tidak ada batasan untuk penggunaan metode kontrasepsi

Kategori 2: Suatu kondisi di mana keuntungan menggunakan metode umumnya lebih besar dari risiko baik secara teoritis maupun terbukti.

Kategori 3: Suatu kondisi di mana risiko teoritis atau terbukti biasanya lebih besar daripada keuntungan menggunakan metode ini

Kategori 4: Suatu kondisi yang memiliki risiko kesehatan yang tidak dapat diterima jika metode kontrasepsi digunakan. (RI, 2021)

c. Tujuan

Tujuan utama penapisan medis sebelum pemberian suatu metode kontrasepsi adalah untuk menentukan apakah ada kehamilan atau tidak, Keadaan yang membutuhkan perhatian khusus dan masalah penyakit lain yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut. Untuk sebagian besar pelayanan keadaan ini bisa diselesaikan dengan cara anamnesis terarah sehingga masalah utama dapat dikenali atau kemungkinan hamil dapat disingkirkan sebagian besar metode kontrasepsi kecuali AKDR dan tubektomi tidak membutuhkan pemeriksaan fisik maupun panggul.(AIPKIND, 2022b)

Penapisan kriteria kelayakan medis dalam penggunaan kontrasepsi dengan Roda KLOP bertujuan untuk:

- 1) Mengidentifikasi kondisi klien yang memerlukan perhatian khusus sebelum menggunakan suatu metode KB, misal merokok, diabetes melitus, hipertensi, HIV, dan lain-lain

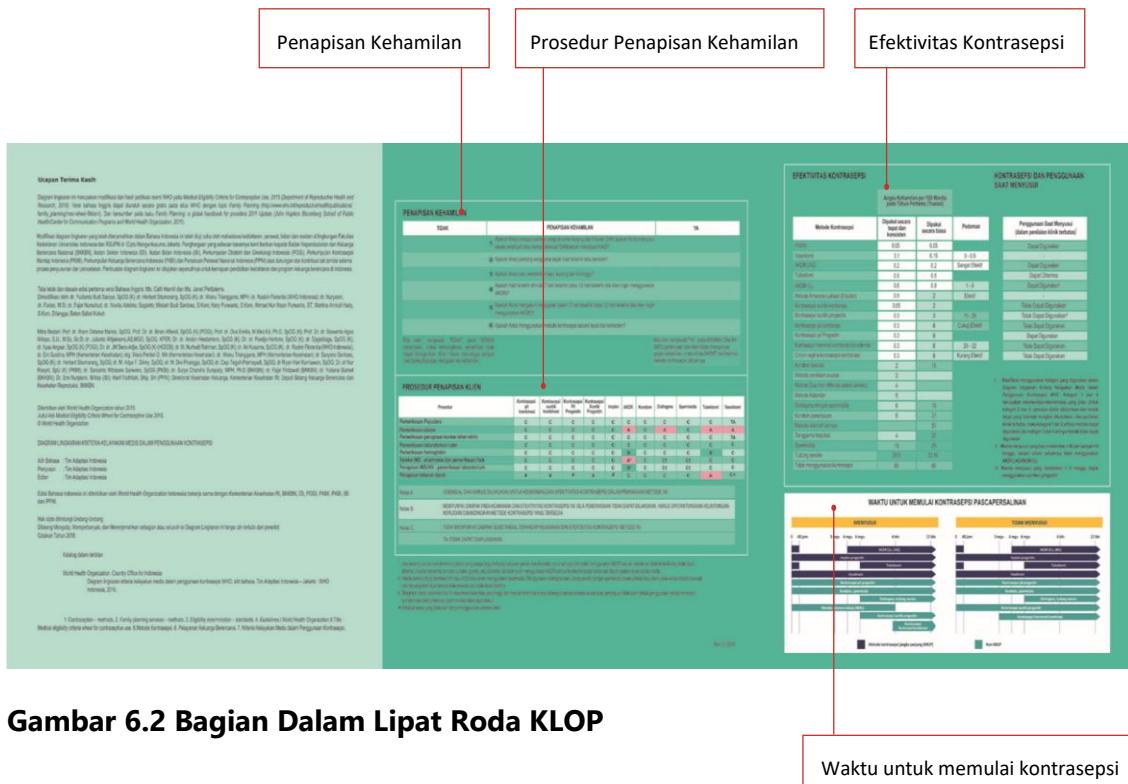
- 2) Menawarkan panduan tentang keamanan dan penggunaan metode yang berbeda untuk perempuan dan laki-laki dengan karakteristik atau kondisi medis tertentu
- 3) Meningkatkan pemahaman penyedia layanan dalam memberikan pelayanan kontrasepsi sesuai kondisi medis dan karakteristik khusus klien
- 4) Meningkatkan kualitas pelayanan kontrasepsi yang dapat memenuhi kebutuhan klien sesuai kondisi dan karakteristik khusus yang dimiliki
- 5) Meningkatkan angka dan durasi penggunaan kontrasepsi
- 6) Memberikan kontribusi terhadap penurunan risiko kematian ibu dan anak(RI, 2021, 2023)

d. Fungsi

Penapisan kriteria kelayakan medis dalam penggunaan kontrasepsi dengan Roda KLOP memiliki fungsi:

- 1) Membantu penyedia layanan dalam menentukan metode KB terbaik bagi klien
- 2) Melakukan penapisan klien sesuai kriteria kelayakan medis klien
- 3) Mendeteksi kehamilan sebelum penggunaan metode KB
- 4) Menjelaskan berbagai jenis kontrasepsi berdasarkan spesifikasi masing-masing
- 5) Memberikan gambaran terhadap prosedur medis yang diperlukan (RI, 2021, 2023)

1) Bagian Dalam Lipat Roda KLOP



Gambar 6.2 Bagian Dalam Lipat Roda KLOP

(Sumber : Kemenkes RI, 2021)

(a) Penapisan Kehamilan

Bagian penapisan kehamilan terdiri dari 6 pertanyaan untuk melakukan penapisan kondisi klien sedang dalam kondisi hamil atau tidak. Pertanyaan tersebut yaitu:

Tabel 6.1 Penapisan Kehamilan

TIDAK	PENAPISAN KEHAMILAN	YA
	<p>1. Apakah Anda mempunyai bayi yang berumur kurang dari 6 bulan DAN apakah Anda menyusui secara eksklusif atau hampir eksklusif DAN belum mendapat haid?</p>	
	<p>2. Apakah Anda pantang senggama sejak haid terakhir atau bersalin?</p>	
	<p>3. Apakah Anda baru melahirkan bayi kurang dari 4 minggu?</p>	

	4. Apakah haid terakhir dimulai 7 hari terakhir (atau 12 hari terakhir bila klien ingin menggunakan AKDR)?	
	5. Apakah Anda mengalami keguguran dalam 7 hari terakhir (atau 12 hari terakhir bila klien ingin menggunakan AKDR)?	
	6. Apakah Anda menggunakan metode kontrasepsi secara tepat dan konsisten?	

- Bila klien menjawab "TIDAK" pada SEMUA pertanyaan, maka kemungkinan kehamilan tidak dapat disingkirkan. Klien harus menunggu sampai haid berikutnya atau menjalani tes kehamilan.
- Bila klien menjawab "YA" pada MINIMAL SALAH SATU pertanyaan dan klien tidak mempunyai gejala kehamilan, maka penyedia layanan DAPAT memberikan metode kontrasepsi pilihannya.

(b) Prosedur Penapisan Klien

Tabel prosedur pemeriksaan klien sebelum menggunakan suatu metode kontrasepsi. Terdapat 3 pembagian kelas, yaitu A, B, dan C

Prosedur	Kontrasepsi pil kombinasi	Kontrasepsi suntik kombinasi	Kontrasepsi Pil Progestin	Kontrasepsi Suntik Progestin	Implan	AKDR	Kondom	Diafragma	Spermisida	Tubektomi	Vasektomi
Pemeriksaan Payudara	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	TA
Pemeriksaan dalam	C	C	C	C	A	C	A	C	A	A	A
Pemeriksaan penapisan kanker leher rahim	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	TA
Pemeriksaan laboratorium rutin	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Pemeriksaan hemoglobin	C	C	C	C	B	C	C	C	B	C	C
Seleksi IMS : anamnesis dan pemeriksaan fisik	C	C	C	C	A*	C	C†	C†	C	C	C
Penapisan IMS/HIV : pemeriksaan laboratorium	C	C	C	C	B*	C	C†	C†	C	C	C
Penapisan tekanan darah	#	#	#	#	#	C	C	C	A	C‡	
Kelas A : ESENSIAL DAN HARUS DILAKUKAN UNTUK KEAMANAN DAN EFEKTIVITAS KONTRASEPSI DALAM PEMAKAIAN METODE INI											
Kelas B : MEMPUNYAI DAMPAK PADA KEAMANAN DAN EFEKTIVITAS KONTRASEPSI INI. BILA PEMERIKSAAN TIDAK DAPAT DILAKUKAN, HARUS DIPERHITUNGKAN KEUNTUNGAN-KERUGIAN DIBANDINGKAN METODE KONTRASEPSI YANG TERSEDIA											
Kelas C : TIDAK MEMPUNYAI DAMPAK SUBSTANSIAL TERHADAP KEAMANAN DAN EFEKTIVITAS KONTRASEPSI METODE INI											
TA=TIDAK DAPAT DIAPLIKASIKAN											

Gambar 6.3 Prosedur Penapisan Klien

(c) Efektivitas Kontrasepsi

Tabel keefektifitasan suatu metode kontrasepsi jika digunakan secara konsisten dan jika dipakai secara biasa.

EFEKTIVITAS KONTRASEPSI			KONTRASEPSI DAN PENGGUNAAN SAAT MENYUSUI		
Metode Kontrasepsi	Angka Kehamilan per 100 Wanita pada Tahun Pertama (Trussel)		Pedoman	Penggunaan Saat Menyusui (dalam penilaian klinik terbatas) ⁱ	
	Dipakai secara tepat dan konsisten	Dipakai secara biasa		Dapat Digunakan	Dapat Digunakan
Implan	0.05	0.05		-	-
Vasektomi	0.1	0.15	0 - 0.9	Dapat Digunakan	Dapat Digunakan
AKDR LNG	0.2	0.2	Sangat Efektif	Dapat Diterima	Dapat Digunakan ⁱⁱ
Tubektomi	0.5	0.5		-	Tidak Dapat Digunakan
AKDR Cu	0.6	0.8	1 - 9	Tidak Dapat Digunakan	Tidak Dapat Digunakan ⁱⁱⁱ
Metode Amenore Laktasi (6 bulan)	0.9	2	Efektif	Tidak Dapat Digunakan	Tidak Dapat Digunakan
Kontrasepsi suntik kombinasi	0.05	2		Dapat Digunakan	Tidak Dapat Digunakan
Kontrasepsi suntik progestin	0.3	3	10 - 25	Tidak Dapat Digunakan	Tidak Dapat Digunakan
Kontrasepsi pil kombinasi	0.3	8	Cukup Efektif	Dapat Digunakan	Tidak Dapat Digunakan
Kontrasepsi pil Progestin	0.3	8		Tidak Dapat Digunakan	Tidak Dapat Digunakan
Kontrasepsi hormonal kombinasi transdermal	0.3	8	26 - 32		
Cincin vagina kontrasepsi kombinasi	0.3	8	Kurang Efektif		
Kondom laki-laki	2	15			
Metoda penilaian ovulasi	3				
Metoda Dua Hari (Menilai sekret serviks)	4				
Metoda Kalender	5				
Diaphragma dengan spermisida	6	16			
Kondom perempuan	5	21			
Metoda alamiah lainnya		25			
Sanggama terputus	4	27			
Spermisida	18	29			
Tudung serviks	26;9	32;16			
Tidak menggunakan kontrasepsi	85	85			

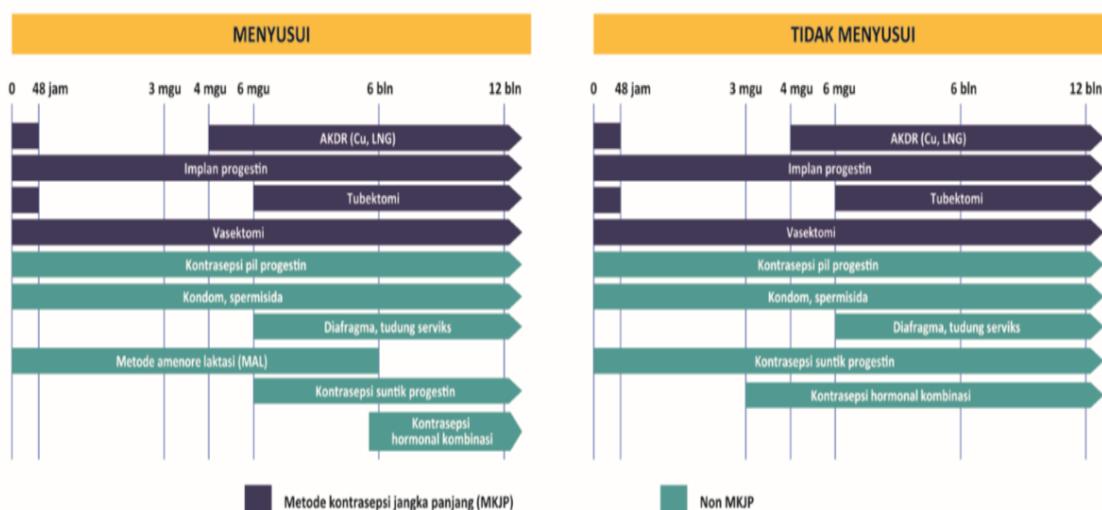
ⁱ. Klasifikasi menggunakan kategori yang digunakan dalam *Diagram Lingkaran Kriteria Kelayakan Medis dalam Penggunaan Kontrasepsi WHO*. Kategori 1 dan 4 merupakan rekomendasi-rekomendasi yang jelas. Untuk kategori 2 dan 3, penilaian klinik dibutuhkan dan tindak lanjut yang hati-hati mungkin dibutuhkan. Jika penilaian klinik terbatas, maka kategori 1 dan 2 artinya metode dapat digunakan, dan kategori 3 dan 4 artinya metode tidak dapat digunakan.
ⁱⁱ. Wanita menyusui yang baru melahirkan > 48 jam sampai < 4 minggu, secara umum sebaiknya tidak menggunakan AKDR-LNG/AKDR-Cu
ⁱⁱⁱ. Wanita menyusui yang melahirkan > 6 minggu dapat menggunakan suntikan progestin

Gambar 6.4 Efektivitas Kontrasepsi

(d) Waktu untuk Memulai Kontrasepsi Pasca Persalinan

Tabel ini merupakan rekomendasi penggunaan suatu metode kontrasepsi sesuai dengan waktu nifas dan kondisi menyusui atau tidak menyusui.

WAKTU UNTUK MEMULAI KONTRASEPSI PASCAPERSALINAN



Gambar 6.5 Waktu Memulai Kontrasepsi Pasca Persalinan

2) Bagian Luar Lipat Roda KLOP



Gambar 6.6 Bagian Luar Lipat Roda KLOP

(a) Keterangan mengenai Diagram Lingkaran

Diagram lingkaran ini mencocokkan metode-metode kontrasepsi, ditunjukkan lingkaran yang sebelah dalam, dengan kondisi-kondisi medis spesifik atau karakteristik yang ditunjukkan lingkaran sebelah luar. Nomor yang ditunjukkan pada bagian tersebut menunjukkan apakah wanita dengan kondisi medis atau karakteristik tertentu dapat memulai menggunakan metode kontrasepsi tersebut.

Diagram lingkaran ini mencakup rekomendasi-rekomendasi untuk memulai penggunaan sebelas tipe metode kontrasepsi yang umum:

- (1) Pil oral kombinasi atau kontrasepsi oral kombinasi rendah, yang mengandung $\leq 35 \mu\text{g}$ etinil estradiol (KOK)
- (2) Koyo (patch) kontrasepsi kombinasi (P)
- (3) Cincin vagina kontrasepsi kombinasi (CVK)
- (4) Kontrasepsi injeksi kombinasi (KIK)
- (5) Pil progesteron (PP)
- (6) Injeksi progesteron, depo medroxyprogesterone acetate intramuscular atau subkutuan (DMP IM, SC) atau norethisterone enanthate intramuscular (NET-EN)
- (7) Implant progesterone, LNG/ETG
- (8) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim-Copper (AKDR Cu)
- (9) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim-LNG (AKDR LNG)
- (10) Tubektomi
- (11) Vasektomi

(b) Bagaimana Cara menggunakan Diagram Lingkaran

Diagram lingkaran ini mencocokkan metode-metode kontrasepsi, ditunjukkan lingkaran yang sebelah dalam, dengan kondisi-kondisi medis spesifik atau karakteristik yang ditunjukkan lingkaran sebelah luar. Nomor yang ditunjukkan pada bagian tersebut menunjukkan apakah wanita dengan kondisi medis atau karakteristik tertentu dapat memulai menggunakan metode kontrasepsi tersebut.

Tabel 6.2 Kategori Penilaian Klien

Kategori	Dengan Penilaian Klinik	Dengan Keterbatasan Penilaian Klinik
1	Metode tersebut dapat digunakan dalam setiap keadaan	Dapat Digunakan
2	Secara umum metode tersebut dapat digunakan	
3	Penggunaan metode tersebut biasanya tidak direkomendasikan kecuali tidak ada metode lain yang tersedia atau dapat diterima pasien	Tidak Dapat Digunakan
4	Metode tersebut tidak dapat digunakan	

Pada prosedur Tubektomi dan Vasektomi digunakan kategori sebagai berikut:

Tabel 6.3 Kategori Penilaian Klinik

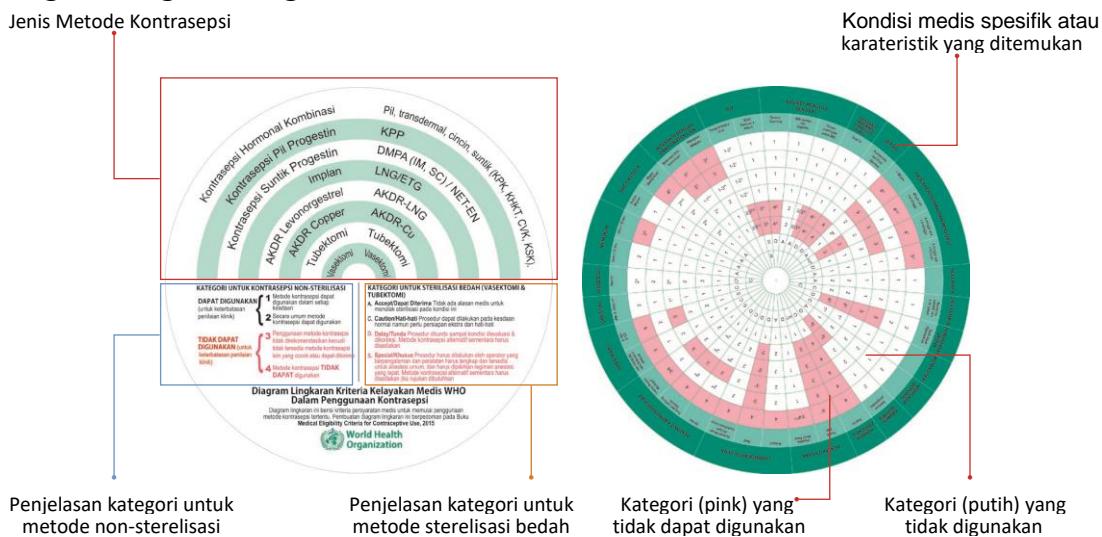
	Kategori	Dengan Penilaian Klinik
A	<i>Accept</i> (Dapat Diterima)	Tidak ada alasan medis untuk menolak sterilisasi pada kondisi ini
C	<i>Caution</i> (Hati-Hati)	Prosedur dapat dilakukan pada keadaan normal namun perlu persiapan ekstra dan hati-hati

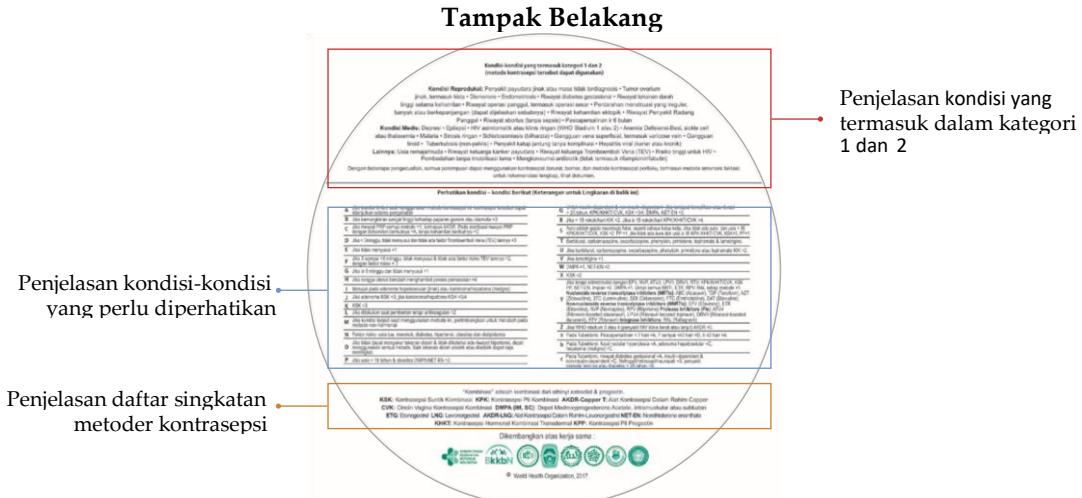
	Kategori	Dengan Penilaian Klinik
D	<i>Delay</i> (Tunda)	Prosedur ditunda sampai kondisi dievaluasi dan/ atau dikoreksi. Metode kontrasepsi alternatif sementara harus disediakan
S	<i>Special</i> (Khusus)	Prosedur harus dilakukan oleh operator yang berpengalaman dan peralatan harus lengkap dan tersedia untuk anestesi umum, dan harus dipikirkan regimen anestesi yang tepat. Metode kontrasepsi alternatif sementara harus disediakan jika rujukan dibutuhkan

(c) Kontrasepsi Darurat

Pada bagian kontrasepsi darurat terdapat indikasi untuk penggunaan kontrasepsi, tabel tipe kontrasepsi hormonal, tabel pil kontrasepsi darurat dan AKDR Copper untuk kontrasepsi darurat.

(d) Bagian Diagram Lingkaran Roda KLOP





Gambar 6.7 Bagian Diagram Roda KLOP

Penapisan Klien Berdasarkan Kriteria Kelayakan Medis

Kondisi medis penyerta meliputi penyakit hati, kanker payudara, tromboemboli vena, penyakit kardiovaskular, hipertensi, obesitas, diabetes, merokok, sakit kepala, interaksi obat-obatan lain, HIV, Infeksi Menular Seksual (IMS), penyakit radang panggul, sepsis, post partum dan menyusui, nulipara, usia remaja, pendarahan vagina, mioma uteri, neoplasia servikal, dan kanker serviks.

Prosedur Sebelum Penggunaan Metode Kontrasepsi

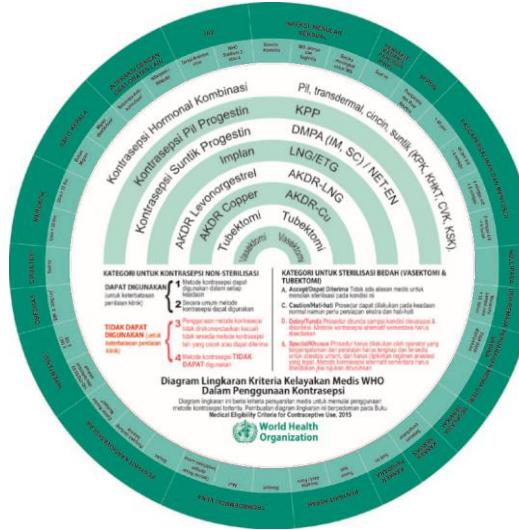
Prosedur pemeriksaan penunjang seperti: pemeriksaan payudara, pemeriksaan dalam, pemeriksaan penapisan kanker leher rahim, pemeriksaan laboratorium rutin, pemeriksaan hemoglobin, seleksi IMS melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik, riwayat tromboemboli vena, dan penapisan tekanan darah.

a. Prosedur Penggunaan Roda KLOP

Setelah klien memperoleh informasi terkait kondisi dan masalah kesehatan klien pada tahap konseling, maka dilakukan penapisan kelayakan medis menggunakan Roda KLOP dengan langkah sebagai berikut:

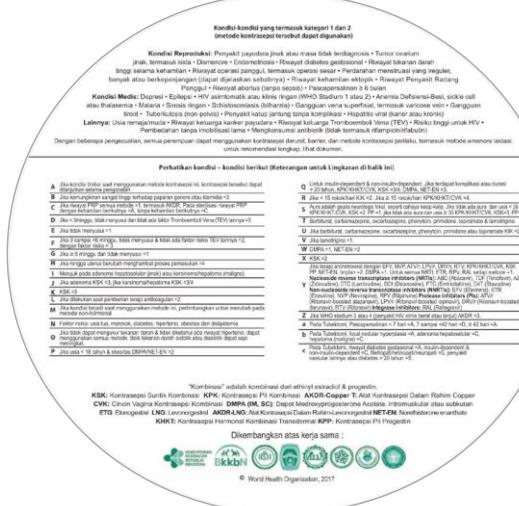
- 1) Tanyakan kondisi dan masalah kesehatan klien dengan menggali riwayat penyakit sekarang dan riwayat penyakit dahulu.
 - 2) Cocokkanlah kondisi-kondisi medis atau karakteristik khusus yang dimiliki klien (ditunjukkan pada diagram lingkar sisi luar) dengan metode-metode kontrasepsi (ditunjukkan pada diagram lingkar sisi dalam).

- 3) Lihatlah rekomendasi penggunaan metode-metode kontrasepsi yang ditunjukkan dengan nomor atau huruf. Nomor atau huruf ini merupakan kategori yang menunjukkan apakah klien dapat mulai menggunakan suatu metode kontrasepsi.



Gambar 6.8 Roda KLOP Tampak Depan

- 4) Selain terdapat pada diagram lingkaran sisi luar, beberapa kondisi medis atau karakteristik khusus tertentu juga dapat dilihat pada diagram lingkaran sisi belakang.



Gambar 6.9 Roda KLOP Tampak Belakang

Seluruh kondisi medis atau karakteristik khusus yang terdapat pada diagram lingkaran sisi belakang memiliki Kategori 1 dan 2, artinya setiap metode kontrasepsi non-sterilisasi dapat digunakan.

- 5) Lihatlah deskripsi nomor dan huruf untuk rekomendasi penggunaan kontrasepsi. Kategori ini dibedakan untuk metode kontrasepsi nonsterilisasi (No. 1-9) dan metode kontrasepsi sterilisasi (No. 10-11)
- (1) Metode Kontrasepsi Non-Sterilisasi

Tabel 6.4 Kategori Metode Kontrasepsi Berdasarkan Penilaian Klinik

Kategori	Deskripsi	Ketika Penilaian Klinis Tersedia	Ketika Penilaian Klinik Terbatas
1	Dapat digunakan	Gunakan metode ini dalam kondisi apapun	Gunakan metode ini
2	Keuntungan melebihi risiko	Secara umum gunakan metode ini	Gunakan metode ini
3	Risiko secara umum melebihi keuntungan	Penggunaan metode ini biasanya tidak direkomendasikan, kecuali metode lain tidak tersedia/tidak dapat diterima	Jangan gunakan metode ini
4	Risiko kesehatan tidak dapat diterima	Metode tidak boleh digunakan	Jangan gunakan metode ini

Kategori 1 dan 4 merupakan rekomendasi-rekomendasi yang jelas. Untuk kategori 2 dan 3, penilaian klinis dibutuhkan dan tindak lanjut yang hati-hati mungkin dibutuhkan. Jika penilaian klinik terbatas, maka kategori 1 dan 2 artinya metode dapat digunakan, sementara kategori 3 dan 4 artinya metode tidak dapat digunakan.

(2) Metode Kontrasepsi Sterilisasi



Gambar 6.10 Panduan Roda KLOP

Tabel 6.5 Kategori Penilaian Klinik

Kategori	Deskripsi
A Accept (Dapat Diterima)	Tidak ada alasan medis untuk menolak sterilisasi pada kondisi ini
C Caution (Hati-Hati)	Prosedur biasanya dapat dilakukan pada keadaan normal namun perlu persiapan ekstra hati-hati
D Delay (Tunda)	Prosedur ditunda sampai kondisi dievaluasi dan/atau dikoreksi. Metode kontrasepsi alternatif sementara harus disediakan
S Special (Khusus)	Prosedur harus dilakukan oleh operator yang berpengalaman dan peralatan harus lengkap dan tersedia untuk anestesi umum, dan harus dipikirkan regimen anestesi yang tepat. Metode kontrasepsi alternatif sementara harus disediakan jika rujukan dibutuhkan

- 6) Jika nomor atau huruf diikuti kode tertentu misal (3A, Cb), lihatlah keterangan kode tersebut pada diagram lingkaran sisi belakang.



Gambar 6.11 Roda KLOP Tampak Belakang

Sebagai contoh, pada klien dengan HIV stadium 3 atau 4, AKDR-Cu memiliki kategori 3A. Pada diagram lingkaran sisi belakang, keterangan kode "A" bermakna "Jika kondisi timbul saat menggunakan metode kontrasepsi ini, kontrasepsi tersebut dapat dilanjutkan selama pengobatan". Hal ini berarti:

- Klien dengan HIV stadium 3 atau 4 tidak direkomendasikan untuk memulai penggunaan AKDR-Cu.
 - Namun jika HIV stadium 3 atau 4 baru timbul pada saat klien sedang menggunakan AKDR-Cu, maka AKDR-Cu tetap dapat dilanjutkan sesuai jangka waktu pemakaian, dengan syarat klien mendapat pengobatan HIV sesuai standar.

7) Jika diperlukan, buatlah tabel bantu untuk mempermudah penapisan kelayakan medis. Pada kolom kondisi, isilah dengan kondisi medis atau karakteristik khusus yang dimiliki klien. Pada kolom "Metode" isilah dengan nomor atau kode rekomendasi yang tertera pada diagram lingkaran. Contoh tabel yang telah diisi dapat dilihat pada **Tabel 6.6**

8) Berikanlah informasi kepada klien tentang hasil penapisan kelayakan medis sesuai kondisi medis dan karakteristik khusus yang dimiliki klien. Informasi yang diberikan meliputi:

Tabel 6.6 Contoh Tabel Penapisan Kelayakan Medis

Kondisi	KOK /Koyo/C VK	KIK	P P	DMP A/NE T-EN	Implan, LNG/ ETG	AKDR-Cu	AKD R-LNG	Tubek tomi	Vasek tomi
Hipertensi \geq 160 mmHg	4	4	2	3	2	1	1	S	-
DM	2 ^Q	2 ^Q	2 ^Q	2	2	1	2	C ^c	C
Post partum 48 jam s/d < 4 minggu	4 ^{D,F}	4 ^{D,F}	2	3	2	3	3	A/D ^a	-

(a) Metode Kontrasepsi yang direkomendasikan :

Metode yang direkomendasikan adalah metode yang berada dalam Kategori 1 atau 2 (untuk metode non-sterilisasi), serta A atau C (untuk metode sterilisasi).

Pada contoh di atas, untuk klien post-partum 48 jam s/d < 4 minggu dengan hipertensi \geq 160 mmHg dan diabetes melitus, metode kontrasepsi yang direkomendasikan adalah: Pil progestin saja, atau Implant progesterone, LNG/ETG, atau - Vasektomi (untuk suami klien)

(b) Metode Kontrasepsi yang Tidak direkomendasikan

Metode yang tidak direkomendasikan adalah metode yang berada dalam Kategori 3 atau 4 (untuk metode non-sterilisasi), serta D atau S (untuk metode sterilisasi).

Pada contoh di atas, untuk klien post-partum 48 jam s/d < 4 minggu dengan hipertensi \geq 160 mmHg dan diabetes melitus, metode kontrasepsi yang tidak direkomendasikan adalah yang selain metode pada butir (a).

Berikanlah informasi bahwa metode yang tidak direkomendasikan ini mungkin dapat memperburuk kondisi medis atau membuat risiko kesehatan tambahan pada klien. Selain itu, kondisi medis atau karakteristik khusus yang dimiliki klien juga dapat mempengaruhi efektivitas metode kontrasepsi yang tidak direkomendasikan tersebut.

- 9) Bila klien setuju dengan hasil penapisan, lanjutkanlah dengan permintaan informed consent dan pemberian pelayanan kontrasepsi sesuai standar
- 10) Bila klien tidak setuju dengan hasil penapisan, lakukanlah konseling ulang pada kunjungan berikutnya atau berikanlah kesempatan kepada klien untuk berdiskusi bersama pasangan. Sementara itu, anjurkan klien dan pasangan untuk menggunakan kontrasepsi metode barier/ kondom.
- 11) Lakukan pencatatan hasil penapisan dan keputusan klien pada rekam medis dan buku KIA.
(RI, 2021, 2023)

4. Metode Kontrasepsi

Penggunaan metode kontrasepsi ditujukan untuk mencegah dan membatasi kehamilan. Penegakkan diagnosis kehamilan sebelum memulai metode sangat penting dilakukan untuk mencegah komplikasi yang tidak diharapkan. Tenaga kesehatan perlu melakukan identifikasi kondisi klien sebelum memberikan pelayanan KB dengan memastikan hal-hal berikut:

- Tidak melakukan hubungan seksual sejak haid terakhir
- Menggunakan kontrasepsi dengan tepat dan konsisten
- Berada pada siklus haid hari ke-7 setelah haid normal
- Dalam masa 4 minggu pasca persalinan
- Dalam masa 7 hari pasca keguguran
- Menyusui sepenuhnya atau hampir sepenuhnya, amenorea, dan kurang dari 6 bulan pasca persalinan

a. Klasifikasi

Metode KB diklasifikasikan berdasarkan 3 kategori yaitu kandungan, masa perlindungan, dan modern/tradisional seperti yang terlihat pada tabel berikut ini:

Tabel 6.7 Klasifikasi Metode Kontrasepsi

Metode	Kandungan		Masa Perlindungan		Modern/Tradisional	
	Hormonal	Non Hormonal	MKJP	Non MKJP	Modern	Tradisional
AKDR Cu		✓	✓		✓	
AKDR LNG	✓		✓		✓	
Implan	✓		✓		✓	
Suntik	✓			✓	✓	
Pil	✓			✓	✓	
Kondom		✓		✓	✓	
Tubektomi		✓	✓		✓	
Vasektomi		✓	✓		✓	
Metode Amenore Laktasi (MAL)		✓		✓	✓	
Sadar Masa		✓		✓		✓
Subur						
Sanggama Terputus		✓		✓		✓

Metode kontrasepsi yang digunakan dalam program pemerintah adalah berdasarkan masa perlindungan yaitu Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) dan non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (non-MKJP).

Tabel 6.8 Efektivitas Metode Kontrasepsi

Metode Keluarga Berencana	Angka Kehamilan Tahun Pertama		Angka Kehamilan 12 bulan
	Penggunaan Konsisten dan Benar	Penggunaan Biasa	Penggunaan Biasa
Implan	0,1	0,1	0,6
Vasektomi	0,1	0,15	
Tubektomi	0,5	0,5	
AKDR Levonorgestrel	0,5	0,7	
AKDR Copper	0,6	0,8	1,4
MAL(6 bulan)	0,9 ^e	2 ^e	

Metode Keluarga Berencana	Angka Kehamilan Tahun Pertama		Angka Kehamilan 12 bulan
	Penggunaan Konsisten dan Benar	Penggunaan Biasa	Penggunaan Biasa
Kontrasepsi Suntik Kombinasi	0,05 ^e	3 ^e	
Kontrasepsi Suntik Progestin	0,2	4	1,7
Kontrasepsi Pil Kombinasi	0,3	7	5,5
Kontrasepsi Pil Progestin	0,3	7	
Kondom Pria	2	13	5,4
Kondom Perempuan	5	21	
Sadar Masa Subur			
Metode Hari Standar	2	12	
Metode 2 Hari	4	14	
Metode Ovulasi	3	23	
Sanggama Terputus	4	20	13,4
Tanpa Metode	85	85	

Keterangan :

0 - 0,9	Sangat Efektif
1 - 9	Efektif
10 - 19	Efektif Sedang
20 +	Kurang Efektif

b. Pelayanan Kontrasepsi dengan Metode Kondom (Pria dan Perempuan)

1) Kondom Pria

a) Definisi

Selubung atau sarung karet yang berbentuk silinder dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual. Terbuat dari berbagai bahan, seperti lateks (karet), polyurethane, polyisoprene, kulit domba, dan nitrile. Jenis kondom pria ada 4 yaitu kondom biasa, kondom berkontur (bergerigi), kondom beraroma, dan kondom tidak beraroma.

b) Cara Kerja dan Efektivitas

- Menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan.
- Khusus untuk kondom yang terbuat dari lateks dan vinil dapat mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain.

Efektivitas metode kondom tergantung pada penggunanya. Jika digunakan dengan benar ketika berhubungan seksual, kemungkinan hamil hanya 2 per 100 kehamilan pada tahun pertama pemakaian. Kondom juga 80%-90% efektif mencegah infeksi HIV pada klien.

c) Keuntungan dan Keterbatasan**Keuntungan**

- Murah dan dapat dibeli bebas
- Tidak memerlukan pemeriksaan kesehatan khusus
- Proteksi ganda (selain mencegah kehamilan tetapi juga mencegah IMS termasuk HIV-AIDS)
- Membantu mencegah terjadinya kanker serviks (mengurangi iritasi bahan karsinogenik eksogen pada serviks)

Keterbatasan

- Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi
- Agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung)
- Bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi
- Malu membelinya di tempat umum

d) Kriteria Kelayakan Medis

Semua pria dapat secara aman menggunakan kondom pria kecuali mereka dengan reaksi alergi berat terhadap karet lateks.

e) Waktu Pemakaian

Kapan saja perempuan atau pasangan menginginkan perlindungan terhadap kehamilan atau IMS

f) Efek Samping dan Komplikasi

Efek Samping

Tabel 6.9 Efek Samping Kondom Pria

EFEK SAMPING	PENANGANAN
Kondom rusak atau diperkirakan bocor (sebelum berhubungan)	<ul style="list-style-type: none">Buang dan pakai kondom baru atau gunakan kondom dan spermisida.
Kondom bocor atau dicurigai ada curahan di vagina saat berhubungan	<ul style="list-style-type: none">Pertimbangkan penggunaan kontrasepsi darurat.
Reaksi alergi	<ul style="list-style-type: none">Ganti metode kontrasepsi atau jika tersedia gunakan kondom yang terbuat dari <i>lambskin</i> atau <i>gut</i>.Terapi alerginya jika mengganggu.
Mengurangi kenikmatan hubungan seksual	<ul style="list-style-type: none">Gunakan kondom yang lebih tipis atau anjurkan metode kontrasepsi lain.

(Sumber : Kemenkes RI, 2021)

Komplikasi

Tidak ada komplikasi

2) Kondom Perempuan

a) Definisi

Sarung atau penutup yang lembut, transparan, dan tipis sesuai dengan vagina. Mempunyai cincin lentur pada kedua ujung, satu cincin pada ujung tertutup membantu untuk memasukkan kondom, cincin pada ujung terbuka untuk mempertahankan bagian kondom tetap di luar vagina. Terbuat dari berbagai bahan, seperti lateks, polyurethane, dan nitrile, di bagian dalam dan luar kondom dilapisi dengan lubrikan berbasis silikon.

b) Cara Kerja dan Efektivitas

Membuat penghalang yang mempertahankan sperma tetap berada di luar vagina, sehingga mencegah kehamilan. Juga dapat mencegah penularan infeksi semen, penis, atau vagina ke pasangan lain.

c) Keuntungan dan Keterbatasan

Keuntungan

- Dapat memprakarsai penggunaannya
- Memiliki tekstur yang lembut dan lembab, yang terasa lebih alami dibandingkan kondom lateks pria saat berhubungan seksual
- Membantu melindungi dari kehamilan dan IMS, termasuk HIV
- Pada sebagian perempuan, cincin di bagian luar meningkatkan stimulasi seksual
- Dapat digunakan tanpa berkonsultasi dengan penyedia layanan kesehatan
- Dapat dimasukkan lebih dahulu sehingga tidak mengganggu hubungan seksual
- Tidak mengurangi sensasi seksual
- Tidak harus segera dilepas setelah ejakulasi

Keterbatasan

Memerlukan latihan untuk cara pemakaian yang benar.

d) Kriteria Kelayakan Medis

Yang boleh menggunakan kondom perempuan yaitu semua perempuan dapat menggunakan kondom perempuan kecuali mereka dengan reaksi alergi berat terhadap lateks semestinya tidak menggunakan kondom perempuan berbahan lateks.

e) Waktu Pemakaian

Kapan saja perempuan atau pasangan menginginkan perlindungan terhadap kehamilan atau IMS.

f) Efek Samping dan Komplikasi

Efek Samping

Tabel 6.10 Efek Samping Kondom Wanita

EFEK SAMPING	PENANGANAN
Kondom rusak atau diperkirakan bocor (sebelum berhubungan)	Buang dan pakai kondom baru atau gunakan kondom dan spermisida.
Kondom bocor atau dicurigai ada curahan di vagina saat berhubungan	Pertimbangkan penggunaan kontrasepsi darurat.

Reaksi alergi	<ul style="list-style-type: none"> - Ganti metode kontrasepsi atau jika tersedia gunakan kondom yang terbuat dari <i>lambskin</i> atau <i>gut</i>. - Terapi alerginya jika mengganggu.
Mengurangi kenikmatan hubungan seksual	<ul style="list-style-type: none"> - Gunakan kondom yang lebih tipis atau anjurkan metode kontrasepsi lain.

(Sumber : Kemenkes RI, 2021)

Komplikasi

Tidak ada komplikasi

3) Prosedur Pemasangan

- 1) Memberikan fakta dasar tentang kondom:
 - Bagaimana cara kerja dan efektivitasnya
 - Penggunaan secara konsisten dan tepat dalam setiap sanggama adalah kunci efektivitas
 - Menjelaskan cara kerja kondom dalam mencegah kehamilan dan IMS
 - Bertanya apakah klien mengetahui tentang kemungkinan memiliki alergi terhadap lateks
 - Memberi tahu di mana mendapatkannya dan biayanya
- 2) Bertanya apakah klien memiliki pertanyaan dan menanggapinya
- 3) Memberikan instruksi yang spesifik tentang cara menggunakan dengan benar dan kapan menggunakan kondom:
 - Kemasan harus dirobek dengan hati-hati
 - Gunakan kondom setiap berhubungan intim
 - Gunakan spermisida bila memungkinkan
 - Jangan "menguji" kondom dengan menggelembungkan atau membuka gulungan
 - Pakai saat penis ereksi
 - Pakai sebelum penis dimasukkan ke dalam vagina

- 4) Memperagakan cara memakai kondom yang benar dengan model:
 - Beritahu klien untuk tidak membuka gulungan kondom sebelum memakainya
 - Menunjukkan cara memasang tepi kondom pada penis dan cara membuka gulungan ke pangkal penis
 - Menginstruksikan cara menyisakan ruang 1/2 inci di ujung kondom untuk air mani, yang tidak boleh diisi udara atau kondom bisa pecah
 - Menunjukkan cara mengeluarkan udara dengan mencubit ujung kondom saat dipakai
 - Memberitahu klien bahwa kondom bisa robek karena kuku/cincin.
- 5) Menasehati klien apa yang harus dilakukan jika kondom rusak atau terlepas saat berhubungan:
 - Kunjungi dokter/bidan untuk mendapatkan kontrasepsi darurat
 - Minta pil kontrasepsi darurat dalam waktu 72 jam pasca sanggama tanpa pelindung atau kerusakan kondom
- 6) Minta klien mendemonstrasikan dan berlatih memakai kondom dengan model.
- 7) Memperbaiki jika ada kesalahan teknik pemasangan.
- 8) Menasehati klien tentang cara mengeluarkan penis dari vagina dengan kondom utuh dan tanpa tumpahan air mani:
 - Pegang tepi kondom saat menarik
 - Hati-hati jangan sampai air mani tumpah ke dalam vagina saat penis sudah lembek
- 9) Anjurkan klien untuk membuang kondom dengan cara membakar atau mengubur
- 10) Jelaskan hal-hal yang harus dijadikan perhatian kepada klien:
 - Pastikan untuk memiliki kondom lebih dari satu
 - Gunakan kondom setiap tindakan sanggama
 - Jangan gunakan kondom lebih dari sekali
 - Jangan gunakan kondom jika kemasannya rusak, robek, *expired*, kering, rapuh, atau lengket

- 11) Memberi pasokan kondom kepada klien sebanyak 1 lusin untuk dua bulan
 - 12) Meyakinkan klien bahwa dia harus kembali kapan saja untuk nasihat, kondom habis atau ketika dia ingin menggunakan metode lain.
- (AIPKIND, 2022a; RI, 2021)

5. Pelayanan Kontrasepsi dengan Metode Kontrasepsi Pil

a. Kontrasepsi Pil Kombinasi (KPK)

1) Definisi

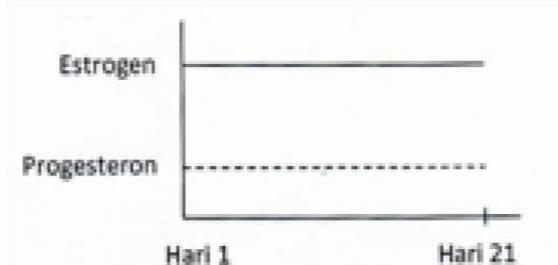
Pil yang mengandung 2 macam hormon berdosis rendah, yaitu progestin dan estrogen. Seperti hormon progesteron dan estrogen alami pada tubuh perempuan yang harus diminum setiap hari. Jenis KPK terdiri dari:

a) Monofasik

Pil mengandung hormon aktif estrogen/ progestin dalam dosis yang

sama. Jenis monofasik yang beredar di pasaran yaitu:

- 21 pil mengandung 20 ug Ethinyl Estradiol (EE)/ 150 ug Levonorgestrel (LNG) dan 7 pil tanpa hormon
- 21 pil mengandung 30 ug EE/ 3000 ug Drospirenone dan 7 pil tanpa hormon
- 24 pil mengandung 30 ug EE/2000 ug Drospirenone dan 4 pil tanpa hormon

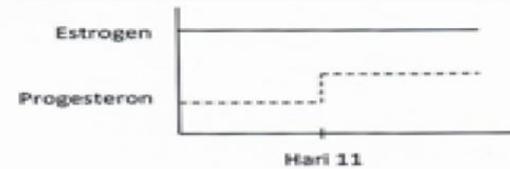


Gambar 6.12 Siklus Monofasik

b) Bifasik

Pil mengandung hormon aktif estrogen. progestin dalam dua dosis yang berbeda. Jenis pil bifasik yang beredar dipasaran

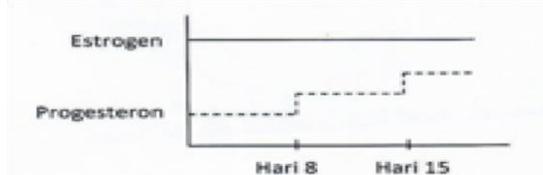
yaitu: 21 pil mengandung 0,02 mm EE/ 0,15 mg Desogestrel, 5 pil mengandung: 0,01 mg EE dan 2 pil tanpa hormon.



Gambar 6.13 Siklus Monofasik

c) Trifasik

Pil mengandung hormon aktif estrogen/ progestin dalam tiga dosis yang berbeda. Jenis pil trifasik yang beredar dipasaran yaitu: 7 pil mengandung 0,035 mg EE/0,5 mg Norethindrone, 7 pil mengandung 0,035 mg EE/0,75 mg Norethindrone, 7 pil mengandung 0,035 mg EE/ 1 mg Norethindrone dan 7 pil tanpa hormon; dan 7 pil mengandung 0,025 mg EE/0,100 mg Desogestrel, 7 pil mengandung 0,025 mg EE/ 0,125 mg Desogestrel, 7 pil mengandung 0,025 mg EE/ 0,150 mg Desogestrel dan 7 pil tanpa hormon.

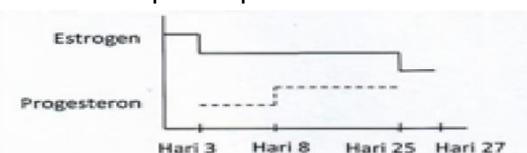


Gambar 6.14 Siklus Trifasik

d) Kuadrafasic

Pil mengandung hormon aktif estrogen/ progestin dalam empat dosis yang berbeda. Jenis pil kuadrifasik yang beredar di pasaran yaitu:

2 pil mengandung 3 mg estradiol valerate, 5 pil mengandung 2 mg estradiol valerate/ 2 mg dienogest, 17 pil mengandung 2 mg Estradiol valerate. 3 mg dienogest, 2 pil mengandung 1 mg estradiol valerate dan 2 pil tanpa hormon.



Gambar 6.15 Siklus Kuadrafasik

2) Cara Kerja :

- ✓ Mencegah Ovulasi

Hormon dalam Pil memberi sinyal ke Hipothalamus untuk menekan sekresi hormon pemacu FSH shg kelenjar Pituitari menekan produksi hormon FSH. Hormon FSH menyebabkan pematangan Folikel-folikel di Ovarium. Akibatnya sekresi hormon FSH tidak berada dalam kadar yg cukup sehingga Folikel tidak berada dalam kadar yg cukup sehingga Folikel tidak dapat tumbuh dan berkembang (Mature) sehingga Ovulasi tidak terjadi, yang berarti bahwa Kehamilan tidak terjadi. Hal ini merupakan Cara Kerja Hormon Kombinasi.

- ✓ Mencegah Implantasi

Mengubah sel-sel yg melapisi endometrium sehingga ovum yang telah dibuahi tidak dapat Nidasi karena lingkungan di dalam uterus tidak sesuai bagi embrio untuk tumbuh, merupakan Cara kerja hormon Progesteron

- ✓ Mengentalkan Lendir Serviks

Mempertebal/ memperkental produksi cairan mukus pada dinding vagina dan membuat serviks lebih tebal dan lebih lengket. Cara kerja yaitu Sperma yang telah diejakulasikan tidak mampu menembus halangan mukus shg sel sperma mati dalam perjalannya membuahi Ovum, hal berikut merupakan Cara kerja hormon Progesteron.

- ✓ Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi ovum akan terganggu

(Brian, 2012; Handayani, 2010; Notodihardjo, 2002; Yuhedi, 2015)

3) Jangka Waktu Pemakaian :

- ✓ 21 hari baik dari jenis monofasik atau bifasik
- ✓ 28 hari yang mungkin tergolong dalam jenis monofasik, bifasik, atau trifasik

4) Keuntungan dan Keterbatasan :

Keuntungan :

- ✓ Dapat mengontrol pemakaian
- ✓ Mudah digunakan
- ✓ Mudah didapat, misalnya di apotek atau toko obat

- ✓ Penghentian dapat dilakukan kapanpun tanpa perlu bantuan tenaga kesehatan
- ✓ Tidak mengganggu hubungan seksual
- ✓ Siklus haid menjadi teratur
- ✓ Banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia)
- ✓ Tidak terjadi nyeri haid,
- ✓ Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan
- ✓ Membantu mencegah Kanker Endometrium, Kanker Ovarium, Kista ovarium Penyakit Radang Panggul, Anemia Defisiensi Besi
- ✓ Mengurangi nyeri haid, nyeri ovulasi, masalah perdarahan menstruasi dan jerawat

Keterbatasan :

- ✓ Mahal
- ✓ Harus diminum setiap hari secara teratur
- ✓ Mengurangi ASI pada perempuan menyusui

5) Kriteria Kelayakan Medis

Yang boleh menggunakan Hampir semua perempuan dapat menggunakan KPK secara aman dan efektif, termasuk perempuan yang:

- ✓ Telah atau belum memiliki anak
- ✓ Perempuan usia reproduksi, termasuk perempuan yang berusia lebih dari 40 tahun
- ✓ Setelah melahirkan dan selama menyusui, setelah periode waktu tertentu.
- ✓ Baru saja mengalami keguguran, atau kehamilan ektopik
- ✓ Merokok – jika usia di bawah 35 tahun • Menderita anemia atau riwayat anemia
- ✓ Menderita varises vena
- ✓ Terkena HIV, sedang atau tidak dalam terapi antiretroviral

Yang tidak boleh menggunakan Perempuan tidak dianjurkan untuk memakai KPK apabila dalam kondisi sebagai berikut:

- ✓ Tidak menyusui dan kurang dari 3 minggu setelah melahirkan, tanpa resiko tambahan kemungkinan terjadinya penggumpalan darah pada vena dalam (TVD)

- ✓ Tidak menyusui dan antara 3 hingga 6 minggu pasca persalinan dengan resiko tambahan kemungkinan terjadinya TVD
- ✓ Terutama menyusui antara 6 minggu hingga 6 bulan setelah melahirkan
- ✓ Usia 35 tahun atau lebih yang merokok
- ✓ Tekanan darah tinggi (tekanan sistolik antara 140 dan 159 mmHg atau tekanan diastolik antara 90 dan 99 mmHg)
- ✓ Tekanan darah tinggi terkontrol, dan memungkinkan untuk dilakukan evaluasi lanjutan
- ✓ Riwayat tekanan darah tinggi, dan tekanan darah tidak dapat diukur (termasuk tekanan darah tinggi terkait kehamilan)
- ✓ Riwayat jaundis saat menggunakan KPK sebelumnya
- ✓ Penyakit kandung empedu (sedang atau diobati secara medis)
- ✓ Usia 35 tahun atau lebih dengan sakit kepala migrain tanpa aura yang muncul atau memberat ketika menggunakan KPK
- ✓ Menderita kanker payudara lebih dari 5 tahun yang lalu, dan tidak kambuh
- ✓ Diabetes selama lebih dari 20 tahun atau mengalami kerusakan
- ✓ pembuluh darah, penglihatan, ginjal, atau sistem saraf karena diabetes
- ✓ Faktor risiko multipel untuk penyakit kardiovaskular arteri seperti usia tua, merokok, diabetes, dan tekanan darah tinggi
- ✓ Sedang dalam terapi barbiturat, carbamazepine, oxcarbazepine, fenitoin, primidone, topiramate, rifampisin, atau rifabutin. Sebaiknya memakai metode kontrasepsi tambahan karena obat-obatan tersebut mengurangi efektivitas KPK.
- ✓ Sedang dalam terapi lamotrigin. KPK dapat mengurangi efektivitas lamotrigin.

Pada kondisi dimana tidak terdapat metode yang lebih sesuai maupun klien tidak bisa menerima, penyedia layanan berkualifikasi yang bisa menilai kondisi dan situasi klien secara hati-hati dapat memutuskan bahwa klien bisa menggunakan KPK pada kondisi di

atas. Penyedia layanan perlu mempertimbangkan seberapa berat kondisi klien dan kemampuan klien dalam mengakses tindak lanjut.

6) Waktu Pemberian

Tabel 6.11 Waktu Pemberian

Kondisi	Waktu Pemberian
Menstruasi atau berganti dari metode non hormonal	<p>Kapan saja pada bulan tersebut</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jika mulai dari 5 hari setelah permulaan haid, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan - Jika mulai lebih dari 5 hari setelah permulaan haid, klien dapat mulai menggunakan KPK kapan saja jika yakin tidak hamil. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama minum pil. - jika berganti dari AKDR, klien dapat segera mulai menggunakan KPK
Berganti dari metode hormonal	<ul style="list-style-type: none"> - Jika telah menggunakan kontrasepsi hormonal secara konsisten dan benar atau jika yakin tidak hamil, KPK dapat segera digunakan. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama minum pil - Jika berganti dari kontrasepsi suntik, klien dapat mulai menggunakan KPK saat suntik ulangan seharusnya diberikan. Tidak diperlukan metode kontrasepsi tambahan.
ASI eksklusif atau hamil eksklusif Kurang dari 6 bulan setelah melahirkan	Berikan KPK dan beritahu klien untuk memulai menggunakanya 6 bulan setelah melahirkan atau ketika ASI tidak lagi menjadi sumber nutrisi bayi. Manfaat yang lebih dahulu
ASI eksklusif atau hamil eksklusif Lebih dari 6 bulan setelah melahirkan	Jika belum haid, klien dapat mulai menggunakan KPK kapan saja dia yakin tidak hamil. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama minum pil
ASI tidak eksklusif Kurang dari 6 minggu setelah melahirkan	Jika telah haid, klien dapat mulai menggunakan KPK seperti yang dianjurkan pada klien yang memiliki siklus haid
ASI tidak eksklusif Lebih dari 6 minggu setelah melahirkan	<ul style="list-style-type: none"> - Jika belum haid, klien dapat mulai menggunakan KPK kapan saja dia yakin tidak hamil. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama minum pil. - Jika telah haid, klien dapat mulai menggunakan KPK seperti saran yang dianjurkan pada klien yang memiliki siklus haid.

Kondisi	Waktu Pemberian
Tidak menyusui Kurang dari 4 minggu setelah melahirkan	Klien dapat mulai menggunakan KPK kapan saja antara hari ke 21-28 setelah melahirkan. Berikan KPK kapan saja untuk mulai digunakan dalam 7 hari ini. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. Jika ada risiko tambahan untuk TVD, tunggu hingga 6 minggu.
Tidak menyusui Lebih dari 4 minggu setelah melahirkan	<ul style="list-style-type: none"> - Jika klien belum haid, klien dapat mulai menggunakan KPK kapan saja jika yakin tidak hamil. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama minum pil. - Jika telah haid, klien dapat mulai menggunakan KPK seperti yang dianjurkan pada klien yang memiliki siklus haid.
Tidak menstruasi (tidak berhubungan dengan melahirkan atau menyusui)	Klien dapat mulai menggunakan KPK kapan saja jika yakin tidak hamil. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama minum pil.
Pasca keguguran atau abortus	<ul style="list-style-type: none"> - Segera. Jika klien mulai menggunakan KPK dalam 7 hari pasca keguguran atau aborsi trimester 1 atau 2, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. - Jika klien mulai menggunakan KPK lebih dari 7 hari pasca keguguran atau aborsi, dia dapat mulai menggunakan KPK kapan saja jika yakin tidak hamil. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama minum pil.
Setelah pemakaian Pil Kontrasepsi Darurat (PKD) jenis progestin atau kombinasi	<ul style="list-style-type: none"> - Setelah menggunakan PKD, klien dapat segera mulai atau memulai kembali penggunaan KPK. Tidak perlu menunggu siklus haid selanjutnya. Pengguna rutin KPK yang membutuhkan PKD karena keliru memakai KPK, dapat melakukan pil yang tersisa dari kemasan yang sekarang. - Bila tidak segera mulai menggunakan KPK, tetapi tetap ingin menggunakannya, klien dapat mulai menggunakan kapan saja jika yakin tidak hamil. - Semua klien perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama minum pil.

Kondisi	Waktu Pemberian
Setelah pemakaian Pil Kontrasepsi Darurat (PKD) jenis ulipristal asetat (UPA)	<ul style="list-style-type: none"> - Klien dapat memulai atau memulai kembali KPK pada hari ke-6 setelah selesai minum PKD UPA. Tidak perlu menunggu haid selanjutnya. Kontrasepsi Pil Kombinasi (KPK) dan UPA dapat berinteraksi jika KPK dimulai lebih dulu, maka keduanya akan berada di dalam tubuh, akibatnya salah satu atau keduanya bisa menjadi kurang efektif. - Berikan pasokan pil yang cukup dan informasikan untuk mulai pil tersebut di hari ke-6 setelah pemakaian KPD UPA. - Perlu metode kontrasepsi tambahan dari mulai saat klien menggunakan PKD UPA sampai pemakaian KPK selama 7 hari. - Jika klien tidak mulai KPK pada hari ke-6 tetapi kembali menggunakan KPK sesudahnya, dia dapat mulai menggunakan kapan saja jika yakin tidak hamil.

(Sumber : Kemenker RI, 2021)

7) Efek samping dan komplikasi

Efek Samping KPK

Tabel 6.12 Efek Samping KPK

EFEK SAMPING	PENANGANAN
Menstruasi tidak teratur atau perdarahan pervaginam	<ul style="list-style-type: none"> • Minum pil setiap hari pada jam yang sama. Ibuprofen 3 x 800 mg selama 5 hari. • NSAID. • Bila perdarahan tidak berhenti sarankan menggunakan metode kontrasepsi lain.
Tidak menstruasi	<ul style="list-style-type: none"> • Lakukan konseling bahwa terkadang setelah pemakaian kontrasepsi pil menstruasi menjadi tidak teratur dan bahkan tidak menstruasi. • Pastikan pil diminum setiap hari. • Pastikan klien tidak hamil.
Sakit kepala biasa (bukan migraine)	<ul style="list-style-type: none"> • Aspirin 500 mg atau ibuprofen 400 mg atau parasetamol 500-1000 mg atau penghilang nyeri lainnya. • Bila sakit kepala berlanjut maka konseling untuk memilih kontrasepsi jenis lain.
Mual atau pusing	Untuk mengatasi mual minum pil menjelang tidur atau saat makan.
Payudara nyeri	<ul style="list-style-type: none"> • Sarankan menggunakan bra yang sesuai baik saat aktivitas ataupun. • Kompres hangat atau dingin.

EFEK SAMPING	PENANGANAN
	<ul style="list-style-type: none"> Aspirin 500 mg atau ibuprofen 400 mg atau parasetamol 500-1000 mg atau penghilang nyeri lainnya.
Perubahan berat badan	Evaluasi pola makan dan konsul gizi bila perlu.
Perubahan mood dan aktivitas seksual	Lakukan konseling bila keluhan berlanjut sarankan memilih kontrasepsi lain.
Jerawat	<ul style="list-style-type: none"> Jerawat umumnya timbul bersamaan dengan penggunaan pil. Bila klien telah menggunakan pil kombinasi selama beberapa bulan dan jerawat tetap ada maka berikan pil dengan kombinasi lain jika ada atau sarankan memilih kontrasepsi jenis lain.
Gastritis	<ul style="list-style-type: none"> Pil diminum setelah makan Jika diperlukan dapat diberikan antasida.

(Sumber : Aipkind, 2022a)

Komplikasi KPK

Jarang ditemukan komplikasi

b. Kontrasepsi Pil Progestin (KPP)

1) Definisi

Pil yang mengandung progestin saja (tidak ada estrogen) dengan dosis yang sangat rendah seperti hormon progesteron alami pada tubuh perempuan.

Terdapat 2 jenis yaitu:

- Kemasan 28 pil berisi Lynestrenol 0,5 mg (kontrasepsi Pil Progestin yang disediakan Pemerintah)
- Kemasan 28 pil berisi 75 µg norgestrel
- Kemasan 35 pil berisi 300 µg levonorgestrel atau 350 µg norethindrone

Sangat dianjurkan untuk ibu menyusui karena tidak mengganggu produksi ASI. (AIPKIND, 2022a)

2) Cara Kerja

- ✓ Menekan Ovulasi
- ✓ Membuat Lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu

- ✓ Perubahan pada endometrium (Atrofi) sehingga implantasi terganggu
- ✓ Menghambat transportasi gamet oleh tuba
(Brian, 2012; Handayani, 2010; Notodihardjo, 2002; Yuhedi, 2015)

3) Jangka Waktu Pemakaian

Efektif jika diminum setiap hari pada waktu yang sama. Kesuburan akan segera kembali jika klien menghentikan konsumsi pil.

4) Keuntungan dan Keterbatasan

Keuntungan :

- Dapat diminum selama menyusui
- Dapat mengontrol pemakaian
- Penghentian dapat dilakukan kapan pun tanpa perlu bantuan tenaga kesehatan
- Tidak mengganggu hubungan seksual
- Kesuburan cepat kembali
- Mengurangi nyeri haid
- Mengurangi jumlah perdarahan haid

Keterbatasan :

- Harus diminum setiap hari dan pada waktu yang sama, bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi lebih besar
- Peningkatan/penurunan berat badan

5) Kriteria Kelayakan Medis Yang boleh menggunakan

Perempuan dengan kondisi berikut bisa dianjurkan untuk menggunakan KPP :

- Sedang menyusui (dapat mulai segera setelah 6 minggu melahirkan)
- Telah atau belum memiliki anak
- Menikah atau tidak menikah
- Semua usia, termasuk perempuan yang berusia lebih dari 40 tahun
- Baru saja mengalami keguguran, atau kehamilan ektopik
- Merokok, tanpa melihat usia perempuan maupun jumlah rokok yang dihisap
- Menderita anemia atau riwayat semian

- Menderita varises vena
- Terkena HIV, sedang atau tidak sedang dalam terapi antiretroviral

Yang tidak boleh menggunakan

Perempuan dengan kondisi berikut tidak dianjurkan untuk menggunakan KPP :

- Mengalami penggumpalan darah akut pada vena dalam (trombosis vena dalam) di kaki atau perut
- Menderita kanker payudara lebih dari 5 tahun yang lalu, dan tidak kambuh
- Menderita sirosis hati atau tumor hati berat
- Menderita systemic lupus erythematosus (SLE) dengan antibodi antifosfolipid positif (atau tidak diketahui)
- Sedang dalam terapi barbiturat, carbamazepine, oxcarbazepine, fenitoin, primidone, topiramate rifampisin, atau rifabutin. Sebaiknya memakai metode kontrasepsi tambahan karena obat-obat tersebut mengurangi efektivitas KPP.

Pada kondisi dimana tidak terdapat metode yang lebih sesuai maupun klien tidak bisa menerima, penyedia layanan berkualifikasi yang bisa menilai kondisi dan situasi klien secara hati-hati dapat memutuskan bahwa klien bisa menggunakan KPP pada kondisi di atas. Penyedia layanan perlu mempertimbangkan seberapa berat kondisi klien dan kemampuan klien dalam mengakses tindak lanjut.

6) Waktu Pemberian

Seorang perempuan dapat memulai KPP kapanpun ia menghendaki selama yakin ia tidak hamil dan tidak ada kondisi medis yang menghambat.

Tabel 6.13 Waktu Pemberian KPP

Kondisi	Waktu Pemberian
ASI eksklusif atau hamil eksklusif Kurang dari 6 bulan setelah melahirkan	<ul style="list-style-type: none"> - Jika belum haid, klien dapat mulai menggunakan KPP kapan saja antara sesudah melahirkan dan 6 bulan. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama minum pil - Jika telah haid, klien dapat mulai menggunakan KPP seperti yang

Kondisi	Waktu Pemberian
	dianjurkan pada klien yang memiliki siklus haid
ASI eksklusif atau hamil eksklusif Lebih dari 6 bulan setelah melahirkan	<ul style="list-style-type: none"> - Jika belum haid, klien dapat mulai menggunakan KPP kapan saja antara jika yakin tidak haid. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 2 hari pertama minum pil - Jika telah haid, klien dapat mulai menggunakan KPP seperti yang dianjurkan pada klien yang memiliki siklus haid
ASI tidak eksklusif Bila belum haid	Klien dapat mulai menggunakan KPP kapan saja jika yakin tidak hamil. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 2 hari pertama minum pil
ASI tidak eksklusif Bila telah haid	Klien dapat mulai menggunakan KPP seperti yang dianjurkan pada klien yang memiliki siklus haid
Tidak menyusui Kurang dari 4 minggu setelah melahirkan	Klien dapat mulai menggunakan KPP kapan saja. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan.
Tidak menyusui Lebih dari 4 minggu setelah melahirkan	<ul style="list-style-type: none"> • Jika klien belum haid, klien dapat mulai menggunakan KPP kapan saja jika yakin tidak hamil. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 2 hari pertama minum pil. • Jika telah haid, klien dapat mulai menggunakan KPP seperti yang dianjurkan pada klien yang memiliki siklus haid.
Berganti dari metode hormonal	<ul style="list-style-type: none"> • Jika telah menggunakan metode hormonal secara konsisten dan benar atau jika yakin tidak hamil, KPP dapat segera digunakan. Tidak perlu menunggu menstruasi bulan berikutnya. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. • Jika berganti dari kontrasepsi suntik, ia dapat mulai menggunakan KPP saat suntik ulangan seharusnya diberikan. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan.

Kondisi	Waktu Pemberian
Menstruasi teratur atau berganti dari metode non hormonal	<ul style="list-style-type: none"> • Kapan saja pada bulan tersebut • Jika klien mulai dalam 5 hari setelah permulaan menstruasi, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. • Jika mulai lebih 5 hari setelah permulaan menstruasi, ia dapat mulai menggunakan KPP kapan saja jika yakin tidak hamil. perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 2 hari pertama minum pil. • Jika klien berganti dari AKDR, ia dapat segera mulai menggunakan KPP
Tidak menstruasi (tidak berhubungan dengan melahirkan atau menyusui)	Klien dapat mulai menggunakan KPP kapan saja jika yakin tidak hamil. perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 2 hari pertama minum pil.
Pasca keguguran atau abortus	<ul style="list-style-type: none"> • Segera. Jika klien mulai menggunakan dalam 7 hari setelah keguguran atau aborsi trimester 1 atau 2, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. • Jika klien mulai menggunakan KPP lebih dari 7 hari setelah keguguran/aborsi trimester 1 atau trimester 2, ia dapat mulai menggunakan KPP kapan saja jika yakin tidak hamil. perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 2 hari pertama minum pil.
Setelah pemakaian Pil Kontrasepsi Darurat (PKD) jenis progestin atau kombinasi	<p>Setelah memakai PKD jenis progestin atau kombinasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Setelah selesai menggunakan PKD, wanita dapat segera memulai atau memulai kembali penggunaan KPP. Tidak perlu menunggu menstruasi berikutnya. Pengguna rutin KPP yang membutuhkan PKD karena keliru memakai KPP, dapat melanjutkan pil yang tersisa dari kemasan saat ini. • Bila tidak segera memulai KPP, tetapi tetap ingin

Kondisi	Waktu Pemberian
	<p>menggunakannya, klien dapat mulai menggunakan kapan saja jika yakin tidak hamil.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Semua klien perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 2 hari pertama minum pil.
Setelah pemakaian Pil Kontrasepsi Darurat (PKD) jenis ulipristal asetat (UPA)	<ul style="list-style-type: none"> - Klien dapat memulai atau memulai kembali KPP pada hari ke-6 setelah selesai minum PKD UPA. Tidak perlu menunggu menstruasi berikutnya. Kontrasepsi Pil Progestin (KPP) dan UPA dapat berinteraksi: jika KPP dimulai lebih dulu, maka keduanya akan berada di dalam tubuh, akibatnya salah satu atau keduanya dapat menjadi kurang efektif.
	<ul style="list-style-type: none"> - Berikan pasokan pil yang cukup dan informasikan untuk memulai pil tersebut di hari ke-6 setelah pemakaian PKD UPA. - Perlu metode kontrasepsi tambahan dari mulai saat klien memakai PKD UPA sampai pemakaian KPP selama 2 hari. - Jika klien tidak mulai KPP hari ke-6 tetapi kembali menggunakan KPP sesudahnya, klien dapat mulai menggunakan kapan saja jika yakin tidak hamil.

(Sumber : Kemenker RI, 2021)

c) Efek Samping dan Komplikasi

Efek Samping

Tabel 6.14 Efek Samping KPP

EFEK SAMPING	PENANGAN
Menstruasi tidak teratur atau perdarahan pervaginam	<ul style="list-style-type: none"> • Minum pil setiap hari pada jam yang sama. Ibuprofen 3 x 800 mg selama 5 hari. • NSAID. • Bila perdarahan tidak berhenti sarankan menggunakan metode kontrasepsi lain.

EFEK SAMPING	PENANGAN
Tidak menstruasi	<ul style="list-style-type: none"> Lakukan konseling bahwa terkadang setelah pemakaian kontrasepsi pil menstruasi menjadi tidak teratur dan bahkan tidak menstruasi. Pastikan pil diminum setiap hari. Pastikan klien tidak hamil.
Sakit kepala biasa (bukan migraine)	<ul style="list-style-type: none"> Aspirin 500 mg atau ibuprofen 400 mg atau parasetamol 500-1000 mg atau penghilang nyeri lainnya. Bila sakit kepala berlanjut maka konseling untuk memilih kontrasepsi jenis lain.
Mual atau pusing	<ul style="list-style-type: none"> Untuk mengatasi mual minum pil menjelang tidur atau saat makan.
Payudara nyeri	<ul style="list-style-type: none"> Sarankan menggunakan bra yang sesuai baik saat aktivitas ataupun tidur. Kompres hangat atau dingin. Aspirin 500 mg atau ibuprofen 400 mg atau parasetamol 500-1000 mg atau penghilang nyeri lainnya.
Perubahan berat badan	<ul style="list-style-type: none"> Evaluasi pola makan dan konsul gizi bila perlu.
Perubahan suasana hati (<i>mood</i>) dan aktivitas seksual	<ul style="list-style-type: none"> Lakukan konseling bila keluhan berlanjut sarankan memilih kontrasepsi lain.
Jerawat	<ul style="list-style-type: none"> Jerawat umumnya timbul bersamaan dengan penggunaan pil. Bila klien telah menggunakan pil progestin selama beberapa bulan dan jerawat tetap ada maka berikan pil dengan kombinasi lain jika ada atau sarankan memilih kontrasepsi jenis lain.
Gastritis	<ul style="list-style-type: none"> Pil diminum setelah makan. Jika diperlukan dapat diberikan antasida.

(Sumber : Aipkind, 2022a)

Komplikasi

Tabel 6.15 Kompilasi KPP

KOMPLIKASI	PENANGANAN
Amenorea	Lakukan anamnesis dan pemeriksaan untuk menentukan kehamilan. Apabila klien hamil maka pil segera dihentikan. Amenorea dapat terjadi karena efek hormonal.
Mual, muntah dan pusing	Apabila klien tidak hamil maka sarankan untuk minum pil saat makan atau sebelum tidur.

Perdarahan pervaginam	Dilakukan konseling untuk meminum pil pada waktu yang sama dan jelaskan bahwa perdarahan umum terjadi pada 3 bulan pertama dan akan segera berhenti. Bila perdarahan tetap terjadi maka sarankan untuk mengganti metode kontrasepsi.
-----------------------	--

(Sumber : Aipkind, 2022a)

(AIPKIND, 2022a; RI, 2021)

d) Prosedur Klinis Pelayanan Kontrasepsi dengan Metode Pil

- 1) Alat dan Bahan yang digunakan :

Lembar balik konseling KB

Alat Bantu Pengambil keputusan ber-KB (ABPK)

Model alat Kontrasepsi Pil

- 2) Prosedur Kerja :

(a) Persiapan Petugas : Mempersiapkan peralatan yang akan digunakan

(b) Persiapan Pasien : Minta pasien untuk duduk yang nyaman

- (c) Prosedur Kerja :

(1) Siapkan ruangan, tempat kerja (meja dan Kursi) yang rapi dan bersih, serta buku catatan dan bolpoint untuk memberikan kenyamanan selama proses konseling berlangsung (tempat senyaman mungkin dan menjaga privasi pasien)

(2) Memanggil klien dengan nama sesuai

(3) Meminta klien masuk ruangan

(4) Salam dan berjabat tangan

(5) Mempersilahkan klien untuk duduk yang nyaman

(6) Memperkenalkan diri dengan sikap yang ramah dan penuh perhatian, yakinkan klien membangun rasa percaya diri

(7) Mengklasifikasi identitas klien dan tujuan kedatangan klien secara lengkap (Perlihatkan bahwa kita memahami kebutuhan dan keinginan klien serta kita dapat membantunya)

(8) Kumpulkan informasi data-data pribadi klien (Pengalaman KB dan kesehatan reproduksi, tujuan,

kepentingan harapan serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya).

(9) Melakukan apersepsi tentang kontrasepsi pil

(10) Lakukan informed choice dan informed consent

(11) Konseling Pra Tindakan :

- Menjelaskan hasil anamnesis, pemeriksaan fisik dan diagnosis
- Menggali suasana perasan pasien dan memberikan dukungan emosional
- Menjelaskan pilihan tatalaksana medis yang dapat diberikan beserta keunggulan dan kekurangannya
- Membantu pasien menentukan pilihan tatalaksana
- Menggali rencana kehamilan berikutnya dan kebutuhan kontrasepsi

(12) Prosedur Klinis :

Langkah 1.: Memberikan konseling kepada klien tentang kontrasepsi metode pil :

- Bertanya pada klien apa yang dia ketahui tentang Pil Kombinasi. Memperbaiki mitos, rumor, atau informasi yang salah yang mungkin dia ungkapkan
- Menanyakan apakah klien pernah menggunakan Pil Kombinasi di masa lalu. Apa pengalamannya?
- Memberi klien paket Pil Kombinasi untuk dilihat dan ditangani
- Menjelaskan keuntungan Pil Kombinasi, termasuk manfaat non-kontrasepsi
- Menjelaskan secara singkat bagaimana pil bekerja dan pentingnya meminumnya setiap hari
- Menjelaskan potensi efek samping umum Pil Kombinasi. Tekankan bahwa dia mungkin mengalami beberapa (atau mungkin tidak sama sekali) dari ini dan bahwa semuanya dapat dikelola:
 - Perubahan pola perdarahan (lebih ringan, tidak teratur, jarang atau tidak ada periode bulanan)
 - Mual (sakit perut)
 - Sakit kepala

- Perubahan mood
- Payudara nyeri/kencang
- Pusing
- Kenaikan berat badan atau penurunan berat badan
- Meyakinkan klien bahwa sebagian besar efek samping tidak serius dan akan berkurang atau berhenti setelah beberapa bulan penggunaan
- Menanggapi setiap pertanyaan atau masalah yang mungkin dimiliki klien
- Menjelaskan bahwa ia akan mengajukan beberapa pertanyaan kepada klien dan melakukan pemeriksaan fisik minimal untuk memastikan bahwa Pil Kombinasi secara medis sesuai

Langkah 2. : Melakukan skrining terhadap kondisi klien untuk penggunaan KB pil

Langkah 3. : Menjelaskan cara mengkonsumsi KB pil

- Memberi klien paket pilnya untuk dipegang dan dilihat
- Menunjukkan padanya bagaimana mengikuti anak panah pada kemasan.
- Jika klien menggunakan paket 28 pil, perintahkan dia untuk memulai paket baru sehari setelah dia menghabiskan semua pil dalam paket
- Jika klien menggunakan paket 21 hari, perintahkan dia untuk menunggu 7 hari sebelum memulai paket baru.
- Anjurkan klien untuk memulai pil pada hari pertama dari periode menstruasi berikutnya (atau pada hari kelima dari periode menstruasi, atau gunakan pedoman lokal untuk instruksi ini). Jika klien memulai pil setelah hari kelima dari siklusnya, dia harus menggunakan metode cadangan selama 7 hari pertama.

Langkah 4. : Menjelaskan prosedur penggunaan jika pil terlewat

- Jika dia melewatkannya satu pil, klien harus meminumnya segera setelah dia ingat. Ambil yang berikutnya pada waktu yang biasa.

- Jika dia melewatkkan dua pil, klien harus minum dua pil segera setelah dia ingat. Dia harus minum dua pil keesokan harinya, dan menggunakan metode cadangan untuk minggu depan. Klien harus menyelesaikan paket secara normal.
- Jika dia melewatkkan lebih dari dua pil, atau mulai terlambat 3 hari atau lebih, klien minum pil sesegera mungkin, lanjutkan minum 1 pil setiap hari, menggunakan kondom atau hindari seks selama 7 hari berikutnya. Jika pil ini terlewat di minggu ke-3, klien JUGA harus melewatkkan pil tidak aktif dalam kemasan 28 pil dan segera memulai kemasan baru. Jika pil tidak aktif terlewat, klien harus membuang pil yang terlewat dan terus minum pil, 1 setiap hari.

(13) Konseling Pasca Tindakan:

- Menggali rencana kehamilan dan penggunaan kontrasepsi serta tindak lanjut yang dibutuhkan
- Menjelaskan kepada pasien bahwa proses ovulasi dan waktu kembali kesuburan pada perempuan pasca keguguran dan pasca persalinan
- Memberikan informasi terkait pilihan metode kontrasepsi yang tersedia dan yang paling sesuai dengan kebutuhannya
- Merujuk jika diperlukan

(14) Menganjurkan klien untuk kunjungan ulang

(15) Berilah salam, mempersilahkan klien untuk meninggalkan ruangan

(16) Melakukan pendokumentasian tindakan dengan metode SOAP

(AIPKIND, 2022a)

c. Pelayanan Kontrasepsi Dengan Metode Kontrasepsi Suntik

Metode kontrasepsi suntik terdiri dari 2 jenis, yaitu Kontrasepsi Suntik Kombinasi (KSK) dan Kontrasepsi Suntik Progestin (KSP).

1) Kontrasepsi Suntik Kombinasi (KSK)

a) Definisi

Kontrasepsi Suntik Kombinasi (KSK) yang mengandung 2 hormon yaitu progestin dan estrogen seperti hormon progesterone dan estrogen alami pada tubuh perempuan.

b) Cara Kerja dan Efektivitas

- Mencegah pelepasan sel telur dari ovarium (menekan ovulasi)
- Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu
- Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implementasi terganggu
- Menghambat transportasi gamet oleh tuba

c) Jangka Waktu Pemakaian

- Medroxyprogesterone Acetate (MPA)/Estradiol Cypionate, suntikan 1 bulan sekali, suntikan 2 bulan sekali dan suntikan 3 bulan sekali
- Norethisterone Enanthate (NET-EN)/ Estradiol Valerate, suntikan 1 bulan sekali.

d) Keuntungan dan Keterbatasan

Keuntungan

- Tidak perlu pemakaian setiap hari
- Dapat dihentikan kapan saja
- Tidak berpengaruh pada hubungan seksual
- Baik untuk menjarangkan kehamilan

Keterbatasan

- Harus kembali ke tenaga kesehatan untuk disuntik tepat waktu
- Efektivitas sangat tergantung pada ketepatan waktu klien kembali. Risiko kehamilan meningkat saat klien terlambat suntik ulang atau melewatkannya suatu suntikan
- Kemungkinan keterlambatan pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian

e) Kriteria Kelayakan Medis

Yang boleh menggunakan KSK

Hampir semua perempuan dapat menggunakan KSK secara aman dan efektif, termasuk perempuan yang:

- Telah atau belum memiliki anak

- Perempuan usia reproduksi, termasuk perempuan yang berusia lebih dari 40 tahun
- Baru saja mengalami abortus atau keguguran
- Merokok berapapun jumlah batang rokok yang dihisap per hari dan berumur kurang dari 35 tahun
- Merokok kurang dari 15 batang per hari dan berumur lebih dari 35 tahun
- Menderita anemia atau riwayat anemia
- Menderita varises vena
- Terkena HIV, sedang atau tidak sedang dalam terapi antiretroviral

Yang tidak boleh menggunakan KSK

perempuan dengan kondisi berikut sebaiknya tidak menggunakan KSK:

- Tidak menyusui dan melahirkan kurang dari 3 minggu, tanpa risiko tambahan terbentuknya penggumpalan darah di vena dalam (TVD - Trombosis Vena Dalam)
- Tidak menyusui dan melahirkan antara 3 dan 6 minggu pasca persalinan dengan risiko tambahan yang memungkinkan terbentuknya TVD
- Sedang menyusui antara 6 minggu hingga 6 bulan setelah melahirkan
- Usia 35 tahun atau lebih dan merokok lebih dari 15 batang per hari
- Hipertensi (tekanan sistolik antara 140 sampai 159 mmHg atau tekanan distolik antara 90 dan 99 mmHg)
- Hipertensi terkontrol, yang memungkinkan untuk evaluasi lanjutan
- Riwayat hipertensi, dimana tekanan darah tidak dapat diukur (termasuk hipertensi terkait kehamilan)
- Penyakit infeksi atau tumor berat
- Usia 35 tahun atau lebih dengan sakit kepala migrain tanpa aura
- Usia kurang dari 35 tahun dengan sakit kepala migrain yang telah muncul atau memberat saat memakai KSK

- Menderita kanker payudara lebih dari 5 tahun yang lalu, dan tidak muncul kembali
- Diabetes selama lebih dari 20 tahun atau mengalami kerusakan pembuluh darah arteri, penglihatan, ginjal, atau sistem saraf karena diabetes
- Faktor risiko multiple untuk penyakit kardiovaskular arteri seperti usia tua, merokok, diabetes, dan hipertensi
- Sedang dalam terapi lamotrigine. KSK dapat mengurangi efektivitas *lamotrigine*

Pada kondisi dimana tidak terdapat metode yang lebih sesuai maupun klien tidak bisa menerima, penyedia layanan berkualifikasi yang bisa menilai kondisi dan situasi klien secara hati-hati dapat memutuskan bahwa klien bisa menggunakan KSK pada kondisi di atas. Penyedia layanan perlu mempertimbangkan seberapa berat kondisi klien dan kemampuan klien dalam mengakses tindak lanjut.

f) Waktu Pemberian

Seorang perempuan dapat memulai KSK kapanpun ia menghendaki selama ia yakin ia tidak hamil dan tidak ada kondisi medis yang menghambat.

Tabel 6.16 Waktu Pemberian KSK

Kondisi	Waktu Pemberian
Menstruasi teratur atau berganti dari metode non hormonal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kapan pun di bulan tersebut ▪ Jika mulai dalam 7 hari setelah permulaan menstruasinya, tidak perlu kontrasepsi tambahan*. ▪ Jika mulai lebih dari 7 hari setelah permulaan menstruasinya, klien dapat mulai menggunakan KSK kapan saja jika yakin tidak hamil. Perlu kontrasepsi tambahan* untuk 7 hari pertama setelah suntikan. ▪ Jika berganti dari AKDR, ia dapat segera mulai menggunakan KSK

Kondisi	Waktu Pemberian
Berganti dari metode hormonal	<p>Segera, jika telah memakai kontrasepsi hormonal secara konsisten dan benar atau yakin tidak hamil. Tidak perlu menunggu menstruasi bulan berikutnya. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan*.</p> <p>Jika berganti dari suntik yang lain, penyuntikan suntik yang baru dapat dilakukan saat suntik ulangan seharusnya diberikan. Tidak perlu kontrasepsi tambahan</p>
ASI eksklusif atau hampir eksklusif Kurang dari 6 bulan setelah melahirkan	Tunda suntik pertama sampai dengan 6 bulan setelah melahirkan atau ketika ASI tidak lagi menjadi sumber nutrisi utama bayi – mana saja yang lebih dulu
ASI eksklusif atau hampir eksklusif Lebih dari 6 bulan setelah melahirkan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jika belum menstruasi, klien dapat memulai KSK kapan saja jika yakin tidak hamil. Perlu kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah suntikan. ▪ Jika telah menstruasi, klien dapat memulai KSk seperti dianjurkan pada klien yang memiliki siklus menstruasi normal
ASI tidak Eksklusif Kurang dari 6 minggu setelah melahirkan	Tunda suntik pertama sampai dengan setidaknya 6 minggu setelah melahirkan
ASI tidak Eksklusif Lebih dari 6 minggu setelah melahirkan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jika belum menstruasi, klien dapat memulai KSK kapan saja jika yakin tidak hamil. Perlu kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah suntikan. ▪ Jika telah menstruasi, klien dapat memulai KSB seperti dianjurkan pada klien yang memiliki siklus menstruasi normal
Tidak Menyusui Kurang dari 4 minggu setelah melahirkan	Klien dapat mulai menggunakan KSK kapanpun antara hari ke 21-28 setelah melahirkan. Tidak perlu kontrasepsi tambahan. (Jika ada risiko tambahan untuk trombosis vena dalam, tunggu hingga 6 minggu.

Kondisi	Waktu Pemberian
Tidak Menyusui Lebih dari 4 minggu setelah melahirkan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jika belum menstruasi, klien dapat memulai KSK kapan saja jika yakin tidak hamil. Perlu kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah suntikan. ▪ Jika telah menstruasi, klien dapat memulai KSK seperti dianjurkan pada klien yang memiliki siklus menstruasi normal
Tidak menstruasi (tidak berhubungan dengan melahirkan/menyusui)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Segera. Jika klien mulai menggunakan dalam 7 hari setelah keguguran trimester 1 atau trimester 2 atau aborsi, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. ▪ Jika klien memulainya lebih dari 7 hari setelah keguguran trimester 1 atau trimester 2 atau aborsi, ia dapat memulai KSK kapan pun jika yakin tidak hamil. Perlu kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah suntikan
Setelah pemakaian Pil Kontrasepsi Darurat (PKD)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Setelah pemakaian Kontrasepsi Pil Progestin (KPP) atau Pil Kontrasepsi Darurat Kombinasi (PKDK) ▪ Klien dapat mulai menggunakan suntik pada hari klien selesai menggunakan PKD. Tidak perlu menunggu menstruasi untuk mulai menggunakan suntik. Perlu kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah suntikan. ▪ Jika klien tidak segera memulainya, namun kembali untuk suntikan, maka ia dapat segera mulai kapan saja jika yakin tidak hamil. ▪ Setelah pemakaian Pil Kontrasepsi Darurat (PKD) ulipristal asetat (UPA): <ul style="list-style-type: none"> ○ Klien dapat mulai suntikan pada hari ke-6 setelah minum PKD UPA. Tidak perlu menunggu menstruasi bulan berikutnya. Ada interaksi antara KSK dan UPA jika suntikan dimulai lebih awal dan karena keduanya ada dalam tubuh, akibatnya satu atau keduanya akan menjadi kurang efektif. ○ Buat janji kunjungan kembali untuk suntik pada hari ke-6 setelah

Kondisi	Waktu Pemberian
	<p>penggunaan UPA, atau sesegera mungkin setelahnya.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Perlu kontrasepsi tambahan dari saat ia minum PKD UPA sampai 7 hari sesudah suntikan. <p>Jika klien tidak mulai suntik pada hari ke-6 namun kembalinya nanti, ia dapat memulai suntikan kapan saja jika yakin tidak hamil.</p>

g) Efek Samping dan Komplikasi

Efek Samping

Tabel 6.17 Efek Samping

EFEK SAMPING	PENANGANAN
Menstruasi irregular (tidak teratur) -	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Yakinkan klien jika kondisi tersebut tidak berbahaya dan biasanya akan berkurang atau berhenti setelah beberapa bulan pasca pemasangan. ▪ Pengobatan jangka pendek, boleh diberikan asam mefenamat 2x500mg selama 5 hari atau valdecoxib diberikan 1x 40 mg selama 5 hari, dimulai sejak kondisi tersebut terjadi. ▪ Jika kondisi ini terus berlangsung, pertimbangkan penyebab lain yang tidak berhubungan dengan kontrasepsi.
Tidak ada menstruasi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Yakinkan klien jika kondisi ini tidak berbahaya.
Menstruasi yang banyak dan lama	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Yakinkan klien jika kondisi tersebut tidak berbahaya dan biasanya akan berkurang atau berhenti setelah beberapa bulan.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pengobatan jangka pendek, boleh diberikan asam mefenamat diberikan 3x500mg selama 5 hari, atau valdecoxib diberikan 1x40 mg selama 5 hari atau ethinyl estradiol diberikan 1x50µg selama 21 hari dimulai sejak kondisi tersebut terjadi. ▪ Jika perdaraan mengancam kesehatan, sarankan untuk mengganti metode kontrasepsi. ▪ Sarankan untuk meminum obat penambah zat besi untuk mencegah anemia. ▪ Jika kondisi ini terus berlangsung, pertimbangkan penyebab lain yang tidak berhubungan dengan kontrasepsi.

Kembung atau rasa tidak nyaman di perut	-▪ Pertimbangkan solusi yang tersedia secara local.
Perubahan berat badan	-▪ Diet dan konsul gizi.
Perubahan mood dan hasrat seksual	-▪ Berikan dukungan yang sepatasnya jika perubahan tersebut mempengaruhi hubungan dengan pasangan. -▪ Jika terjadi perubahan mood yang berat seperti depresi mayor, maka harus mendapatkan perawatan segera.
Nyeri kepala biasa	-▪ Aspirin 500 mg atau ibuprofen 400 mg atau parasetamol 500-1000 mg atau penghilang nyeri lainnya.

Komplikasi

Tabel 6.18 Komplikasi

EFEK SAMPING	PENANGANAN
Perdarahan pervaginam yang tidak dapat dijelaskan penyebabnya	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rujuk ke fasyankes tingkat lanjut atau evaluasi riwayat sebelumnya dan lakukan pemeriksaan pelvis, diagnosis dan obati dengan tepat. ▪ Jika penyebab perdarahan tidak dapat ditemukan, ganti metode kontrasepsi (selain implan dan AKDR) ▪ Jika perdarahan disebabkan infeksi menular seksual atau penyakit radang panggul, klien tetap dapat melanjutkan metode ini.
Kondisi kesehatan yang serius seperti penyempitan pembuluh darah, penyakit hati yang berat, hipertensi yang berat, penyumbatan vena di tungkai atau paru, stroke, kanker payudara atau kerusakan arteri penglihatan, ginjal atau sistem saraf pusat karena diabetes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stop suntikan kontrasepsi. ▪ Ganti metode kontrasepsi. ▪ Rujuk ke Fasyankes tingkat lanjut.
Curiga kehamilan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ valuasi kehamilan. ▪ Stop suntikan jika kehamilan terkonfirmasi.

2) Kontrasepsi Suntik Progestin (KSP)

a) Definisi

Kontrasepsi suntik yang mengandung progestin saja seperti hormon progesteron alami dalam tubuh perempuan.

Terdapat 2 jenis KSP yaitu:

- Depot Medroxyprogesterone Acetate (DMPA) disebut juga Depo-Provera, KSP paling banyak digunakan merupakan suntikan intramuskular. Versi subkutan pada sistem suntik uniject dalam prefilled dosis tunggal syringe hipodermik sebagai depo subQ provera 104 suntikan.
- Norethisterone Enanthate (NET-EN) suntikan intramuskular.

b) Cara Kerja dan Efektivitas

- Mencegah pelepasan telur dari ovarium (menekan ovulasi)
- Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
- Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi

c) Jangka Waktu Pemakaian

Suntik DMPA 3 bulan dan NET-EN 2 bulan.

d) Keuntungan dan Keterbatasan

Keuntungan

- Suntikan setiap 2-3 bulan
- Tidak perlu penggunaan setiap hari
- Tidak mengganggu hubungan seksual
- Dapat digunakan oleh perempuan menyusui dimulai 6 bulan setelah melahirkan karena tidak mengganggu produksi ASI
- Dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun sampai premenopause
- Membantu mencegah: kanker endometrium, mioma uteri
- Mengurangi krisis sel sabit pada perempuan dengan anemia sel sabit dan gejala endometriosis (nyeri panggul, haid yang tidak teratur)
- Mungkin membantu mencegah Penyakit Radang Panggul (PRP) simptomatis, anemia defisiensi besi
- Mengurangi nyeri haid
- Mengurangi jumlah darah haid

- Mengurangi kejadian karsinoma payudara
- Tidak mengandung estrogen yang dapat berdampak pada klien dengan penyakit jantung dan pembekuan darah

Keterbatasan

- Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan untuk suntikan ulang
- Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya
- Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian, rata-rata 4 bulan
- Pada pemakaian jangka panjang dapat sedikit menurunkan densitas (kepadatan) tulang
- Terjadi perubahan pola haid, umumnya metroragia atau spotting
- Terjadi penambahan berat badan
- Tidak mencegah IMS dan HIV/AIDS

e) Kriteria Kelayakan Medis

Yang boleh menggunakan KSP

Hampir semua perempuan dapat menggunakan KSP secara aman dan efektif, termasuk perempuan yang:

- Telah atau belum memiliki anak
- Menikah atau tidak menikah
- Semua usia, termasuk perempuan yang berusia lebih dari 40 tahun
- Baru saja mengalami keguguran
- Merokok tanpa melihat usia perempuan maupun jumlah rokok yang dihisap
- Sedang menyusui, mulai segera pada 6 minggu pasca melahirkan
- Terkena HIV, sedang atau tidak sedang dalam terapi antiretroviral

Yang tidak boleh menggunakan KSP perempuan dengan kondisi berikut sebaiknya tidak menggunakan KSP:

- Hamil atau diduga hamil, karena berisiko menimbulkan kecacatan pada janin 7 per 100.000 kelahiran
- Klien yang tidak dapat menerima gangguan haid terutama amenorrhea

- Menyusui dan melahirkan kurang dari 6 minggu sejak melahirkan (pertimbangkan risiko kehamilan selanjutnya dan kemungkinan terbatasnya akses lanjutan untuk mendapatkan suntik)
- Hipertensi (tekanan sistolik 160 mmHg atau tekanan diastolik 100 mmHg atau lebih)
- Mengalami penggumpalan darah akut pada vena dalam di kaki atau paru
- Riwayat penyakit jantung atau sedang menderita penyakit jantung terkait obstruksi atau penyempitan pembuluh darah (penyakit jantung iskemik)
- Riwayat stroke
- Memiliki faktor risiko multiple untuk penyakit kardiovaskular dari seperti diabetes dan hipertensi
- Mengalami perdarahan vaginal yang tidak diketahui sebelum evaluasi kemungkinan kondisi medis serius yang mendasari
- Menderita kanker payudara lebih dari 5 tahun yang lalu, dan tidak kambuh
- Diabetes selama lebih dari 20 tahun atau mengalami kerusakan pembuluh darah arteri, penglihatan, ginjal, atau sistem saraf karena diabetes
- Menderita sirosis hati atau tumor hati
- Menderita systemic lupus erythematosus (SLE) dengan antibodi antifosfolipid positif (atau tidak diketahui) dan tidak dalam terapi imunosupersif, atau trombositopenia berat.

Pada kondisi dimana tidak terdapat metode yang lebih sesuai maupun klien tidak bisa menerima, penyedia layanan berkualifikasi yang bisa menilai kondisi dan situasi klien secara hati-hati dapat memutuskan bahwa klien bisa menggunakan KSP pada kondisi di atas. Penyedia layanan perlu mempertimbangkan seberapa berat kondisi klien dan kemampuan klien dalam mengakses tindak lanjut.

f) Waktu Pemberian

Klien dapat memulai KSP kapanpun dia menghendaki selama yakin tidak hamil dan tidak ada kondisi yang menghambat.

Tabel 6.19 Waktu Pemberian KSP

Kondisi	Waktu Pemberian
Menstruasi atau berganti dari metode non hormonal	<ul style="list-style-type: none">▪ Kapanpun pada bulan tersebut▪ Jika klien mulai dalam 7 hari setelah menstruasi, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan.▪ Jika klien mulai lebih dari 7 hari setelah menstruasi, dia dapat mulai menggunakan KSP kapan saja jika yakin tidak hamil. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 2 hari pertama minum pil.▪ Jika berganti dari AKDR, dapat segera mulai menggunakan KSP.
Berganti dari metode hormonal	<ul style="list-style-type: none">▪ Jika telah menggunakan metode hormonal secara konsisten dan benar atau jika yakin tidak hamil, KSP dapat segera digunakan. Tidak perlu menunggu haid selanjutnya. Tidak diperlukan metode kontrasepsi tambahan.▪ Jika berganti dari kontrasepsi suntik lainnya, klien dapat mulai menggunakan suntik baru saat suntik ulangan seharusnya diberikan.▪ Tidak perlu kontrasepsi tambahan.
ASI eksklusif atau hamil eksklusif Kurang dari 6 bulan setelah melahirkan	<ul style="list-style-type: none">▪ Jika melahirkan kurang dari 6 minggu yang lalu, tunda suntikan pertama sampai dengan setidaknya 6 minggu setelah melahirkan.▪ Jika belum haid, klien dapat mulai menggunakan KSP kapan saja antara 6 minggu dan 6 bulan. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan.▪ Jika sudah haid, klien dapat mulai menggunakan KSP seperti yang dianjurkan pada klien yang memiliki siklus haid.

Kondisi	Waktu Pemberian
ASI eksklusif atau hamil eksklusif Lebih dari 6 bulan setelah melahirkan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jika belum haid, klien dapat mulai menggunakan KSP kapan saja jika yakin tidak hamil. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah suntik. ▪ Jika sudah haid, klien dapat mulai menggunakan KSP seperti yang dianjurkan pada klien yang memiliki siklus haid.
ASI tidak eksklusif Kurang dari 6 minggu setelah melahirkan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tunda suntikan pertama sampai dengan setidaknya 6 minggu setelah melahirkan
ASI tidak eksklusif Lebih dari 6 minggu setelah melahirkan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jika belum haid, klien dapat mulai menggunakan KSP kapan saja jika dia yakin tidak hamil. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah suntik. ▪ Jika telah haid, klien dapat mulai menggunakan KSP seperti yang dianjurkan pada klien dengan siklus menstruasi normal.
Tidak menyusui Kurang dari 4 minggu setelah melahirkan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klien dapat mulai menggunakan KSP kapan saja. Tidak perlu metode kontrasepsi tambahan.
Tidak menyusui Lebih dari 4 minggu setelah melahirkan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jika belum haid, klien dapat memulai KSP kapan saja dia yakin tidak hamil. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah suntik. ▪ Jika haid telah haid, klien dapat memulai KSP seperti yang dianjurkan pada klien dengan siklus menstruasi normal.
Tidak menstruasi (tidak berhubungan dengan melahirkan atau menyusui)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klien dapat mulai menggunakan KSP kapan saja

Kondisi	Waktu Pemberian
Pasca keguguran atau abortus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Segera. Jika klien mulai menggunakan dalam 7 hari setelah keguguran atau aborsi trimester 1 atau 2, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan. ▪ Jika klien mulai menggunakan KSP lebih dari 7 hari setelah keguguran atau aborsi, dia dapat mulai menggunakan KSP kapan saja jika yakin tidak hamil. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah suntik.
Setelah pemakaian Pil Kontrasepsi Darurat (PKD) jenis progestin atau kombinasi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dapat mulai menggunakan KSP pada hari yang sama dengan minum PKD. Tidak perlu menunggu haid untuk mendapatkan suntikan. Perlu metode kontrasepsi tambahan untuk 7 hari pertama setelah suntikan. ▪ Bila klien tidak segera mulai menggunakan KSP, tetapi kembali untuk suntik, dia dapat memulai kapan saja jika yakin tidak hamil.
Setelah pemakaian Pil Kontrasepsi Darurat (PKD) jenis ulipristal asetat (UPA)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menunggu haid untuk mendapatkan suntikan. Suntikan dan UPA berinteraksi: jika suntik dimulai lebih dulu, maka keduanya berada di dalam tubuh, akibatnya
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ salah satu atau keduanya dapat menjadi kurang efektif. ▪ Buat jadwal klien kembali untuk mendapatkan suntik pada hari ke-6 setelah menggunakan PKD UPA atau sesegera mungkin setelah itu. ▪ Klien perlu kontrasepsi tambahan dari saat ia menggunakan PKD UPA selama 7 hari setelah suntik. ▪ Jika klien tidak mulai suntikan pada hari ke 6 tetapi kembalinya agak terlambat untuk suntikan, dia mungkin perlu mulai kapan saja dia yakin tidak hamil.

g) Efek Samping dan Komplikasi

Efek Samping

Tabel 6.20 Efek Samping

EFEK SAMPING	PENANGANAN
Menstruasi irregular (tidak teratur)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Yakinkan klien jika kondisi tersebut tidak berbahaya dan biasanya akan berkurang atau berhenti setelah beberapa bulan pasca pemasangan. ▪ Pengobatan jangka pendek, boleh diberikan asam mefenamat 2x500 mg selama 5 hari atau valdecoxib diberikan 1x40 mg selama 5 hari, dimulai sejak kondisi tersebut terjadi. ▪ Jika kondisi ini terus berlangsung, pertimbangkan penyebab lain yang tidak berhubungan dengan kontrasepsi.
Tidak ada menstruasi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Yakinkan klien jika kondisi ini tidak berbahaya.
Menstruasi yang banyak dan lama	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Yakinkan klien jika kondisi tersebut tidak berbahaya dan biasanya akan berkurang atau berhenti setelah beberapa bulan. ▪ Pengobatan jangka pendek, boleh diberikan asam mefenamat diberikan 3x500 mg selama 5 hari, atau valdecoxib diberikan 1x40 mg selama 5 hari atau ethynodiol diberikan 1x50µg selama 21 hari dimulai sejak kondisi tersebut terjadi. ▪ Jika perdarahan mengancam kesehatan, sarankan untuk mengganti metode kontrasepsi. ▪ Sarankan untuk meminum obat penambah zat besi untuk mencegah anemia. ▪ Jika kondisi ini terus berlangsung, pertimbangkan penyebab lain yang tidak berhubungan dengan kontrasepsi.
Kembung atau rasa tidak nyaman di perut	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pertimbangkan solusi yang tersedia secara lokal.
Perubahan berat badan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diet dan konsul gizi.
Perubahan <i>mood</i> (suasana hati) dan hasrat seksual	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Berikan dukungan yang sepantasnya jika perubahan tersebut mempengaruhi hubungan dengan pasangan. ▪ Jika terjadi perubahan <i>mood</i> (suasana hati) yang berat seperti depresi mayor,

EFEK SAMPING	PENANGANAN
	maka harus mendapatkan perawatan segera.
Nyeri kepala biasa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aspirin 500 mg atau ibuprofen 400 mg atau parasetamol 500-1000 mg atau penghilang nyeri lainnya.

Komplikasi

Tabel 6.21 Efek Samping

KOMPLIKASI	PENANGANAN
Perdarahan pervaginam yang tidak dapat dijelaskan penyebabnya	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rujuk atau evaluasi riwayat sebelumnya dan lakukan pemeriksaan pelvis, diagnosis dan obati dengan tepat ▪ Jika penyebab perdarahan tidak dapat ditemukan, ganti metode kontrasepsi (selain implan dan AKDR). ▪ Jika perdarahan disebabkan infeksi menular seksual atau penyakit radang panggul, klien tetap dapat melanjutkan metode ini.
Kondisi kesehatan yang serius seperti penyempitan pembuluh darah, penyakit hati yang berat, hipertensi yang berat, penyumbatan vena di tungkai atau paru, stroke, kanker payudara atau kerusakan arteri penglihatan, ginjal atau sistem saraf pusat karena diabetes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stop suntikan kontrasepsi. ▪ Ganti metode kontrasepsi. ▪ Rujuk ke Fasyankes tingkat lanjut.
Curiga kehamilan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluasi kehamilan. ▪ Stop suntikan jika kehamilan terkonfirmasi.

h) Prosedur Klinis Pelayanan Kontrasepsi dengan Metode Suntik

1) Alat dan Bahan yang digunakan :

Lembar balik konseling KB

Alat Bantu Pengambil keputusan ber-KB (ABPK)

Model alat Kontrasepsi Suntik

2) Prosedur Kerja :

- (a) Persiapan Petugas : Mempersiapkan peralatan yang akan digunakan
- (b) Persiapan Pasien : Minta pasien untuk duduk yang nyaman
- (c) Prosedur Kerja :
 - (1) Siapkan ruangan, tempat kerja (meja dan Kursi) yang rapi dan bersih, serta buku catatan dan bolpoin untuk memberikan kenyamanan selama proses konseling berlangsung (tempat senyaman mungkin dan menjaga privasi pasien)
 - (2) Memanggil klien dengan nama sesuai
 - (3) Meminta klien masuk ruangan
 - (4) Salam dan berjabat tangan
 - (5) Mempersilahkan klien untuk duduk yang nyaman
 - (6) Memperkenalkan diri dengan sikap yang ramah dan penuh perhatian, yakinkan klien membangun rasa percaya diri
 - (7) Mengklasifikasi identitas klien dan tujuan kedatangan klien secara lengkap (Perlihatkan bahwa kita memahami kebutuhan dan keinginan klien serta kita dapat membantunya)
 - (8) Kumpulkan informasi data-data pribadi klien (Pengalaman KB dan kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan harapan serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya).
 - (9) Melakukan apersepsi tentang kontrasepsi suntik
 - (10) Lakukan informed choice dan informed consent
 - (11) Konseling Pra Tindakan :
 - Menjelaskan hasil anamnesis, pemeriksaan fisik dan diagnosis
 - Menggali suasana perasaan pasien dan memberikan dukungan emosional
 - Menjelaskan pilihan tatalaksana medis yang dapat diberikan beserta keunggulan dan kekurangannya
 - Membantu pasien menentukan pilihan tatalaksana
 - Menggali rencana kehamilan berikutnya dan kebutuhan kontrasepsi

(12) Prosedur Klinis :

Kontrasepsi Suntik Kombinasi (KSK)

Langkah 1 : Menyiapkan satu dosis suntikan, jarum, dan *syringe* (alat suntik/sput) :

- 25 mg MPA/estradiol cypionate atau 50 mg NET-EN/estradiol valerate, suntikan jarum intra muskular, dan syringe 2 ml atau 5 ml. NET-EN/estradiol valerate kadang tersedia dalam bentuk *syringe* yang sudah terisi (*prefilled syringe*).
- Untuk setiap suntikan gunakan *disposable auto-disable syringe* dan jarum dari kemasan baru bersegel (tidak melampaui tanggal kadaluarsa dan tidak rusak), jika tersedia.

Langkah 2 : Cuci tangan menggunakan sabun dan air, jika memungkinkan. Jika lokasi suntikan kotor, cuci dengan sabun dan air. Tidak perlu menyeka lokasi suntikan dengan antiseptik. Jika menggunakan "*prefilled syringe*", lanjut ke langkah 5.

Langkah 3 : Menyiapkan vial

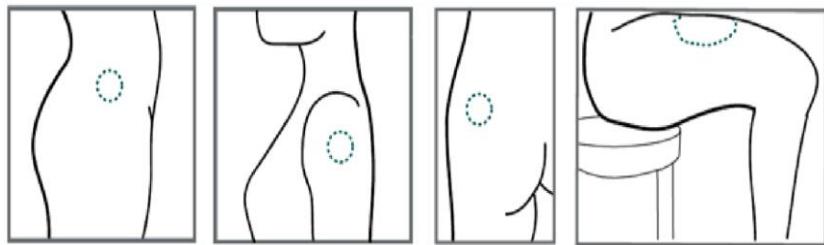
- MPA/estradiol cypionate: kocok vial.
- NET-EN/estradiol valerate: tidak perlu mengocok vial.
- Tidak perlu menyeka bagian atas vial dengan antiseptik.
- Jika vial dingin, hangatkan dengan suhu kulit sebelum disuntikkan

Langkah 4. : Mengisi *syringe*

Tusuk bagian atas vial dengan jarum steril dan isi *syringe* dengan dosis yang sesuai.

Langkah 5. : Menyuntikkan formula

Tusukkan jarum steril dalam-dalam ke pinggul (otot ventrogluteal), atau lengan atas (otot deltoid), atau pantat (otot gluteal, bagian atas luar), atau paha luar (depan), salah satu bagian yang dikehendaki oleh klien. Suntikan isi *syringe*.



Gambar 6.16 Titik Penyuntikan Formula

(Sumber : Kemenkes RI, 2021)

Langkah 6. : Membuang *syringe* sekali pakai dan jarum secara aman.

- Jangan menutup kembali, membengkokkan, atau mematahkan jarum sebelum dibuang.
- Letakkan pada tempat benda tajam
- Jangan menggunakan kembali *syringe* dan jarum sekali pakai.
Syringe dan jarum dihancurkan setelah sekali pakai karena bentuknya, alat-alat tersebut sulit untuk didesinfeksi. Oleh karena itu, penggunaan kembali *syringe* atau jarum yang sudah pernah dipakai dapat menyebarkan penyakit seperti HIV dan hepatitis.
- Jika memakai *syringe* dan jarum yang dapat digunakan kembali, alat-alat tersebut harus disterilkan kembali setelah digunakan dulu setelah pemakaian.
- Memberitahu nama suntikan dan membuat kesepakatan jadwal kunjungan selanjutnya dalam 4 minggu.
-

Kontrasepsi Suntik Progestin (KSP)

Langkah 1. : Menyiapkan satu dosis suntikan, jarum, dan *syringe*

- DMPA 150 mg: *syringe* 3 ml
- NET-EN 200 mg: *syringe* 1 ml atau 3 ml

Langkah 2. : Cuci tangan menggunakan sabun dan air, jika memungkinkan.

- Jika lokasi suntikan kotor, cuci dengan sabun dan air. Tidak perlu menyeka lokasi suntikan dengan antiseptik.
- Jika menggunakan "prefilled syringe", lanjut ke langkah 5.

Langkah 3. : Menyiapkan vial

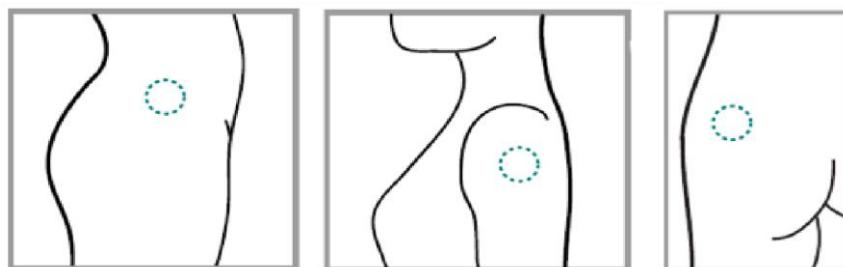
- DMPA: Kocok vial pelan-pelan.
- NET-ET: Tidak perlu mengocok vial.
- Tidak perlu menyeka bagian atas vial dengan antiseptik.
- Jika vial dingin, hangatkan dengan suhu kulit sebelum disuntikkan.

Langkah 4. : Mengisi *syringe*

Tusuk bagian atas vial dengan jarum steril dan isi *syringe* dengan dosis yang sesuai.

Langkah 5. : Menyuntikkan formula

Tusukkan jarum steril dalam-dalam ke pinggul (otot ventrogluteal), atau lengan atas (otot deltoid), atau pantat (otot gluteal, bagian atas luar), salah satu bagian yang dikehendaki oleh klien. Suntikan isi *syringe* dan jangan memijat lokasi bekas suntikan.



Gambar 6.17 Titik Penyuntikan Formula

(Sumber : Kemenkes RI, 2021)

Langkah 6. : Membuang *syringe* sekali pakai dan jarum dengan aman

- Jangan menutup kembali, membengkokkan, atau mematahkan jarum sebelum dibuang.
- Letakkan pada tempat benda tajam.

(13) Konseling Pasca Tindakan :

- Menggali rencana kehamilan dan penggunaan kontrasepsi serta tindak lanjut yang dibutuhkan
- Menjelaskan kepada pasien bahwa proses ovulasi dan waktu kembali kesuburan pada perempuan pasca keguguran dan pasca persalinan
- Memberikan informasi terkait pilihan metode kontrasepsi yang tersedia dan yang paling sesuai dengan kebutuhannya

- Merujuk jika diperlukan
- (14) Mengajurkan klien untuk kunjungan ulang
(15) Berilah salam, mempersilahkan klien untuk meninggalkan ruangan
(16) Melakukan pendokumentasian tindakan dengan metode SOAP
- (AIPKIND, 2022a)

D. Kesimpulan

Pelayanan KB merupakan bagian integral dari upaya untuk meningkatkan kesehatan reproduksi dan kesejahteraan keluarga. Dengan memberikan akses yang mudah dan informasi yang akurat tentang berbagai metode kontrasepsi, pelayanan KB membantu pasangan suami istri dalam merencanakan kehamilan, mengatur jarak kelahiran dan memilih metode kontrasepsi yang sesuai dengan kebutuhan. Pemilihan metode kontrasepsi harus mempertimbangkan kriteria kelayakan medik pasien, proses penapisan klien KB, serta evaluasi risiko dan manfaat dari setiap metode. Hal ini bertujuan untuk meminimalkan manfaat bagi pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- AIPKIND. (2022a). *Modul Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Sarjana dan Profesi Bidan-Modul 2 Metode Keluarga Berencana Terkini*.
- AIPKIND. (2022b). *Modul Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Sarjana dan Profesi Bidan-Modul 3 KIE dan Konseling KB, Kriteria Kelayakan Medik dan Penapisan Klien KB, dan Pelayanan Manajemen KB*.
- Brian, A. (2012). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi Edisi 3* (3rd ed.). PT.BPSP.
- Cleland, J., Bernstein, S., Ezeh, A., Faundes, A., Glasier, A., & Innis, J. (2006). Family planning: the unfinished agenda. *The Lancet*, 368(9549), 1810–1827.
- Deus, O. (2017). *BARRIERS TO UPTAKE OF FAMILY PLANNING SERVICES AMONG WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE (18-45 YEARS) IN MFANGANO ISLAND, HOMABAY COUNTY, KENYA*. Pwani University.
- Handayani, S. (2010). *Buku Ajar Pelayanan KB*. Pustaka Rihama.
- Indonesia, P. R. (2023). *UU Kesehatan No 17 Tahun 2023*.
- Institute, G. (n.d.). Adding It Up: Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health, Desember, 2017. <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017>
- Kollodge, R. (2021). *My body is my own: Claiming the right to autonomy and self-determination*. United Nations Population Fund.
- Notodihardjo, R. (2002). *Reproduksi, Kontrasepsi dan KB*. Kanisius.
- RI, K. (2020). *Kepmenkes No 320 Tahun 2020 tentang Standar Profesi Bidan*.
- RI, K. (2021). *Pelayanan kontrasepsi bagi dokter dan bidan di fasilitas pelayanan kesehatan*. Kemenkes RI. https://siakpel.kemkes.go.id/upload/akreditasi_kurikulum/modul-1-35383637-3635-4733-b937-303936373931.pdf
- RI, K. (2023). *Mata Pelatihan Inti Konseling Keluarga Berencana*.
- Ross, J., & Stover, J. (2013). Use of modern contraception increases when more methods become available: analysis of evidence from 1982–2009. *Global Health: Science and Practice*, 1(2), 203–212.
- Sari, K. M. (2017). *PELAYANAN KB*. BKKBN. <https://kampungkb.bkkbn.go.id/kampung/1381/intervensi/45128/pelaya>

nan-kb

Sedgh, G., Singh, S., & Hussain, R. (2014). Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Studies in Family Planning*, 45(3), 301–314.

WHO. (2023). *Family Planning/ Contraception Method*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

Yuhedi, L. dan T. K. (2015). *Buku Ajar Kependudukan & Pelayanan KB*. EGC.

BAB VII

PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI DAN SEKSUALITAS PEREMPUAN

Tri Restu Handayani, SST., M.Kes.

A. Pendahuluan

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia pada tahun 2022 menurut Kemenkes RI tercatat sebanyak 183 per 100.000 kelahiran hidup, angka yang masih jauh dari target *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang ditetapkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), yaitu 70 per 100.000 kelahiran hidup. Penyebab AKI berhubungan secara langsung maupun tidak langsung dengan kesehatan reproduksi dan pelayanan kesehatan reproduksi Perempuan.

Lingkup pelayanan kesehatan reproduksi meliputi seluruh siklus kehidupan Perempuan bahkan sebelum adanya konsepsi. Pelayanan kesehatan reproduksi dimulai sejak pranikah. Pada tahap ini Perempuan yang akan menikah diberikan edukasi tentang kesiapan menjadi ibu yang tidak hanya sehat secara fisik, psikis tetapi juga secara sosial yang berhubungan dengan sistem reproduksinya. Pada tahap ini juga dilakukan skrining dan pemeriksaan kesehatan reproduksi sebagai upaya mengendalikan AKI di Indonesia.

Siklus kehidupan Perempuan yang dimulai dari fase pranikah, lalu berlanjut ke fase konsepsi, kehamilan, persalinan, nifas, menjadi akseptor KB, bayi, balita, anak prasekolah, remaja, wanita usia subur bahkan lansia adalah sasaran utama pelayanan kesehatan reproduksi, sehingga dapat dikatakan bahwa pelayanan kesehatan reproduksi adalah pelayanan kesehatan yang kompleks dan komprehensif.

Indonesia sejak dulu telah menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu (PKRT). PKRT dilaksanakan secara terpadu (*integrative*) dan diselenggarakan dalam bentuk "*one stop service*" dimana klien dapat menerima semua pelayanan yang dibutuhkan. Pelayanan PKRT harus

diberikan secara terpadu dan berkualitas yang memenuhi aspek Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) dengan memperhatikan hak reproduksi individu/perorangan dan pelayanan terpadu tersebut harus berorientasi pada kebutuhan klien.

Permasalahan terkait PKRT saat ini adalah pelayanan kesehatan reproduksi belum dipahami secara integral, masih dianggap 'identik' dengan kesehatan reproduksi remaja. Fatoni et al (2017) dalam penelitiannya mengemukakan, implementasi kebijakan kesehatan reproduksi paradigma baru di Indonesia sebagai bagian dari ratifikasi kesepakatan ICPD 1994 belum berjalan sebagaimana yang diharapkan. Hal ini dikarenakan kesehatan reproduksi bukan semata-mata permasalahan kesehatan, tetapi juga erat kaitannya dengan berbagai aspek lainnya, termasuk sosial, budaya, politik, dan agama. Tantangan-tantangan tersebut termasuk: belum komprehensifnya pemahaman *stakeholders* terkait kesehatan reproduksi paradigma baru, belum menjadi prioritasnya permasalahan kesehatan reproduksi di daerah, belum sinerginya kemitraan (lintas program, lintas sektor, serta antara pemerintah dan masyarakat madani), serta belum kondusifnya berbagai piranti legal terkait permasalahan kesehatan reproduksi di Indonesia.

B. Tujuan

Bab ini bertujuan untuk memberikan informasi tentang pelayanan Kesehatan Reproduksi dan Seksualitas Perempuan.

C. Pembahasan

1. Pengertian Kesehatan Reproduksi

Kemenkes RI mendefinisikan kesehatan reproduksi sebagai suatu kondisi sehat secara psikis, sosial, dan fisik, yang berhubungan dengan fungsi, proses, dan sistem reproduksi, baik pada pria maupun wanita untuk bisa bertanggung jawab dalam memelihara dan *menjaga organ reproduksi*.

Kesehatan reproduksi menurut *World Health Organization* (WHO) adalah suatu kondisi sejahtera jasmani, rohani, sosial, ekonomi, tidak hanya bebas dari penyakit atau kecacatan namun dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi dan fungsi-fungsinya serta prosesnya.

Kesehatan Reproduksi adalah kesehatan secara fisik, mental, kesejahteraan sosial, secara utuh semua hal berhubungan sistem dan fungsi serta proses reproduksi, bukan hanya kondisi bebas penyakit dan kecacatan (BKKBN 2001). Menurut (DEPKES 2002) Kesehatan Reproduksi adalah suatu keadaan sehat secara menyeluruh mencakup fisik, mental, kehidupan sosial berkaitan dengan alat, fungsi serta proses reproduksi.

2. Hak – Hak Reproduksi

Hak – hak reproduksi terdiri dari:

- a. Hak untuk mendapat informasi dan pendidikan

Hak informasi dan pendidikan didapat melalui edukasi terkait dengan masalah kesehatan reproduksi termasuk jaminan kesehatan dan kesejahteraan seorang maupun keluarga.

- b. Hak untuk kebebasan berpikir

Termasuk kebebasan dari penafsiran ajaran agama yang sempit, kepercayaan, filosofi dan tradisi yang akan membatasi kebebasan berpikir tentang pelayanan kesehatan reproduksi.

- c. Hak atas kebebasan dan keamanan

Hak untuk mengatur fungsi reproduksinya terkait kehamilan, kontrasepsi dan aborsi. Tidak seorangpun dapat memaksakan dan mengatur kehidupan reproduksi orang lain.

- d. Hak untuk hidup

Setiap perempuan mempunyai hak untuk dibebaskan dari resiko kematian karena kehamilan dan persalinan. Artinya setiap

Perempuan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang terbaik sehingga terbebas dari resiko kematian.

- e. Hak mendapat pelayanan dan perlindungan kesehatan
Termasuk hak atas informasi, keterjangkauan, pilihan, keamanan, kerahasiaan, harga diri, kenyamanan, kesinambungan pelayanan dan hak berpendapat.
- f. Hak untuk memutuskan kapan dan akankah mempunyai anak.
- g. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk.
Termasuk hak anak-anak agar dilindungi dari eksplorasi dan penganiayaan seksual serta hak setiap orang untuk dilindungi dari perkosaan, kekerasan, penyiksaan dan pelecehan seksual.
- h. Hak memilih bentuk keluarga dan hak untuk membangun dan merencanakan keluarga
- i. Hak atas kerahasiaan pribadi
Pelayanan reproduksi dilakukan dengan menghormati kerahasiaan dan bagi perempuan diberi hak untuk menentukan pilihan sendiri reproduksinya.
- j. Hak atas kesetaraan dan bebas dari segala bentuk diskriminasi.
Termasuk kehidupan berkeluarga dan reproduksinya.
- k. Hak mendapatkan manfaat dari hasil kemajuan ilmu pengetahuan.
Termasuk pengakuan hak bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi dengan teknologi mutakhir yang aman dan dapat diterima.
- l. Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik.
Setiap orang mempunyai hak untuk mendesak pemerintah agar menempatkan masalah hak dan kesehatan reproduksi sebagai prioritas dalam kebijakan politik negaranya.

3. Hak Seksual

Hak – hak seksual, meliputi:

- a. Hak kesetaraan, perlindungan yang sama di muka hukum dan bebas dari semua bentuk diskriminasi yang berdasarkan jenis kelamin, seksualitas dan gender. Setiap orang dilahirkan secara bebas dan setara dalam martabat dan haknya dan berhak mendapatkan perlindungan hukum dari diskriminasi bebasis seksualitas dan gender.

- b. Hak berpartisipasi bagi semua orang tanpa memandang jenis kelamin, seksualitas dan gender. Setiap orang dapat aktif bebas dan berpartisipasi penuh dan berkontribusi pada masyarakat, ekonomi, sosbud, serta aspek politik dalam kehidupan manusia tingkat lokal, nasional, regional, dan internasional.
- c. Hak hidup, merdeka, dan terjamin keamanan dirinya secara utuh. Setiap orang memiliki hak untuk hidup dan terbebas dari segala bentuk kekejaman di semua bentuk khususnya yang berkaitan dengan usia, jenis kelamin, gender, orientasi seksual, sejarah kehidupan seksual, dan status HIV & AIDS.
- d. Hak atas privasi. Setiap orang memiliki hak untuk tidak diganggu hak privasinya.
- e. Hak otonomi pribadi dan pengakuan hukum. Setiap orang memiliki hak secara hukum dan kesempatan bagi setiap individu untuk memiliki kontrol dan memutuskan secara bebas hal yang berkaitan dengan seksualitas.
- f. Hak berpikir bebas, berpendapat, berekspresi dan berserikat. Setiap orang memiliki hak untuk bebas berfikir, berpendapat, dan mengekspresikan ide yang berkaitan dengan seksualitas tanpa gangguan bersifat dominan seperti: nilai – nilai budaya ataupun ideologi politik.
- g. Hak sehat dan manfaat kemajuan ilmu pengetahuan. Setiap orang berhak menikmati setinggi tingginya standar kesehatan baik fisik maupun mental termasuk akses pelayanan kesehatan seksual untuk pencegahan, diagnosis, dan pengobatan untuk semua masalah seksual.
- h. Hak pendidikan dan informasi. Setiap orang tanpa diskriminasi memiliki hak untuk mendapatkan pendidikan dan informasi yang komprehensif dalam pendidikan seksual.
- i. Hak menetapkan pernikahan, merencanakan keluarga, dan memutuskan tentang anak. Setiap orang memiliki hak untuk menetapkan pernikahan, merencanakan keluarga, dan memutuskan tentang anak secara bebas dan bertanggung jawab.
- j. Hak pertanggungjawaban dan ganti rugi. Setiap orang memiliki hak untuk memastikan dan menuntut agar hak seksual mereka ditegakkan. Ini mencakup kemampuan untuk memonitor

pelaksanaan hak-hak seksual dan untuk mengakses solusi untuk pelanggaran hak-hak seksual, akses penuh ganti rugi melalui restitusi, kompensasi, rehabilitasi, dan lainnya.

4. Lingkup Pelayanan Kesehatan Reproduksi

Kemenkes RI mengemukakan, ruang lingkup pelayanan kesehatan reproduksi meliputi komponen:

- a. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
- b. Keluarga Berencana (KB)
- c. Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR)
- d. Infeksi Menular Seksual (IMS), *Human Immunodeficiency Virus and Acquired Immuno Deficiency Syndrome* (HIV dan AIDS)
- e. Kesehatan Reproduksi Lanjut Usia (Kespro Lansia)
- f. Kesehatan Reproduksi lainnya seperti: kanker payudara dan kanker leher rahim (kanker serviks), pencegahan dan penanganan kekerasan terhadap perempuan dan anak (PP-KtP/A), aborsi, inferlitas, fistula vesiko-vaginal, prolapsus uterus, kanker prostat dan benign prostate hyperplasia.

5. Tujuan Pelayanan Kesehatan Reproduksi

Menurut Permenkes RI No 21 Tahun 2021, pengaturan penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu pada Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi, dan Pelayanan Kesehatan Seksual bertujuan untuk mengurangi angka kesakitan dan angka kematian ibu dan bayi baru lahir dengan:

- a. Menyiapkan kesehatan remaja, calon pengantin, dan/atau pasangan usia subur pada masa sebelum hamil;
- b. Menjamin kesehatan ibu sehingga mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas;
- c. Menjamin tercapainya kualitas hidup dan pemenuhan hak-hak reproduksi;
- d. Menjamin kualitas Pelayanan Kontrasepsi;
- e. Mempertahankan dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir

6. Masalah Kesehatan Reproduksi Perempuan

a. Gangguan ovulasi

Gangguan ovulasi jumlahnya sekitar 30-40% dari seluruh kasus infertilitas wanita. Gangguan ini umumnya sangat mudah didiagnosis menjadi penyebab infertilitas. Karena ovulasi sangat berperan dalam konsepsi, ovulasi harus dicatat sebagai bagian dari penilaian dasar pasangan infertil. Terjadinya anovulasi dapat disebabkan tidak ada atau sedikitnya produksi gonadotropin releasing hormon (GnRH) oleh hipotalamus (40 % kasus), sekresi hormon prolaktin oleh tumor hipopitik (20 % kasus), PCOS (30% kasus), kegagalan ovarium dini (10%). WHO membagi kelainan ovulasi ini dalam 4 kelas, yaitu:

- 1) Kelas 1: Kegagalan pada hipotalamus hipopitik (hipogonadotropin hipogonadism). Karakteristik dari kelas ini adalah gonadotropin yang rendah, prolaktin normal, dan rendahnya estradiol. Kelainan ini terjadi sekitar 10 % dari seluruh kelainan ovulasi.
- 2) Kelas 2: Gangguan fungsi ovarium. Karakteristik dari kelas ini adalah kelainan pada gonadotropin namun estradiol normal. Anovulasi kelas 2 terjadi sekitar 85 % dari seluruh kasus kelainan ovulasi. Manifestasi klinik kelainan kelompok ini adalah oligomenoreia atau amenorea yang banyak terjadi pada kasus PCOS. Delapan puluh sampai sembilan puluh persen pasien PCOS akan mengalami oligomenoreia dan 30 % akan mengalami amenorea.
- 3) Kelas 3 : Kegagalan ovarium (hipogonadotropin hipogonadism). Karakteristik kelainan ini adalah kadar gonadotropin yang tinggi dengan kadar estradiol yang rendah. Terjadi sekitar 4-5 % dari seluruh gangguan ovulasi. Kelompok wanita yang mengalami gangguan ovulasi akibat gangguan cadangan ovarium (premature ovarian failure/diminished ovarian reserve).
- 4) Kelas 4: Kelompok wanita yang mengalami gangguan ovulasi akibat disfungsi ovarium, memiliki kadar prolaktin yang tinggi (hiperprolaktinemia).

b. Infertilitas faktor tuba dan peritoneum

Faktor tuba dan peritoneum menjadi penyebab kasus infertilitas yang cukup banyak dan merupakan diagnosis primer pada 30-40% pasangan infertil. Faktor tuba mencakup kerusakan atau obstruksi tuba fallopii, biasanya berhubungan dengan penyakit peradangan panggul, pembedahan panggul atau tuba sebelumnya. Adanya riwayat Pelvic Infection Disease (PID), abortus septik, ruptur apendiks, pembedahan tuba, atau kehamilan ektopik sebelumnya menjadi faktor resiko besar untuk terjadinya kerusakan tuba.

PID tidak diragukan lagi menjadi penyebab utama infertilitas faktor tuba dan kehamilan ektopik. Studi klasik pada wanita dengan diagnosis PID setelah dilaparoskopi menunjukkan bahwa resiko infertilitas tuba sekunder meningkat seiring dengan jumlah dan tingkat keparahan infeksi panggul; secara keseluruhan, insidensi berkisar pada 10-12% setelah kali menderita PID, 23-35% setelah 2 kali menderita PID, dan 54-75% setelah menderita 3 kali episode akut PID. Infeksi pelvis subklinik oleh Chlamydia Trachomatis yang menyebabkan infertilitas karena faktor tuba. Meskipun banyak wanita dengan penyakit tuba atau perlekatan pelvis tidak diketahui adanya riwayat infeksi sebelumnya, terbukti kuat bahwa "silent infection" sekali lagi merupakan penyebab yang paling sering. Penyebab lain faktor infertilitas tuba adalah peradangan akibat endometriosis, Inflammatory Bowel Disease, atau trauma pembedahan.

c. Faktor Serviks

Faktor serviks berjumlah tidak lebih dari 5 % penyebab infertilitas secara keseluruhan. Tes klasik untuk evaluasi peran potensial faktor serviks pada infertilitas adalah Post Coital Test (PCT). Dibuat untuk menilai kualitas mukus serviks, adanya sperma dan jumlah sperma motil pada saluran genitalia wanita setelah koitus, serta interaksi antara mukus serviks dan sperma.

Serviks berfungsi sebagai barier terhadap mikrobiologi infeksius dan merupakan saluran sperma ke dalam uterus. Serviks akan memberi respon secara immunologis bila bertemu dengan mikrobiologi infeksius namun tidak memberi respon secara immunologik bila bertemu dengan antigen permukaan spermatozoa. Kelainan Serviks yang dapat menyebabkan infertilitas adalah :

- 1) Perkembangan serviks yang abnormal sehingga dapat mencegah migrasi sperma.
- 2) Tumor serviks (polip, mioma) dapat menutupi saluran sperma atau menimbulkan discharge yang mengganggu spermatozoa. atau tidak mampu mempertahankan produk kehamilan.
- 3) Servisitis yang menghasilkan asam atau sekresi purulen yang bersifat toksin terhadap spermatozoa. Streptococcus, staphylococcus, gonococcus, tricomonas dan infeksi campuran merupakan penyebab terbanyak.

7. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu (PKRT)

Dalam upaya memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang terintegrasi kepada sesuai usia, sejak tahun 2002 Kementerian Kesehatan telah mengembangkan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu (PKRT) di pelayanan kesehatan dasar.

PKRT dilaksanakan secara terpadu (*integrative*) dan diselenggarakan dalam bentuk "*one stop service*" dimana klien dapat menerima semua pelayanan yang dibutuhkan. Pelayanan PKRT harus diberikan secara terpadu dan berkualitas yang memenuhi aspek Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) dengan memperhatikan hak reproduksi individu/perorangan dan pelayanan terpadu tersebut harus berorientasi pada kebutuhan klien. PKRT terdiri dari :

a. Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil Bagi Calon Pengantin

Pelaksanaan pelayanan kesehatan masa sebelum hamil bagi calon pengantin (catin) dilakukan secara individual (terpisah antara calon catin laki-laki dan perempuan) untuk menjaga privasi klien, yang meliputi:

1) Pemberian Komunikasi, Informasi, Edukasi, dan Konseling

Tujuan pemberian Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) dan konseling dalam pelayanan kesehatan catin adalah untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran, dan kepedulian mereka sehingga dapat menjalankan fungsi dan perilaku reproduksi yang sehat dan aman.

2) Pelayanan Skrining Kesehatan

Pelayanan skrining kesehatan catin meliputi anamnesis dan deteksi dini masalah kesehatan jiwa, pemeriksaan fisik,

pemeriksaan tanda vital dan pemeriksaan penunjang penyakit yang diderita, riwayat penyakit, faktor risiko pada catin.

3) Pemberian Imunisasi

Catin perempuan perlu mendapat imunisasi tetanus dan difteri (Td) untuk mencegah dan melindungi diri terhadap penyakit tetanus dan difteri, sehingga memiliki kekebalan seumur hidup untuk melindungi ibu dan bayi terhadap penyakit tetanus dan difteri.

4) Pemberian Suplementasi Gizi

Pemberian suplementasi gizi bertujuan untuk pencegahan dan penanggulangan anemia gizi besi yang dilaksanakan dengan pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pada catin, TTD dapat diperoleh secara mandiri dan dikonsumsi 1 (satu) tablet setiap minggu sepanjang tahun. Penanggulangan Anemia pada catin harus dilakukan bersamaan dengan pencegahan dan pengobatan Kurang Energi Kronis (KEK), kecacingan, malaria, TB, dan HIV-AIDS.

5) Pelayanan Klinis Medis

Pelayanan klinis medis berupa tata laksana medis untuk menangani masalah kesehatan pada masa sebelum hamil yang dilakukan oleh dokter dan/atau tenaga kesehatan lainnya sesuai kompetensi dan kewenangan masing-masing.

b. Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil Bagi Pasangan Usia Subur.

Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil bagi Pasangan Usia Subur (PUS) diberikan kepada PUS laki-laki maupun perempuan, baik yang belum mempunyai anak, maupun yang sudah memiliki anak dan ingin merencanakan kehamilan selanjutnya. Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil pada PUS meliputi:

1) Pemberian Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE) dan konseling

KIE dan konseling pada PUS lebih diarahkan ke perencanaan kehamilan baik untuk anak pertama, kedua, dan seterusnya.

2) Pelayanan Skrining Kesehatan

Pelayanan skrining kesehatan catin meliputi anamnesis dan deteksi dini masalah kesehatan jiwa, pemeriksaan fisik,

pemeriksaan tanda vital dan pemeriksaan penunjang penyakit yang diderita, riwayat penyakit, faktor risiko pada PUS.

3) Pemberian Imunisasi

WUS perlu mendapat imunisasi tetanus dan difteri untuk mencegah dan melindungi diri terhadap penyakit tetanus dan difteri sehingga memiliki kekebalan seumur hidup untuk melindungi ibu dan bayi terhadap penyakit Tetanus. Setiap WUS (15-49 tahun) diharapkan sudah mencapai status T5. WUS perlu merujuk pada status imunisasi terakhir pada saat hamil apabila sebelumnya sudah pernah hamil.

4) Pemberian Suplementasi Gizi

Pemberian suplementasi gizi bertujuan untuk pencegahan dan pengobatan Anemia yang dilaksanakan dengan pemberian TTD. TTD adalah suplemen gizi yang mengandung senyawa besi yang setara dengan 60 mg besi elemental dan 400 mcg asam folat. Pada WUS, TTD dapat diperoleh secara mandiri dan dikonsumsi 1 tablet setiap minggu sepanjang tahun. Penanggulangan Anemia pada WUS harus dilakukan bersamaan dengan pencegahan dan pengobatan KEK, kecacingan, malaria, TB, dan HIV-AIDS.

5) Pelayanan Klinis Medis

Pelayanan Klinis Medis dapat berupa pengobatan atau terapi yang diberikan kepada PUS/WUS sesuai dengan diagnosis/ permasalahannya.

c. Pelayanan Kesehatan Masa Hamil

Pelayanan kesehatan masa hamil yang kemudian disebut pelayanan antenatal (ANC) terpadu adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan sejak terjadinya masa konsepsi hingga sebelum mulainya proses persalinan yang komprehensif dan berkualitas. Pelayanan ini bertujuan untuk memenuhi hak setiap ibu hamil untuk memperoleh pelayanan antenatal yang komprehensif dan berkualitas sehingga ibu hamil dapat menjalani kehamilan dan persalinan dengan pengalaman yang bersifat positif serta melahirkan bayi yang sehat dan berkualitas. Indikator yang digunakan untuk menggambarkan akses ibu hamil terhadap pelayanan masa hamil adalah cakupan K1 (kunjungan pertama). Sedangkan indikator untuk

menggambarkan kualitas layanan adalah cakupan K4-K6 (kunjungan ke-4 sampai ke-6) dan kunjungan selanjutnya apabila diperlukan.

d. Pelayanan Kesehatan Pada Masa persalinan

Pelayanan Kesehatan Persalinan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang ditujukan pada ibu sejak dimulainya persalinan hingga 6 (enam) jam sesudah melahirkan. Persalinan adalah sebuah proses melahirkan bayi oleh seorang ibu yang sangat dinamis. Meskipun 85% persalinan akan berjalan tanpa penyulit namun komplikasi dapat terjadi selama proses persalinan.

Oleh karena itu, pendekatan yang dilakukan adalah setiap tempat penyelenggara pelayanan persalinan harus memiliki sumber daya dan kemampuan untuk mengenali sedini mungkin dan memberikan penanganan awal bagi penyulit yang timbul. Persalinan dilakukan sesuai dengan standar persalinan normal atau standar persalinan komplikasi. Standar persalinan normal adalah Asuhan Persalinan Normal (APN) sesuai standard dan memenuhi persyaratan, meliputi:

- 1) Dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan
- 2) Tenaga adalah tim penolong persalinan, terdiri dari dokter, bidan dan perawat, apabila ada keterbatasan akses dan tenaga medis, persalinan dilakukan oleh tim minimal 2 orang tenaga kesehatan yang terdiri dari bidan-bidan, atau bidan-perawat.
- 3) Tim penolong mampu melakukan tata laksana awal penanganan kegawatdaruratan maternal dan neonatal. Sedangkan Standar persalinan komplikasi mengacu pada Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan rujukan.

Pelayanan persalinan harus memenuhi 7 (tujuh) aspek yang meliputi:

- 1) Membuat keputusan klinik;
- 2) Asuhan sayang ibu dan sayang bayi, termasuk Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan resusitasi bayi baru lahir;
- 3) Pencegahan infeksi;
- 4) Pencegahan penularan penyakit dari ibu ke anak;
- 5) Persalinan bersih dan aman;
- 6) Pencatatan atau rekam medis asuhan persalinan; dan

- 7) Rujukan pada kasus komplikasi ibu dan bayi baru lahir.
- e. Pelayanan Kesehatan Masa Sesudah Melahirkan
- Pelayanan kesehatan sesudah melahirkan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang ditujukan pada ibu selama masa nifas (6 jam sampai dengan 42 hari sesudah melahirkan) yang dilaksanakan secara terintegrasi dan komprehensif. Ibu nifas dan bayi baru lahir dipulangkan setelah 24 jam pasca melahirkan, sehingga sebelum pulang diharapkan ibu dan bayinya mendapat 1 kali pelayanan pasca persalinan. Pelayanan pasca persalinan diperlukan karena dalam periode ini merupakan masa kritis, baik pada ibu maupun bayinya yang bertujuan:
- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik secara fisik maupun psikologis.
 - 2) Deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit pasca persalinan.
 - 3) Memberikan KIE, memastikan pemahaman serta kepentingan kesehatan, kebersihan diri, nutrisi, Keluarga Berencana (KB), menyusui, pemberian imunisasi dan asuhan bayi baru lahir pada ibu beserta keluarganya.
 - 4) Melibatkan ibu, suami, dan keluarga dalam menjaga kesehatan ibu nifas dan bayi baru lahir
 - 5) Memberikan pelayanan KB sesegera mungkin setelah bersalin.
- Pelayanan pascapersalinan dilakukan oleh tenaga kesehatan (dokter, bidan, perawat) sesuai kompetensi dan kewenangan. Pelayanan pascapersalinan dilaksanakan minimal 4 (empat) kali dengan waktu kunjungan ibu dan bayi baru lahir bersamaan yaitu:
- 1) Pelayanan pertama dilakukan pada waktu 6 jam sampai dengan 2 hari setelah persalinan.
 - 2) Pelayanan kedua dilakukan pada waktu 3-7 hari setelah persalinan.
 - 3) Pelayanan ketiga dilakukan pada waktu 8-28 hari setelah persalinan.
 - 4) Pelayanan keempat dilakukan pada waktu 29-42 hari setelah persalinan untuk ibu.

f. Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir

Pelayanan kesehatan bayi baru lahir dimulai segera setelah bayi lahir sampai 28 hari. Pelayanan pasca persalinan pada bayi baru lahir dimulai sejak usia 6 jam sampai 28 hari. Pelayanan neonatal esensial yang dilakukan setelah lahir 6 (enam) jam sampai 28 (dua puluh delapan) hari meliputi:

- 1) Menjaga bayi tetap hangat;
- 2) Pemeriksaan neonatus menggunakan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM);
- 3) Bimbingan pemberian ASI dan memantau kecukupan ASI;
- 4) Perawatan metode Kangguru (PMK);
- 5) Pemantauan pertumbuhan neonatus;
- 6) Masalah yang paling sering dijumpai pada neonatus

Pelayanan neonatal esensial dilakukan sebanyak 3 (tiga) kali kunjungan, yang meliputi:

- 1) Satu kali pada umur 6-48 jam (KN 1)
- 2) Satu kali pada umur 3-7 hari (KN 2)
- 3) Satu kali pada umur 8-28 hari (KN 3)

g. Pelayanan Keluarga Berencana

Pada pelayanan KB memasukan unsur pelayanan pencegahan dan penanggulangan IMS, HIV dan AIDS. Pelayanan KB difokuskan selain kepada sasaran muda-usia paritas-rendah (mupar) yang lebih mengarah kepada kepentingan pengendalian populasi; juga diarahkan untuk sasaran dengan "4 terlalu".

h. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja (PKPR)

Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja atau PKPR adalah sebuah program yang diresmikan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) pada 2003 untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi remaja berusia 10-19 tahun. Pada praktiknya, PKPR dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan (Dinkes) di Kabupaten atau Kota bersama dengan Dinkes tingkat Provinsi. Selain itu, PKPR juga dilaksanakan di puskesmas.

PKPR menyediakan layanan yang komprehensif mulai dari informasi tentang kesehatan remaja dan kesehatan reproduksi, layanan

pencegahan penyakit, pengobatan jika diperlukan, hingga perawatan dan dukungan psikologis, semuanya dapat diakses melalui PKPR.

Pada program ini, ada guru dan konselor sebaya yang akan menjadi pemandu peserta PKPR. Remaja akan dikumpulkan secara perorangan atau berkelompok. Jangan khawatir, diskusi atau penyuluhan dari PKPR umumnya menggunakan bahasa yang muda dipahami oleh remaja. Dari sisi pelayanan medis, PKPR menyediakan menawarkan layanan pemeriksaan penunjang dan rujukan.

Program PKPR yang dijalankan oleh Puskesmas PKPR adalah :

- 1) Pelayanan konseling kepada semua remaja yang memerlukan konseling yang kontak dengan petugas kesehatan
- 2) Membina minimal 1 sekolah (sekolah umum; sekolah berbasis agama) dan Melakukan KIE 2 kali setahun
- 3) Melatih KKR/konselor sebaya 10% jumlah murid di sekolah binaan

Selain memberikan layanan pencegahan (preventive), Pengobatan (kuratif), Promosi dan Rehabilitasi, Puskesmas PKPR juga menjalankan kegiatan sebagai berikut :

- 1) Pemberian informasi dan edukasi
- 2) Pelayanan klinis medis (termasuk pemeriksaan penunjang & rujukan)
- 3) Konseling
- 4) Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PKHS)
- 5) Pelatihan Konselor Sebaya

Secara umum, semua keluhan yang dapat ditangani oleh Puskesmas di tingkat pelayanan dasar dapat dilayani di Puskesmas PKRP. Termasuk di dalamnya adalah Layanan Kesehatan Reproduksi dan Seksual. Sebagai contoh, beberapa layanan yang dilayani PKPR adalah :

- 1) Pemeriksaan Kehamilan bagi remaja
- 2) Konseling semua masalah Kesehatan Reproduksi dan Seksual
- 3) Konsultasi mengenai masalah kejiwaan
- 4) HIV&AIDS
- 5) Infeksi Menular Seksual (IMS)
- 6) Anemia

i. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Lansia

Kesehatan reproduksi lanjut usia dan kesehatan reproduksi lainnya:

- 1) Pelayanan kesehatan reproduksi lanjut usia lebih ditekankan untuk meningkatkan kualitas hidup pada usia lanjut. Selain upaya promof dan preventif, pengembangan upaya kesehatan reproduksi lanjut usia juga ditujukan untuk mengatasi masalah yang sering ditemukan pada lanjut usia, misalnya masalah menopause/andropause dan pencegahan osteoporosis serta penyakit degeneratif lainnya.
- 2) Pada pelayanan kesehatan reproduksi lainnya diberikan sesuai dengan kebutuhan, misalnya pada kasus keguguran diberikan pelayanan asuhan pasca keguguran untuk mencegah terjadinya perdarahan dan infeksi kemudian diberikan pelayanan KB pasca keguguran.

8. Pelayanan Kesehatan Seksual

Pelayanan Kesehatan seksual dilakukan di fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan.

Pelayanan Kesehatan Seksual dilakukan melalui:

- a. Keterampilan sosial;
- b. Komunikasi, informasi, dan edukasi;
- c. Konseling;
- d. pemeriksaan dan pengobatan
- e. Perawatan.

Pelayanan kesehatan seksual terintegrasi dengan program atau pelayanan kesehatan yang diatur dalam Permenkes RI No 21 Tahun 2021, meliputi:

- a. Kesehatan ibu dan anak;
- b. Keluarga berencana;
- c. Kesehatan reproduksi;
- d. Kesehatan remaja;
- e. Kesehatan lanjut usia;
- f. Pencegahan dan pengendalian HIV-AIDS, Hepatitis B dan infeksi menular seksual (sifilis);
- g. Pencegahan risiko kanker serviks melalui pemeriksaan IVA;
- h. Kesehatan jiwa.

D. Kesimpulan

Pelayanan kesehatan reproduksi dibutuhkan dalam setiap siklus kehidupan Perempuan mulai dari konsepsi sampai lansia. Setiap fase memiliki permasalahan yang berbeda sehingga memerlukan spesifikasi pelayanan tertentu agar tujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan Perempuan dapat tercapai.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin Dwi Syalfina, & Syalfina, A. D. (2017). Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana. In CV Kekata Group.
- Anindya Hapsari. (2019). Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Modul Kesehatan Reproduksi Remaja. In Wineka Media. http://eprints.undip.ac.id/38840/1/KESEHATAN_MENTAL.pdf
- Atika R, Noor Meitia, dkk. (2017). Kesehatan Reproduksi Lansia dan Remaja. Surabaya: Airlangga University Press
- Hidayati, Elli. (2017). Buku Ajar Kesehatan Perempuan dan Perencanaan Keluarga. Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta
- Kemenkes RI. (2021). Permenkes RI No 21 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi dan Pelayanan Kesehatan Seksual. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. (2017). Pedoman Penatalaksanaan Paket Pelayanan Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi Remaja pada Krisis Kesehatan. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. (2015). Pedoman Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Prijatni, Ida dan Rahayu Sri. (2016). Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana. Jakarta: Kemenkes RI.
- World Health Organization. Available at www.who.int

BIODATA PENULIS



Yurissetiowati, SST., M.Kes. Lahir di Surabaya, 09 Mei 1990. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang D-IV Kebidanan pada Program Studi Kebidanan, Poltekkes Kemenkes Surabaya tahun 2012. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Nusa Cendana dan lulus tahun pada tahun 2019. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2013 bekerja di Dinas Kesehatan Kota Surabaya dan pada tahun 2014 sampai sekarang mulai bekerja di Kemenkes Poltekkes Kupang. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar baik nasional maupun internasional. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: yurissetiowati1@gmail.com

Motto: "Jadilah versi terbaik dari dirimu sendiri"



Ika Lustiani, S.ST., M.Kes. Lahir di Lebak, 15 September 1989. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang D-3 di Akademi Kebidanan Salsabila Cilegon, Jenjang D-4 Kebidanan tahun 2011 dan S2 Kesehatan Masyarakat tahun 2015 di Universitas Respati Indonesia Jakarta. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2011. Saat ini penulis bekerja di STIKes Salsabila Serang mengampu mata kuliah Asuhan Kebidanan Persalinan dan Komunikasi Dalam Praktik Kebidanan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar yang berkaitan dengan kompetensi kebidanan. Penulis juga mempunyai pengalaman praktik dari Tempat Praktik Mandiri Bidan yang penulis punya mulai tahun 2014. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: mdfikalustiani@gmail.com

Motto: S.ST., M.Kes (Sabar Syukur Tenang Mencapai KESejahteraan)

BIODATA PENULIS



Ardiyanti Hidayah, SST., Bd., M. Kes. Lahir di Sidoarjo, 17 November 1989. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang D-IV pada Program Studi Bidan Pendidik, Stikes Husada Jombang tahun 2011. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Sebelas Maret, Surakarta dan lulus tahun pada tahun 2014. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2011 setelah lulus Diploma IV Bidan Pendidik menjadi tenaga pengajar di Stikes Husada Jombang. Saat ini penulis bekerja di Stikes Husada Jombang mengampu mata kuliah Asuhan Kebidanan Kehamilan, Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui, Kebidanan Komplementer pada program studi Kebidanan dan mata kuliah Entrepreuner pada program studi Keperawatan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar dan mempunyai klinik mom and baby spa sebagai wujud dari Inovasi Peran Bidan. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: ardishj@gmail.com

Motto: "Setiap hari adalah suatu Kesempatan yang baru"



Rina Utami, M.Tr.Keb. Lahir di Kota Santri yaitu Kabupaten Pekalongan, 22 Agustus 1992. Lulus D3 Kebidanan Akademi Kebidanan Harapan Ibu Pekalongan tahun 2013. Selepas lulus Bidan, dihabiskan untuk melayani masyarakat sebagai Bidan. Kemudian melanjutkan Sarjana Terapan Kebidanan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karya Husada Semarang lulus pada tahun 2016 dan lulus Program Magister Sains Terapan Kebidanan (M.Tr.Keb.) Poltekkes Kemenkes Semarang pada tahun 2019. Tergabung juga dalam anggota organisasi IBI kemudian saat ini mengabdikan diri di Institut Kesehatan dan Teknologi Mahardika Cirebon Jawa Barat. Motto: "Vivere militare est"

BIODATA PENULIS

Lely Khulafa'ur R, S.ST.,M.Kes. Lahir di Nganjuk, 4 Maret 1985. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang pada Program Studi Kebidanan, Universitas Padjadjaran tahun 2008. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Sebelas Maret dan lulus tahun pada tahun 2014. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2006 di Akademi Kebidanan Dharma Husada Kediri. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai pengajar, penulis buku ajar dan modul, publikasi, seminar, riset dan pengabdian kepada masyarakat di Wilayah Kota Kediri. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: lelykhulafaur@gmail.com



Tri Restu Handayani, SST., M.Kes. Lahir di Palembang, 01 Juni 1990. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang Diploma IV Bidan Pendidik STIKES Mitra Adiguna Palembang pada tahun 2012. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 Kesehatan Masyarakat di STIK Bina Husada Palembang dan lulus pada 2014. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2012 sebagai mentor prodi kebidanan STIK Bina Husada dan diangkat menjadi dosen tetap pada tahun 2014 sampai dengan sekarang. Saat ini penulis mengampu mata kuliah Asuhan Kebidanan Kehamilan dan Kesehatan Reproduksi Perempuan dan Perencanaan Keluarga. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, dan narasumber seminar nasional. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: restu_senja@ymail.com

SINOPSIS

(KETERAMPILAN KLINIS DALAM PRAKTIK KEBIDANAN)

Kompetensi Bidan terdiri dari 7 (tujuh) area kompetensi meliputi: (1) Etik legal dan keselamatan klien, (2) Komunikasi efektif, (3) Pengembangan diri dan profesionalisme, (4) Landasan ilmiah praktik kebidanan, (5) Keterampilan klinis dalam praktik kebidanan, (6) Promosi kesehatan dan konseling, dan (7) Manajemen dan kepemimpinan. Kompetensi Bidan menjadi dasar memberikan pelayanan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Buku Keterampilan Klinis dalam Praktik Kebidanan ini adalah buku yang disusun untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan perkembangan ilmu kebidanan yang disesuaikan dengan kurikulum terbaru. Bidan diharapkan mampu untuk melakukan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada bayi baru lahir (neonatus), bayi, balita dan anak prasekolah, remaja, masa sebelum hamil, masa kehamilan, masa persalinan, masa pasca keguguran, masa nifas, masa antara, masa klimakterium, pelayanan Keluarga Berencana kesehatan reproduksi dan seksualitas perempuan yang fisiologis.

Dalam buku ini diulas tentang identifikasi kasus, skrining masalah, edukasi konseling, kolaborasi profesi, prosedur tatalaksana awal kegawatdaruratan, rujukan, dukungan terhadap perempuan dan keluarga, keterampilan dasar praktik klinik, dan penggunaan teknologi kesehatan dalam penegakan diagnose.

Keterampilan klinis yang terdapat di dalam standar ini dapat ditingkatkan melalui pendidikan dan pelatihan berkelanjutan dalam rangka mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kebidanan yang diselenggarakan oleh Organisasi Profesi atau lembaga lain yang terakreditasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Tujuan buku keterampilan klinis ini disusun sebagai acuan bagi bidan dan institusi pendidikan kebidanan agar lulusan bidan yang dihasilkan memiliki kompetensi yang memadai dalam memberikan asuhan kebidanan yang tepat sesuai dengan kondisi/kasus klien berdasarkan kompetensi dan kewenangan yang dimiliki.

Kompetensi Bidan terdiri dari 7 (tujuh) area kompetensi meliputi: (1) Etik legal dan keselamatan klien, (2) Komunikasi efektif, (3) Pengembangan diri dan profesionalisme, (4) Landasan ilmiah praktik kebidanan, (5) Keterampilan klinis dalam praktik kebidanan, (6) Promosi kesehatan dan konseling, dan (7) Manajemen dan kepemimpinan. Kompetensi Bidan menjadi dasar memberikan pelayanan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Buku Keterampilan Klinis dalam Praktik Kebidanan ini adalah buku yang disusun untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan perkembangan ilmu kebidanan yang disesuaikan dengan kurikulum terbaru. Bidan diharapkan mampu untuk melakukan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada bayi baru lahir (neonatus), bayi, balita dan anak prasekolah, remaja, masa sebelum hamil, masa kehamilan, masa persalinan, masa pasca keguguran, masa nifas, masa antara, masa klimakterium, pelayanan Keluarga Berencana kesehatan reproduksi dan seksualitas perempuan yang fisiologis.

Dalam buku ini diulas tentang identifikasi kasus, skrining masalah, edukasi konseling, kolaborasi profesi, prosedur tatalaksana awal kegawatdaruratan, rujukan, dukungan terhadap perempuan dan keluarga, keterampilan dasar praktik klinik, dan penggunaan teknologi kesehatan dalam penegakan diagnose.

Keterampilan klinis yang terdapat di dalam standar ini dapat ditingkatkan melalui pendidikan dan pelatihan berkelanjutan dalam rangka mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kebidanan yang diselenggarakan oleh Organisasi Profesi atau lembaga lain yang terakreditasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Tujuan buku keterampilan klinis ini disusun sebagai acuan bagi bidan dan institusi pendidikan kebidanan agar lulusan bidan yang dihasilkan memiliki kompetensi yang memadai dalam memberikan asuhan kebidanan yang tepat sesuai dengan kondisi/kasus klien berdasarkan kompetensi dan kewenangan yang dimiliki.

ISBN 978-623-8549-59-7



Penerbit :
PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F
Jalan S. Parman Kav. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480
Telp: (021) 29866919