

KEBIDANAN (TEORI DAN PRAKTIK)

- **Wenny Rahmawati**
- **Wahyu Sulfian**
- **Siswi Wulandari**
- **Rully Fatriani**
- **Nur Ekawati**
- **Kadek Yuke Widyantari**
- **Gusti Ayu Tirtawati**
- **Hanifa Zaini. S**
- **Ni Made Ari Febriyanti**
- **Triswanti**
- **Ni Nyoman Deni Witari**
- **Imelda Rosniyati Dewi**



KEBIDANAN (TEORI DAN PRAKTIK)

**Wenny Rahmawati
Wahyu Sulfian
Siswi Wulandari
Rully Fatriani
Nur Ekawati
Kadek Yuke Widyantari
Gusti Ayu Tirtawati
Hanifa Zaini. S
Ni Made Ari Febriyanti
Triswanti
Ni Nyoman Deni Witari
Imelda Rosniyati Dewi**



GET PRESS INDONESIA

KEBIDANAN (TEORI DAN PRAKTIK)

Penulis :

Wenny Rahmawati
Wahyu Sulfian
Siswi Wulandari
Rully Fatriani
Nur Ekawati
Kadek Yuke Widyantari
Gusti Ayu Tirtawati
Hanifa Zaini. S
Ni Made Ari Febriyanti
Triswanti
Ni Nyoman Deni Witari
Imelda Rosniyati Dewi

ISBN : 978-623-198-544-6

Editor : Dr. Oktavianis, M.Biomed.

Ilda Melisa, A.Md.,Kep

Penyunting : Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah
Kec. Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat

Website : www.getpress.co.id

Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, 1 Agustus 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan
dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Kebidanan (Teori Dan Praktik) ini.

Buku ini membahas Pengantar Kebidanan, Anatomi dan Fisiologi Reproduksi Wanita, Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi, Pemeriksaan Antenatal, Gangguan Kehamilan dan Penatalaksanaannya, Persiapan Persalinan dan Tanda-Tanda Persalinan, Persalinan Normal dan Persalinan dengan Komplikasi, Perawatan Bayi Baru Lahir, Pemeriksaan Pasca Persalinan, Perawatan Kesehatan Reproduksi Pasca Persalinan, Komplikasi Pasca Persalinan dan Penanganannya, Kebidanan dalam Praktik Keluarga Berencana.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, 1 Agustus 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR TABEL	viii
BAB 1 PENGANTAR KEBIDANAN.....	1
1.1 Definisi Bidan	1
1.2 Sejarah Kebidanan di Indonesia.....	2
1.3 Falsafah Kebidanan	4
1.4 Paradigma Kebidanan.....	5
1.5 Peran Bidan.....	8
1.6 Fungsi Bidan	11
DAFTAR PUSTAKA.....	14
BAB 2 ANATOMI FISILOGI SISTEM REPRODUKSI	
WANITA	15
2.1 Embriologi	15
2.1.1 Perkembangan Saluran Genetal	16
2.1.2 Perkembangan Alat Kelamin Luar	18
2.2 Anatomi	19
DAFTAR PUSTAKA.....	53
BAB 3 FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI	
KESEHATAN REPRODUKSI	55
3.1 Pendahuluan.....	55
3.2 Faktor Pendidikan dan Kesadaran	57
3.3 Faktor Gaya Hidup Sehat.....	58
3.4 Faktor Perilaku Seksual Aman	60
3.5 Faktor Akses terhadap Pelayanan Kesehatan	
Reproduksi	62
3.6 Faktor Lingkungan Fisik dan Pajaran Zat Berbahaya.....	64
3.7 Faktor Genetik dan Riwayat Keluarga.....	66
3.8 Faktor Stres dan Kesejahteraan Emosional.....	68
DAFTAR PUSTAKA.....	71

BAB 4 PEMERIKSAAN ANTENATAL	73
4.1 Pendahuluan.....	73
4.2 Pemeriksaan Antenatal	74
4.2.1 Definisi.....	74
4.2.2 Tujuan	75
4.2.3 Jadwal kunjungan ANC.....	76
4.2.4 Pengkajian Awal (Kunjungan Pertama).....	77
4.2.5 Standar Minimal Pelayanan Antenatal Terpadu	78
4.3 Faktor Yang Menentukan Pemeriksaan Kehamilan	88
DAFTAR PUSTAKA.....	90
BAB 5 GANGGUAN KEHAMILAN DAN PENATALAKSANAANNYA	95
5.1 Pendahuluan.....	95
5.2 Pengertian Gangguan Kehamilan	97
5.3 Ketidaknyamanan selama kehamilan dan antisipasinya sesuai kebutuhan	97
5.4 Gangguan Kehamilan Muda dan Penatalaksanaannya....	99
5.5 Gangguan Kehamilan Lanjut dan Penatalaksanaannya ..	112
DAFTAR PUSTAKA.....	121
BAB 6 PERSIAPAN PERSALINAN DAN TANDA-TANDA PERSALINAN	123
6.1 Pendahuluan.....	123
6.2 Persiapan Persalinan	123
6.3.1 Rencanakan penolong persalinan	123
6.3.2 Rencanakan pendamping persalinan	125
6.3.3 Diskusikan pilihan posisi persalinan	125
6.3.4 Persiapan berbagai arsip dan dokumen	126
6.3.5 Persiapan calon pendonor darah.....	127
6.3.6 Persiapan kendaraan jika sewaktu-waktu diperlukan.	127
6.3.7 Persiapan tabungan atau dana cadangan.....	128
6.3.8 Perlengkapan ibu dan bayi	128
6.3.9 Konsultasi laktasi dengan petugas kesehatan	128

6.3.10 Konsultasi family planning (keluarga berencana)	129
6.3 Tanda-tanda Persalinan	131
6.3.1 Kontraksi uterus (his) yang teratur	131
6.3.2 Keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir (<i>bloody show</i>)	133
6.3.3 Keluar cairan ketuban dari jalan lahir	134
DAFTAR PUSTAKA	136
BAB 7 PERSALINAN NORMAL DENGAN PERSALINAN KOMPLIKASI	141
7.1 Pengertian Persalinan Normal	141
7.2 Tahapan Persalinan	141
7.3 Tanda Dan Gejala Persalinan	143
7.4 Mekanisme Persalinan	144
7.5 Persalinan Dengan Komplikasi	145
DAFTAR PUSTAKA	150
BAB 8 PERAWATAN BAYI BARU LAHIR	151
8.1 Pendahuluan	151
8.2 Persiapan sebelum bayi lahir	153
8.3 Perawatan setelah bayi lahir	155
8.4 Mandi dan perawatan kebersihan	157
8.5 Perawatan kulit	159
8.6 Perawatan tidur	161
8.7 Perawatan kesehatan	163
DAFTAR PUSTAKA	165
BAB 9 PEMERIKSAAN PASCA PERSALINAN	167
9.1 Pendahuluan	167
9.2 Pemeriksaan tanda-tanda vital	167
9.3 Pemeriksaan Rahim	168
9.4 Pemeriksaan Saluran Kemih	168
9.5 Pemeriksaan Perineum	169
9.6 Pemeriksaan Payudara	169
9.7 Pemeriksaan tungkai	169
9.8 Psikologis ibu	169

DAFTAR PUSTAKA.....	171
BAB 10 PERAWATAN KESEHATAN REPRODUKSI	
PASCA PERSALINAN.....	173
10.1 Pendahuluan.....	173
10.2 Perawatan Kesehatan Reproduksi	174
10.2.1 Pengertian Kesehatan Reproduksi.....	174
10.2.2 Pengertian Perawatan Kesehatan Reproduksi	175
10.3 Masa Nifas	176
10.3.1 Pengertian Masa Nifas	176
10.3.2 Tujuan Perawatan Nifas	176
10.4 Perawatan Kesehatan Reproduksi Masa Nifas.....	176
10.4.1 Perawatan Vulva.....	176
10.4.2 Perawatan Payudara	179
10.4.3 Laktasi.....	182
10.5 Nasehat Untuk Ibu Postpartum	186
DAFTAR PUSTAKA.....	187
BAB 11 KOMPLIKASI PASCA PERSALINAN	
DAN PENANGANANNYA	189
11.1 Pendahuluan.....	189
11.2 Perdarahan Pascapersalinan	189
11.2.1 Etiologi Perdarahan Post Partum	190
11.2.2 Gejala Klinis Perdarahan Postpartum	190
11.2.3 Penilaian Klinik Diagnosis Perdarahan	
Postpartum.....	191
11.2.4 Penatalaksanaan Perdarahan Postpartum.....	197
11.3 Infeksi	198
11.3.1 Etiologi.....	198
11.3.2 Tanda dan Gejala	199
11.3.3 Penyebaran Infeksi.....	199
11.3.4 Pencegahan dan Penanganan Infeksi	201
11.4 Komplikasi Preeklamsi.....	202
11.5 Komplikasi Masalah Payudara.....	204
11.5.1 Bendungan ASI.....	204

11.5.2 Mastitis	204
11.5.3 Abses Payudara	206
11.6 Komplikasi Masalah Psikologis.....	207
11.6.1 Postpartum Blues	207
11.6.2 Postpartum Depression.....	208
11.6.3 Postpartum Psychosis	209
DAFTAR PUSTAKA.....	211
BAB 12 KEBIDANAN DALAM PRAKTIK	
KELUARGA BERENCANA.....	213
12.1 Pendahuluan.....	213
12.2 Konsep Dasar Keluarga Berencana	215
12.3 Pilihan-Pilihan Kontrasepsi dalam Keluarga Berencana	219
12.4 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana.....	229
12.5 Asuhan Kontrasepsi Dalam Beberapa Kondisi	235
DAFTAR PUSTAKA.....	238
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Representasi diagram dari alat kelamin eksternal.....	9
Gambar 2.2. Representasi diagramatik otot perineum..	20
Gambar 2.3. Bagian melintang dari fasia panggul	21
Gambar 2.4. Bagian Vulva.....	22
Gambar 2.5. Kelenjar Kista Bartholin.....	25
Gambar 2.6. Bagian panggul wanita	31
Gambar 2.7. Garis puting susu dari ketiak ke daerah pangkal paha	46
Gambar 2.8. Struktur unit tunggal kelenjar susu	47
Gambar 2.9. Alveolus mammae	48
Gambar 2.10. Siklus umpan balik yang positif memastikan produksi ASI terus berlanjut selama bayi terus menyusui.	51
Gambar 2.11. Kontrol Hormonal terhadap laktasi	52
Gambar 4.1. Tinggi Fundus Uteri Berdasarkan Usia Kehamilan	82
Gambar 4.2. Pengukuran Tinggi Fundus Uteri dengan Pita Metlin	83
Gambar 5.1. Bagan Perbedaan Abortus.....	103
Gambar 8.1. Persiapan Bayi Baru Lahir.....	151
Gambar 8.2. Memberikan ASI Bayi Baru Lahir.....	152
Gambar 8.3. Perlengkapan Mandi Bayi.....	157

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1. Palpasi Abdomen Teknik Leopold I-IV	84
Tabel 4.2. Penentuan Status Imunisasi T Dilakukan dengan Prinsip Jumlah Yang Diberikan Dan Interval Pemberian	86
Tabel 12.1. Metode Kontrasepsi dan Mekanisme Kerja.....	227
Tabel 12.2. Waktu Memulai Kontrasepsi Setelah Persalinan	233

BAB 1

PENGANTAR KEBIDANAN

Oleh Wenny Rahmawati

1.1 Definisi Bidan

Bidan merujuk berdasarkan bahasa Sanksekerta dari “wirdhan” yang memiliki arti perempuan bijaksana, sementara berdasarkan bahasa Inggris merujuk kata “midwife” bermakna pendamping bagi perempuan. Bidan merupakan profesi tenaga kesehatan legal dan diakui secara nasional dan internasional. Bidan merupakan gelar yang disandang oleh seseorang setelah selesai dari program pendidikan kebidanan legal dalam suatu negara, mendapatkan kualifikasi serta izin menjalankan praktik kebidanan pada negara tersebut (Confederation, 2020). Beberapa definisi bidan berdasarkan berbagai sumber yaitu sebagai berikut:

1. **Bidan** adalah seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan kebidanan yang diakui secara resmi oleh negaranya serta berdasarkan kompetensi praktik kebidanan dasar yang dikeluarkan ICM dan kerangka kerja dari standar global ICM untuk pendidikan kebidanan, telah memenuhi kualifikasi yang dipersyaratkan untuk didaftarkan (register) dan/atau memiliki izin yang sah (lisensi) untuk melakukan praktik kebidanan, dan menggunakan gelar/hak sebutan sebagai “**bidan**”, serta mampu menunjukkan kompetensinya di dalam praktik kebidanan (Confederation, 2020).
2. Bidan merupakan seseorang yang telah diakui secara reguler dalam program pendidikan kebidanan sebagaimana yang diakui yuridis dan telah menyelesaikan pendidikan kebidanan dan mendapatkan kualifikasi, terdaftar, disahkan

dan mendapatkan ijin untuk melaksanakan praktik kebidanan (Adnani, 2013)

3. **Bidan** adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang diakui pemerintah dan organisasi profesi di wilayah Negara Republik Indonesia serta memiliki kompetensi dan kualifikasi untuk diregister, sertifikasi dan atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan (Permenkes RI, 2010) .
4. Bidan adalah seorang perempuan yang telah menyelesaikan program pendidikan Kebidanan baik di dalam negeri maupun di luar negeri yang diakui secara sah oleh Pemerintah Pusat dan telah memenuhi persyaratan untuk melakukan praktik Kebidanan (Kemenkes RI, 2021).

Berdasarkan beberapa definisi bidan tersebut dapat disimpulkan bahwa definisi bidan adalah sebagai berikut:

1. Perempuan.
2. Lulus pendidikan kebidanan formal yang legal.
3. Memiliki surat tanda registrasi, lisensi dan legislasi sebagai bidan.
4. Memiliki tugas, tanggung jawab serta kewenangan sesuai Undang-undang no tahun 2019.

1.2 Sejarah Kebidanan di Indonesia

Bermula dari AKI dan AKB yang tinggi di masa pemerintahan Hindia Belanda di Indonesia pada tahun 1807. Tingginya AKI dan AKB ini disebabkan oleh proses persalinan yang masih ditolong oleh dukun beranak dengan pengetahuan kurang terkait persalinan aman. Oleh sebab itu, Gubernur Jendral Hendrik William Deandels melakukan pelatihan kepada dukun untuk menolong persalinan. Namun, yang mendapatkan pelayanan kesehatan tersebut hanya kaum belanda saja.

Awal 1849 dibuka sekolah kebidanan yang diberi nama Pendidikan Bidan Jawa di Batavia. Kemudian tahun 1851 dibuka kembali sekolah bidan untuk rakyat bagi di Batavia yang alumninya bisa kerja di RS. Namun, pendidikan ini hanya sebentar dikarenakan kurang peserta didik. Pada tahun 1852 diselenggarakan pelatihan formal untuk para bidan sebagai upaya peningkatan kompetensi. 1953 di Yogyakarta diadakan kursus bagi bidan, kemudian berdiri BKIA yang menyediakan layanan kebidanan lengkap. BKIA ini berubah menjadi Puskesmas di tahun 1957.

1990 layanan kebidanan sudah tersebar merata. Tahun 1992 instruksi presiden terkait pentingnya membimbing bidan untuk ditempatkan di desa. Bidan desa ini melaksanakan tugas KIA dan melakukan pembinaan kepada dukun bayi. Bidan dalam memberikan pelayanan harus mengacu pada kemampuan dan kewenangan. Kewenangan tercantum dalam Permenkes. Permenkes tersebut selalu berubah selaras dengan keadaan dan kondisi masyarakat dan bertujuan untuk mengangkat derajat kesehatan masyarakat (Sari et al, 2020).

Permenkes tersebut diantaranya (Purwoastuti dan Walyani, 2014):

1. Permenkes No.5380/IX/1963 berisi terkait otoritas bidan pada layanan KIA.
2. Permenkes No. 363/IX/1980 yang diperbarui menjadi Permenkes No.623/1989 berisi terkait otoritas bidan ada 2 yaitu otoritas umum dan khusus.
3. Permenkes No. 572/VI/1996 berisi terkait registrasi dan praktik bidan.
4. Kepmenkes No. 900/Menkes/SK/VII/2002 berisi terkait revisi aturan registrasi dan praktik bidan pada Permenkes No. 572/VI/1996.
5. Kepmenkes No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 berisi terkait standar asuhan kebidanan yang diberikan oleh bidan.

6. Permenkes No.1464/Menkes/Per/X/2010 berisi terkait izin dan penyelenggaraan praktik bidan. Permenkes ini dicabut dan diperbarui menjadi Permenkes No. 28 Tahun 2017
7. UU No.4 Tahun 2019 saat ini menjadi acuan terkait secara menyeluruh dari pendidikan sampai pelayanan yang diberikan.
8. Permenkes No.21 Tahun 2021 berisi terkait pelayanan asuhan yang menjadi otoritas bidan.

1.3 Falsafah Kebidanan

Falsafah kebidanan merupakan pandangan hidup atau penuntun bagi bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan. Falsafah kebidanan tersebut adalah :

1. Profesi kebidanan secara nasional diakui dalam Undang – Undang maupun peraturan pemerintah Indonesia yang merupakan salah satu tenaga pelayanan kesehatan professional dan secara internasional diakui oleh International Confederation of Midwives (ICM), FIGO dan WHO.
2. Tugas, tanggungjawab dan kewenangan profesi bidan yang telah diatur dalam beberapa peraturan maupun keputusan menteri kesehatan ditujukan dalam rangka membantu program pemerintah bidang kesehatan khususnya ikut dalam rangka menurunkan AKI, AKP, KIA, Pelayanan ibu hamil, melahirkan, nifas yang aman dan KB.
3. Bidan berkeyakinan bahwa setiap individu berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman dan memuaskan sesuai dengan kebutuhan manusia dan perbedaan budaya. Setiap individu berhak untuk menentukan nasib sendiri, mendapat informasi yang cukup dan untuk berperan di segala aspek pemeliharaan kesehatannya.

4. Bidan meyakini bahwa menstruasi, kehamilan, persalinan dan menopause adalah proses fisiologi dan hanya sebagian kecil yang membutuhkan intervensi medis.
5. Persalinan adalah suatu proses yang alami, peristiwa normal, namun apabila tidak dikelola dengan tepat dapat berubah menjadi abnormal.
6. Setiap individu berhak untuk dilahirkan secara sehat, untuk itu maka setiap wanita usia subur, ibu hamil, melahirkan dan bayinya berhak mendapat pelayanan yang berkualitas.
7. Pengalaman melahirkan anak merupakan tugas perkembangan keluarga yang membutuhkan persiapan mulai anak menginjak masa remaja.
8. Kesehatan ibu periode reproduksi dipengaruhi oleh perilaku ibu, lingkungan dan pelayanan kesehatan.
9. Intervensi kebidanan bersifat komprehensif mencakup upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat.
10. Manajemen kebidanan diselenggarakan atas dasar pemecahan masalah dalam rangka meningkatkan cakupan pelayanan kebidanan yang professional dan interaksi sosial serta asas penelitian dan pengembangan yang dapat melandasi manajemen secara terpadu.
11. Proses kependidikan kebidanan sebagai upaya pengembangan kepribadian berlangsung sepanjang hidup manusia perlu dikembangkan dan diupayakan untuk berbagai strata masyarakat (Adnani dkk, 2013).

1.4 Paradigma Kebidanan

Pemberian layanan kebidanan berpacu kepada paradigma. Paradigma adalah merupakan cara memandang kepada individu, sekitar, tingkah laku, keturunan serta pelayanan kebidanan yang diberikan (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

1. Perempuan

Sosok ini berperan dalam generasi kedepan. Oleh sebab itu, perempuan sehat secara holistik sangat dibutuhkan. Kualitas insan dalam sebuah keluarga ditentukan dari kualitas perempuan didalamnya, karena sosok perempuan yang mendidik pertama dan utama.

2. Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang bersangkutan antara interaksi manusia saat terlibat suatu aktifitas.

3. Perilaku

Perilaku adalah keseluruhan hasil berdasarkan interaksi dan pengalaman individu terhadap lingkungan. Perilaku ini berupa pengetahuan, sikap dan tindakan.

4. Buah hati

Bayi sehat dan cerdas pasti terlahir dari ibu yang sehat baik secara fisik maupun psikologis.

5. Pelayanan Kebidanan

Pelayanan kebidanan merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan dan diberikan oleh bidan terdaftar dan dapat diberikan secara mandiri, bersama-sama atau dengan rujukan. Layanan kebidanan menargetkan individu, keluarga dan masyarakat, bekerja menuju perbaikan, pencegahan, penyembuhan dan pemulihan. Pelayanan kebidanan dapat dibedakan menjadi :

- a. Layanan Primer ialah layanan bidan yang sepenuhnya menjadi tanggung jawab bidan.
- b. Layanan Kolaborasi adalah layanan yang dilakukan oleh bidan sebagai anggota tim yang kegiatannya dilakukan secara bersamaan atau sebagai salah satu dari sebuah proses kegiatan pelayanan kesehatan.
- c. Layanan Rujukan adalah layanan yang dilakukan oleh bidan dalam rangka rujukan ke sistem layanan yang lebih tinggi atau sebaliknya yaitu pelayanan yang

dilakukan oleh bidan dalam menerima rujukan dari dukun yang menolong persalinan, juga layanan yang dilakukan oleh bidan ke fasilitas pelayanan kesehatan lain secara horizontal maupun vertikal atau meningkatkan keamanan dan kesejahteraan ibu serta bayinya.

Manfaat paradigma dikaitkan dengan asuhan kebidanan adalah sebagai berikut:

- a. Individu adalah fokus paradigma.
- b. Individu harus bertanggung jawab terhadap kesehatan sendiri.
- c. Individu berinteraksi dengan lingkungan.
- d. Lingkungan dapat mempengaruhi kesehatan.
- e. Bidan sebagai manusia harus memiliki ilmu pengetahuan untuk mengetahui bagaimana diri sendiri, dengan mengetahui bagaimana diri sendiri diharapkan bidan dapat memahami manusia lain, sehingga bidan harus bersikap objektif dalam memberikan pelayanan kebidanan kepada wanita-wanita.
- f. Sifat-sifat manusia harus diperhatikan, keterbukaan dan kesabaran antara hubungan bidan dan wanita sangat dibutuhkan.
- g. Interaksi antara bidan dan pasien mendorong keterbukaan hubungan bidan dengan wanita.
- h. Bidan – pasien saling membutuhkan.
- i. Bidan harus menganggap pekerjaan sebagai suatu hal yang menarik, menumbuhkan ketertarikan dalam aspek kesehatan, contohnya saja dalam interaksi bidan – pasien dan dalam bekerja dengan teman-teman dan tim kesehatan lain (Nugraheni, 2018).

1.5 Peran Bidan

Bidan dalam melaksanakan profesinya memiliki peran sebagai pelaksana, pengelola, pendidik, dan peneliti (Sari et al, 2020).

1. Peran sebagai Pelaksana, bidan memiliki tiga kategori tugas, yaitu tugas mandiri, tugas kolaborasi, dan tugas ketergantungan.

- a. Tugas mandiri

Tugas-tugas mandiri bidan, yaitu:

- 1) Menetapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan yang diberikan.
- 2) Memberi pelayanan dasar pranikah pada anak remaja dan dengan melibatkan mereka sebagai klien. Membuat rencana tindak lanjut layanan bersama klien.
- 3) Memberi asuhan kebidanan kepada klien selama kehamilan normal.
- 4) Memberi asuhan kebidanan kepada klien dalam masa persalinan dengan melibatkan klien dan keluarga.
- 5) Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir.
- 6) Memberi asuhan kebidanan pada klien dalam masa nifas dengan melibatkan klien dan keluarga.
- 7) Memberi asuhan kebidanan pada wanita usia subur yang membutuhkan pelayanan keluarga berencana.
- 8) Memberi asuhan kebidanan pada wanita dengan gangguan sistem reproduksi dan wanita dalam masa klimakterium serta menopause.
- 9) Memberi asuhan kebidanan pada bayi dan balita dengan melibatkan keluarga dan pelaporan asuhan.

b. Tugas Kolaborasi

Tugas-tugas kolaborasi bidan, yaitu:

- 1) Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai fungsi kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga.
- 2) Memberi asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi.
- 3) Mengkaji kebutuhan asuhan pada kasus risiko tinggi dan keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi.
- 4) Memberi asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan dengan risiko tinggi serta keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga.
- 5) Memberi asuhan kebidanan pada ibu dalam masa nifas dengan risiko tinggi serta pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi bersama klien dan keluarga.
- 6) Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi bersama klien dan keluarga.
- 7) Memberi asuhan kebidanan pada balita dengan risiko tinggi serta pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi bersama klien dan keluarga.

c. Tugas ketergantungan

Tugas-tugas ketergantungan bidan, yaitu:

- 1) Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai dengan fungsi keterlibatan klien dan keluarga.
- 2) Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada kasus kehamilan dengan risiko tinggi serta kegawatdaruratan.
- 3) Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi serta rujukan pada masa persalinan dengan penyulit tertentu dengan melibatkan klien dan keluarga.
- 4) Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada ibu dalam masa nifas yang disertai penyulit tertentu dan kegawatdaruratan dengan melibatkan klien dan keluarga.
- 5) Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi serta rujukan dengan melibatkan keluarga.
- 6) Memberi asuhan kebidanan kepada anak balita dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi serta rujukan dengan melibatkan klien dan keluarga.

2. Peran sebagai Pengelola

Sebagai pengelola bidan memiliki 2 tugas, yaitu tugas pengembangan pelayanan dasar kesehatan dan tugas partisipasi dalam tim.

- a. Mengembangkan pelayanan dasar kesehatan. Bidan bertugas untuk mengembangkan pelayanan dasar kesehatan di wilayah kerja.
- b. Berpartisipasi dalam tim. Bidan berpartisipasi dalam tim untuk melaksanakan program kesehatan sektor

lain melalui dukun bayi, kader kesehatan, serta tenaga kesehatan lain yang berada di bawah bimbingan dalam wilayah kerjanya.

3. Peran sebagai Pendidik

Sebagai pendidik bidan memiliki 2 tugas yaitu sebagai pendidik dan penyuluh kesehatan bagi klien serta pelatih dan pembimbing kader.

- a. Memberi pendidikan dan penyuluhan kesehatan pada klien.
- b. Melatih dan membimbing kader .

4. Peran Sebagai Peneliti / Investigator

Bidan melakukan investigasi atau penelitian terapan dalam bidang kesehatan baik secara mandiri maupun berkelompok, mencakup:

- a. Mengidentifikasi kebutuhan investigasi yang akan dilakukan.
- b. Menyusun rencana kerja pelatihan.
- c. Melaksanakan investigasi sesuai dengan rencana.
- d. Mengolah dan menginterpretasikan data hasil investigasi.
- e. Menyusun laporan hasil investigasi dan tindak lanjut.
- f. Memanfaatkan hasil investigasi untuk meningkatkan dan mengembangkan program kerja atau pelayanan kesehatan.

1.6 Fungsi Bidan

Fungsi merupakan pekerjaan yang harus dilakukan sesuai dengan peranannya. Berdasarkan peran bidan seperti yang dikemukakan di atas, maka fungsi bidan adalah sebagai berikut (Panggabea, 2018).

1. Fungsi Pelaksana

- a. Melakukan bimbingan dan penyuluhan kepada remaja, keluarga, serta masyarakat pada masa praperkawinan.

- b. Melakukan asuhan kebidanan untuk proses kehamilan normal, kehamilan dengan kasus patologis tertentu, dan kehamilan dengan risiko tinggi.
- c. Menolong persalinan normal dan kasus persalinan patologis tertentu.
- d. Merawat bayi segera setelah lahir normal dan bayi dengan risiko tinggi.
- e. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu nifas.
- f. Memelihara kesehatan ibu dalam masa menyusui.
- g. Melakukan pelayanan kesehatan pada anak balita dan prasekolah.
- h. Memberi pelayanan keluarga berencana sesuai dengan wewenangnya.
- i. Memberi bimbingan dan pelayanan kesehatan untuk kasus gangguan sistem reproduksi, termasuk wanita pada masa klimakterium internal dan menopause sesuai dengan wewenangnya.

2. Fungsi Pengelola

Fungsi bidan sebagai pengelola mencakup hal-hal sebagai berikut:

- a. Mengembangkan konsep kegiatan pelayanan kebidanan bagi individu, keluarga, kelompok masyarakat, sesuai dengan kondisi dan kebutuhan masyarakat setempat yang didukung oleh partisipasi masyarakat.
- b. Menyusun rencana pelaksanaan pelayanan kebidanan di lingkungan unit kerjanya.
- c. Memimpin koordinasi kegiatan pelayanan kebidanan.
- d. Melakukan kerja sama serta komunikasi intersektor dan antarsektor yang terkait dengan pelayanan kebidanan.
- e. Memimpin evaluasi hasil kegiatan tim atau unit pelayanan kebidanan.

3. Fungsi Pendidik

Fungsi bidan sebagai pendidik mencakup hal-hal sebagai berikut:

- a. Memberi penyuluhan kepada individu, keluarga, dan kelompok masyarakat terkait dengan pelayanan kebidanan dalam lingkup kesehatan serta keluarga berencana.
- b. Membimbing dan melatih dukun bayi serta kader kesehatan sesuai dengan bidang tanggung jawab bidan.
- c. Memberi bimbingan kepada para bidan dalam kegiatan praktik di klinik dan dimasyarakat.
- d. Mendidik bidan atau tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan bidang keahliannya.

4. Fungsi Peneliti

Fungsi bidan sebagai peneliti mencakup hal-hal sebagai berikut:

- a. Melakukan evaluasi, pengkajian, survei, dan penelitian yang dilakukan sendiri atau berkelompok dalam lingkup pelayanan kebidanan.
- b. Melakukan penelitian kesehatan keluarga dan keluarga berencana.

DAFTAR PUSTAKA

- Adnani, Qorinah dkk. 2013. *Filosofi Kebidanan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Ardhina Nugraheni. 2018. *Pengantar Ilmu Kebidanan dan Standar Profesi Kebidanan*, Yogyakarta : Healthy.
- Confederation, I. 2020. 'Strategy'.
- Elizabeth Siwi Walyani; Endang Purwoastuti. 2015. *Mutu pelayanan kesehatan & kebidanan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Panggabean, Hetty. 2018. *Perlindungan Hukum Praktik Klinik Kebidanan*. Yogyakarta : Deepublish.
- Kemenkes RI, 2017 .2021. 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 Tentang Izin Dan Penyelenggaraan Praktik Bidan', Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 Tentang Izin Dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, Nomor 15(879), pp. 2004–2006.
- Sari, Heni Elmiani. dkk. 2020. *Konsep Kebidanan Bagi Dosen dan Mahasiswa*. Cendekia Publisher.
- Permenkes RI No. 1464/Menkes/Per/X/2010. *Penyelenggaraan Praktik Bidan dan Registrasi Praktek Bidan*.
- Purwoastuti dan Walyani. 2014. *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.

BAB 2

ANATOMI FISILOGI SISTEM REPRODUKSI WANITA

Oleh Wahyu Sulfian

2.1 Embriologi

Segera setelah persalinan, semua orang ingin mengetahui jenis kelamin bayi. Jika alat kelamin luar bayi baru lahir tidak jelas, dokter kandungan akan menghadapi dilema yang mendalam dan merupakan keadaan darurat medis yang sebenarnya. Gangguan identitas gender memiliki masalah psikologis dan psikologis dan masalah sosial. Jenis kelamin seseorang tergantung pada kromosom, hormon, dan lingkungan sosial. Jenis kelamin Diferensiasi jenis kelamin adalah fenomena yang kompleks. Ini diklasifikasikan ke dalam kategori berikut:

1. Diferensiasi gonad.
2. Diferensiasi organ genital internal
3. Diferensiasi organ genital eksternal

Perkembangan sistem genital dimulai pada periode embrio dan berakhir pada masa pubertas. Gonad tidak mendapatkan karakteristik morfologis pria atau wanita sampai minggu ketujuh perkembangan. Gen faktor penentu testis (TDF) adalah kunci dimorfisme seksual yang terletak pada lengan pendek kromosom Y. Gonad dibentuk oleh proliferasi epitel selomik dan kondensasi mesenkim yang mendasari pada aspek medial dari massa sel perantara. Gonad pada awalnya muncul sebagai sepasang tonjolan memanjang yang dikenal sebagai tonjolan gonad atau genital. Sel-sel germinal primordial muncul di antara sel-sel endoderm di

dinding kantung kuning telur yang dekat dengan allantois. Mereka bermigrasi dengan gerakan ameboid di sepanjang mesenterium dorsal hindgut dan menyerang tonjolan genital pada minggu keenam perkembangan. Di sini mereka membentuk tali seks primitif. Dengan tidak adanya TDF, tali meduler menghilang dan digantikan oleh stroma vaskular (medula ovarium). Tali kortikal berkembang dan mengelilingi satu atau lebih sel germinal primitif. Sel germinal kemudian berkembang menjadi oogonia, sementara sel epitel di sekitarnya membentuk sel folikel. Hal ini membedakan gonad yang tidak berdiferensiasi menjadi ovarium. Stroma ovarium berkembang dari mesenkim basal. Sel granulosa dan sel theca berkembang dari epitel selomik (Sherwood, 2016).

2.1.1 Perkembangan Saluran Genetal

Perkembangan sistem saluran genital dan alat kelamin luar terjadi di bawah pengaruh hormon yang beredar di dalam janin. Sel-sel Sertoli pada testis janin menghasilkan zat nonsteroid yang dikenal sebagai zat penghambat Müllerian (MIS) yang menyebabkan regresi duktus Müllerian. Androgen dari testis janin menyebabkan maskulinisasi alat kelamin luar. Dengan tidak adanya MIS, saluran Müllerian berkembang dan sistem saluran mesonefrik mengalami kemunduran. Dengan tidak adanya androgen, alat kelamin eksternal berdiferensiasi menjadi fenotipe perempuan. Duktus Müllerian berkembang antara minggu kelima dan keenam ke arah lateral ke massa sel peralihan dan duktus Wolffian. Duktus Müllerian memiliki tiga bagian berikut:

1. Bagian vertikal kranial yang terbuka ke dalam rongga selomik. Kemudian berdiferensiasi menjadi saluran tuba.
2. Bagian horizontal melintasi saluran mesonefrik.
3. Bagian vertikal ekor yang menyatu dengan pasangannya dari sisi yang berlawanan. Bagian yang menyatu ini kemudian berdiferensiasi menjadi rahim, leher rahim, dan sepertiga bagian atas dari vagina.

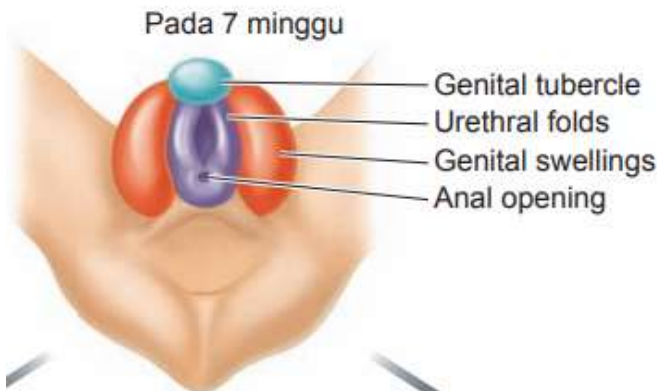
Epitel selomik dorsal (yang membentuk saluran Müllerian) tetap terbuka di tempat asalnya dan pada akhirnya membentuk ujung fimbriasi tuba falopi. Pada titik asalnya, masing-masing saluran Müllerian membentuk kuncup padat. Setiap kuncup menembus mesenkim lateral dan sejajar dengan duktus Wolff. Saat kuncup padat memanjang, sebuah lumen muncul di bagian tengkorak, dimulai dari setiap bukaan selomik. Ujung ekor dari setiap duktus Müllerian melintasi aspek ventral duktus Wolffian. Bagian paling tengkorak dari duktus Müllerian membentuk tuba falopi (Sherwood, 2016; Silverthorn, 2014)

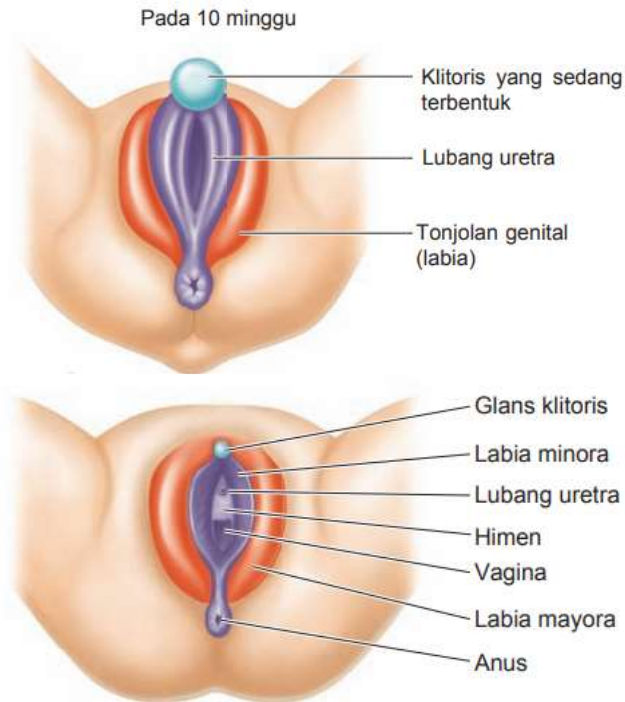
Segmen ekor dari saluran Müllerian menyatu untuk membentuk rahim dan bagian dari vagina. Tidak adanya rahim bawaan, vagina dengan fungsi ovarium normal, dan kariotipe 46XX adalah karakteristik wanita dengan agenesis Müllerian. Umbi uterus kecil yang belum sempurna biasanya hadir dengan tuba falopi yang belum sempurna pada agenesis Müllerian. Hal ini sering dikaitkan dengan kelainan tulang, urologi, dan terutama ginjal. Ligamen ovarium dan ligamen luas berkembang dari ligamen genital. Vagina memiliki asal-usul ganda. Bagian atas berasal dari duktus Müllerian, sedangkan bagian bawah berkembang dari bohlam sinovaginal dari sinus urogenitalis. Pada bulan kelima perkembangan, pertumbuhan vagina sepenuhnya terkanalisasi. Jika ada anomali dalam perkembangan duktus Müllerian kapan saja antara asalnya dari epitel selomik pada usia embrio 5 minggu dan penyatuannya dengan sinus urogenitalis pada usia 8 minggu, maka bola sinovaginalis akan gagal berkembang biak dari sinus urogenitalis, sehingga rahim dan vagina akan gagal berkembang. Ketidadaan vagina secara kongenital dikenal sebagai sindrom Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH). Sindrom MRKH dikaitkan dengan kelompok kelainan heterogen yang memiliki berbagai manifestasi genetik, endokrin, dan metabolik serta anomali terkait pada organ lain. Lumen vagina dipisahkan dari sinus urogenitalis oleh septum melintang jaringan tipis, yang

dikenal sebagai selaput dara. Sisa-sisa saluran mesonefron (epoophoron, paroophoron) kadang-kadang ditemukan di mesovarium dan dinding vagina (Sherwood, 2016; Silverthorn, 2014).

2.1.2 Perkembangan Alat Kelamin Luar

Pada minggu ketiga perkembangan, sel-sel mesenkim bermigrasi di sekitar membran kloaka untuk membentuk sepasang lipatan kloaka yang sedikit lebih tinggi (Gambar. 2.2). Di bagian depan membran kloaka, lipatan kloaka bersatu untuk membentuk tuberkulum genital pada minggu keempat atau kelima kehamilan. Di bagian ekor, lipatan-lipatan tersebut dibagi lagi menjadi lipatan uretra di bagian anterior dan lipatan anus di bagian posterior. Tuberkulum genital memanjang hanya sedikit dan membentuk klitoris dan lipatan uretra tidak menyatu, seperti pada pria, tetapi berkembang menjadi labia minora. Pembengkakan genital membesar dan membentuk labia mayora. Selaput urogenital pecah di antaranya untuk mengekspos bagian bawah sinus urogenital atau alur. Alur urogenital terbuka secara terpusat dan membentuk ruang depan, uretra, dan sepertiga bagian bawah vagina (Jones and Lopez, 2014; Sherwood, 2016).





Gambar 2.1. Representasi diagram dari alat kelamin eksternal
(Sumber: Sherwood, 2016)

2.2 Anatomi

2.2.1 Perinium

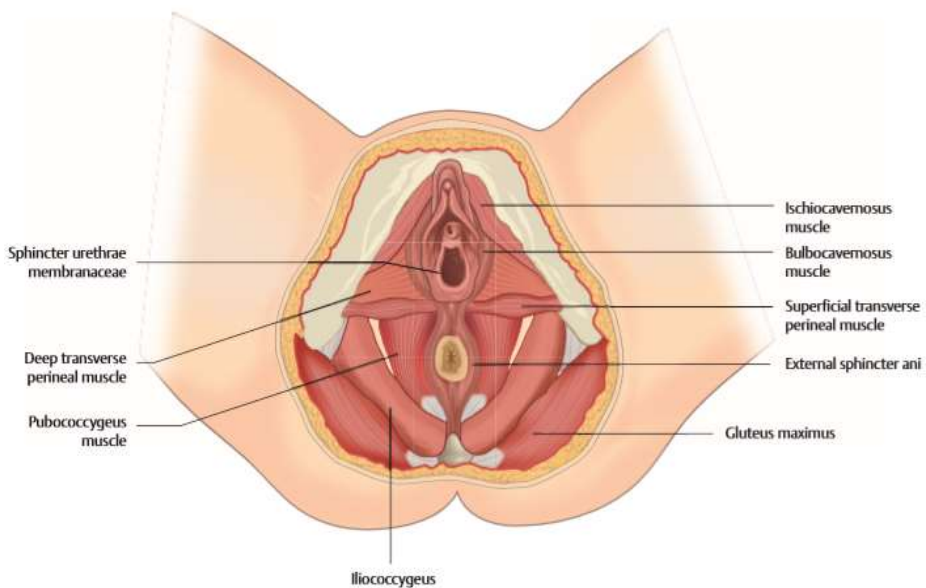
Susunan fascia superfisial dan fascia dalam di daerah urogenital menghasilkan pembentukan dua ruang segitiga, yaitu ruang perineum superfisial dan ruang perineum dalam.

a. Ruang Perineum Superfisial

Ruang ini terletak di permukaan membran perineum (diafragma urogenital) dan juga dikenal sebagai kompartemen superfisial perineum. Membran perineum membentuk bagian inferior dari dasar panggul anterior.

Membran ini merupakan lembaran segitiga dari jaringan fibromuskular padat yang membentang di bagian anterior saluran keluar panggul. Ruang ini berisi struktur berikut:

- 1) Colles fascia
- 2) Klitoris dan crura-nya
- 3) Otot Ischiocavernosus
- 4) Otot Bulbocavernosus
- 5) Kelenjar vestibularis yang lebih besar
- 6) Otot perineum melintang superfisial



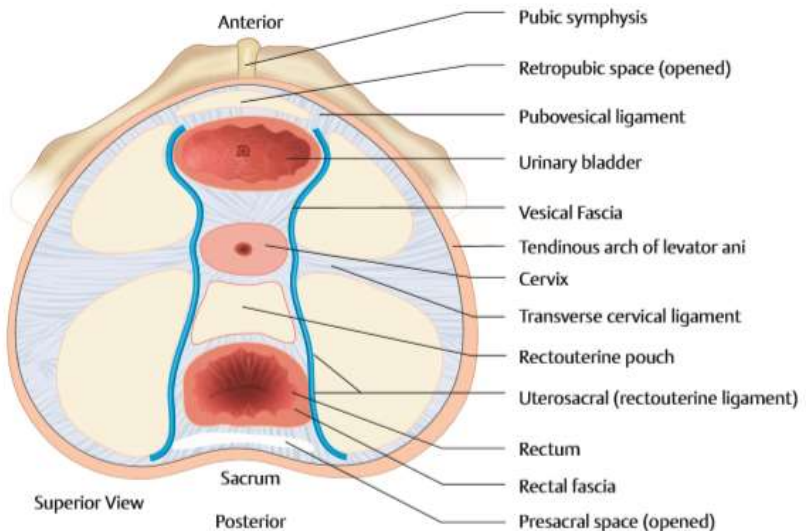
Gambar 2.2. Representasi diagramatik otot perineum.
(Sumber: Puguh, 2021)

b. Ruang Perineum Dalam

Ini adalah ruang yang berada jauh di dalam membran perineum. Ruang ini berisi otot perineum dalam, uretra kompresi, dan sfingter uretra.

c. Badan Perineum

Di dalam area yang dibatasi oleh vagina bagian bawah, kulit perineum dan anus terdapat massa jaringan ikat yang disebut badan perineum atau tendon pusat perineum. Jaringan ini melekat pada rami pubis inferior dan tuberositas iskialis melalui membran perineum dan otot-otot perineum melintang yang dangkal. Pada margin lateralnya, bagian atas tubuh perineum terhubung dengan beberapa serat diafragma pelvis. Di bagian belakang, badan perineum secara tidak langsung melekat pada tulang ekor oleh sfingter anus eksternal yang tertanam di badan perineum (Gbr. 2.3) (Vogazianou, 2017).



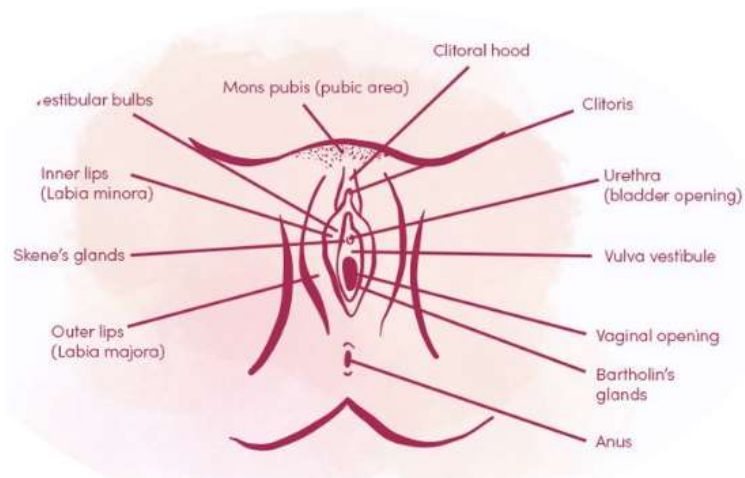
Gambar 2.3. Bagian melintang dari fasia panggul
(Sumber: Kaushal, 2018)

d. Saluran Genitalia Bagian Bawah :

1) Genitalia Luar (Heffner and Schust, 2014; Jones and Lopez, 2014; Klosterman, 2010; Rogers, 2011)

a) Mons Pubis

Mons pubis adalah area kulit yang membulat di atas simfisis pubis dan tulang pubis yang berdekatan. Itu beruang rambut di atasnya. Sebelum pubertas, mons pubis relative datar dan labia minora tidak terbentuk dengan baik. Selama masa remaja, rambut kasar terbentuk di atas mons dan labia majora dan labia minora menjadi lebih menonjoldan seperti flap. Pada wanita dewasa, mons tertutup oleh rambut kasar yang dibatasi di atas oleh garis horizontal batasan. Setelah menopause, rambut kemaluan menipis dan jaringan labial sedikit mengalami atrofi.



Gambar 2.4. Bagian Vulva
(Sumber: enCORE Therapy, n.d.)

b) Labia Mayora

Labia mayora adalah dua lipatan longitudinal yang menonjol kulit yang memanjang dari mons pubis ke perineum. Mereka membentuk batas-batas lateral dari

vulva. Setiap labium memiliki permukaan berpigmen eksternal ditutupi dengan rambut dan permukaan bagian dalam yang halus dan merah muda dengan folikel sebaceous besar.

c) Labia Minora

Labia minora adalah dua lipatan kulit kecil, tanpa lemak, yang terletak di antara labia mayora. Ini dilapisi

oleh epitel skuamosa nonkeratin dan mengandung jaringan elastis, vena, beberapa otot polos, dan banyak ujung saraf. Mereka memanjang dari klitoris miring ke bawah, kesamping, dan punggung mengapit vagina lubang. Di depan, setiap labium dikurangi bifurkasi. Itu lapisan atas dari setiap sisi melewati di atas klitoris ke membentuk lipatan, tudung atau kulit khatan, yang menjorok kelenjar klitoris. Lapisan bawah dari setiap sisi lewat bawah klitoris membentuk frenulum klitoris. Posterior, labia minora menyatu di garis tengah membentuk punggung tipis kulit yang disebut fourchette.

d) Vestibulum

Vestibulum adalah rongga yang terletak di antara labia minora. Ini berisi uretra vagina dan eksternal lubang dan bukaan dari dua vestibular yang lebih besar (Bartholin's) kelenjar dan banyak lendir, lebih kecil kelenjar vestibular.

e) Uretra

Uretra terbuka ke ruang depan sekitar 2,5 cm di bawah

klitoris dan di atas lubang vagina melalui lubang pendek,

celah sagital dengan margin sedikit terangkat, uretra meatus. Saluran kelenjar paraurethral (kelenjar skene) terbuka di setiap sisi margin lateral uretra.

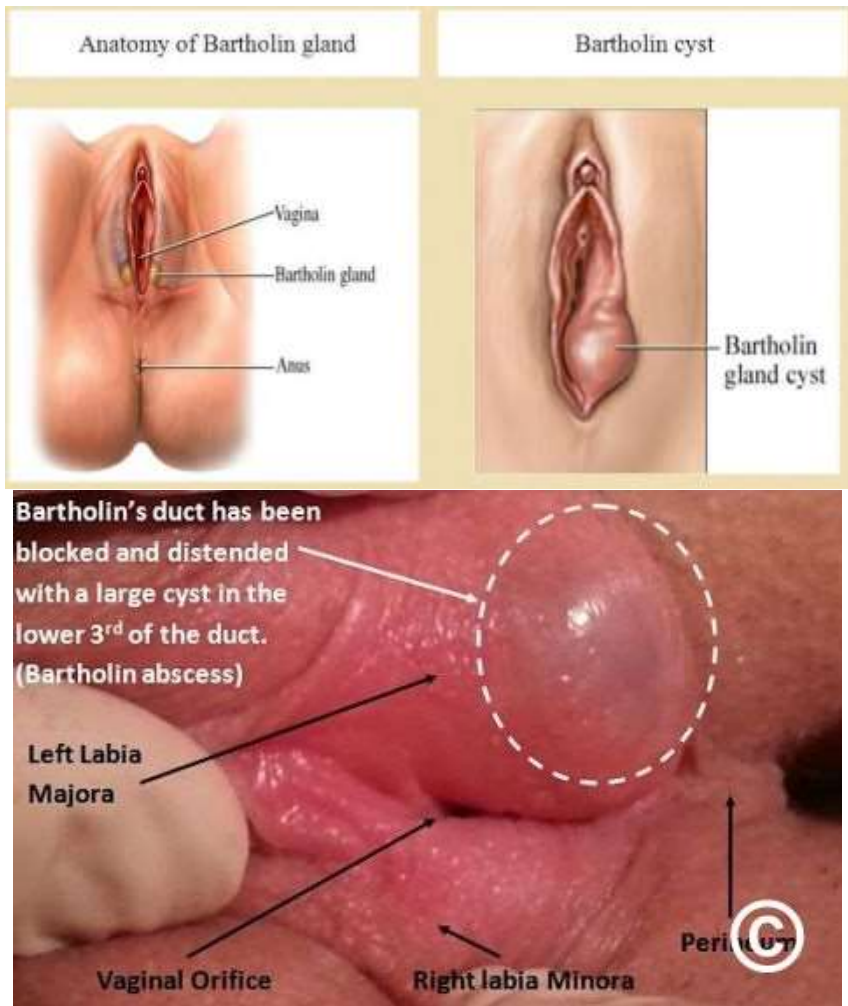
f) Lubang vagina

Lubang vagina terletak di ujung posterior vestibulum posterior dari pembukaan uretra. Itu tidak lengkap disebut selaput darah.

g) Kelenjar Vestibular

Kelenjar vestibularis yang lebih besar adalah homolog dari kelenjar bulbourethral pria. Kelenjar ini terdiri dari dua kelenjar kecil, bulat atau oval, tubuh kuning kemerahan yang mengapit lubang vagina sekitar posisi jam 4 dan 8 di bawah otot bulbospongiosus. Masing-masing terbuka menjadi posterolateral (persimpangan dua pertiga anterior dan sepertiga posterior) bagian dari ruang depan dengan 2 cm saluran, terletak di alur antara selaput dara dan labium minus (3-4 mm di luar cincin selaput dara). Kelenjar ini terdiri dari jaringan tubuloacinar. Sel-sel yang mensekresikan Sel-sel yang mensekresi berbentuk kolumnar dan mengeluarkan cairan bening basa atau lendir keputihan dengan sifat pelumas. Mereka dirangsang oleh gairah seksual. Saluran ini dilapisi oleh epitel kolumnar tetapi di dekat pembukaannya dengan bertingkat epitel skuamosa. Ketika kelenjar Bartholin adalah tersumbat dan kelenjar menjadi membesar diisi dengan sekresi, kondisi ini dikenal sebagai kelenjar

Bartholin kista dan jika ini terinfeksi dan meradang, kondisinya disebut abses Bartholin, yang terasa nyeri.



Gambar 2.5. Kelenjar Kista Bartholin
(Sumber: Cunliffe, 2021)

h) Vestibular Bulbs

Vestibular Bulbs terletak di kedua sisi lubang vagina bagian depan. Vestibular Bulbs adalah dua massa jaringan ereksi yang memanjang, panjang 3 cm, yang mengelilingi lubang vagina dan disatukan di anterior oleh komisura bulborum yang sempit (pars intermedia). Mereka homolog dengan bohlam penis pada pria. Namun, itu terpecah menjadi bilateral. Ujung posterior bola vestibular jika robek selama persalinan, mungkin menyebabkan perdarahan hebat.

i) Klitoris

Klitoris adalah struktur ereksi yang sebagian tertutup oleh ujung bercabang anterior dari labia minora. memiliki akar, tubuh, dan kelenjar. Tubuh bisa diraba melalui kulit. berisi dua corpora cavernosa, terdiri dari jaringan ereksi, dan tertutup rapat jaringan fibrosa. Kelenjar klitoris adalah tuberkulum bulat kecil dari jaringan ereksi spons di ujung tubuh dan terhubung ke umbi ruang depan oleh pita tipis jaringan ereksi. Itu terpapar di antara ujung anterior dari labia minora. Epitelnya memiliki kulit yang tinggi sensitivitas yang penting dalam respons seksual.

j) Suplai Vaskular dan Drainase Limfatik Vulva

(1) Pasokan Arteri: Pasokan darah arteri dari bagian luar wanita genitalia berasal dari dangkal dan dalam cabang pudendal eksternal dari arteri femoralis dan arteri pudendal internal, cabang dari iliaka internal arteri iliaka internal di setiap sisi.

(2) Drainase Limfatik: Limfatik mengalir ke kelenjar getah bening inguinalis superfisial dan dalam. Ada 12 hingga 20 getah bening superfisial yang

tersebar sejajar dan 1 cm di bawah ligamentum inguinalis dan memanjang di sepanjang vena saphena.

(3) Persarafan: Sepertiga bagian anterior labium majus disuplai oleh saraf ilioinguinalis (L1), dua pertiga bagian belakang dipasok oleh cabang labial perineum saraf (S3), dan aspek lateral juga dipersarafi oleh cabang perineum dari saraf kulit posterior paha (S2).

2) Genitalia Bagian Dalam (Bender et al., 2005; Krohmer, 2004; Manassiev and Whitehead, 2005; Smith and Turek, 2011)

a) Vagina

Vagina adalah tabung fibromuskular yang dapat dibedakan yang dilapisi oleh epitel skuamosa berlapis tak berkeratin. Ini memanjang dari ruang depan (pembukaan antara labia minora) ke leher rahim. Ujung atas vagina mengelilingi proyeksi vagina dari leher rahim. Reses annular antara serviks dan vagina adalah forniks. Bagian-bagian yang berbeda dari ceruk ini diberikan nama yang berbeda, yaitu anterior, posterior, dan lateral (sisi kanan dan kiri) forniks, tetapi mereka saling berhubungan.

Vagina naik ke belakang dan ke atas. Itu terbentuk sudut 45 derajat dengan horizontal postur tegak. Lebar vagina bertambah seiring dengan itu naik. Mukosa vagina melekat pada Rahim serviks di semua sisi. Dinding anterior kira-kira Panjangnya 7,5 cm dan dinding posterior kira-kira Panjangnya 9 cm. Dinding anterior vagina berhubungan ke dasar kandung kemih. Dinding posterior adalah dipisahkan dari rektum oleh kantong dubur superior, dan oleh fasia

Denonvilliers di tengahnya setengah. Di sebelahnya terdapat levator ani dan fascia pelvis. Sebagai ureter melewati anteromedial untuk mencapai fundus kandung kemih, mereka melewati dekat dengan forniks lateral dan pada titik ini setiap ureter disilangkan secara melintang oleh arteri uterina.

Vagina terbuka secara eksternal melalui introitus. Ukuran introitus bervariasi; itu mampu menjadi besar distensi saat melahirkan dan pada tingkat yang lebih rendah selama hubungan seksual. Selaput dara adalah lipatan tipis selaput lendir yang terletak tepat di dalam vagina lubang. Permukaan bagian dalam dari lipatan tersebut biasanya bersentuhan satu sama lain dan lubang vagina muncul sebagai celah di antara keduanya.

b) Suplai Vaskular dan Drainase Limfatik pada Vagina

(1) Pasokan Arteri : Pasokan arteri vagina berasal dari

arteri iliaka internal. Dua arteri azygos turun pada vagina dan memasok selaput lendir. Uterus, pudendal internal, dan rektum tengah cabang dari arteri iliaka internal juga berkontribusi suplai darah.

(2) Drainase Vena: Vena vagina mengalir ke iliaka internal dan vena pudendal internal.

(3) Drainase Limfatik : Pembuluh limfatik bagian atas mengalir di bagian internal dan nodus iliak; eksternal; pembuluh darah perantara mengalir di nodus iliaka internal, dan pembuluh darah bagian bawah mengeringkan vagina di bawah selaput dara di inguinal superfisial simpul.

(4) Persarafan: Vagina bagian bawah disuplai oleh saraf pudendal (S2, S3, dan S4). Vagina bagian

atas disuplai oleh saraf splanknikus (S2, S3, dan terkadang S4).

c) Fungsi dari vagina

- (1) Saluran ekskresi untuk cairan menstruasi
- (2) Saluran vagina untuk kenikmatan seksual, membawa vagina pelumasan
- (3) Wadah untuk air mani untuk memasok sperma ke serviks saluran, membantu dalam kapasitas sperma
- (4) Fungsi pelindung - pH vagina asam mencegah infeksi
- (5) Fungsi penyerapan - prostaglandin mani adalah diserap untuk menyebabkan kontraksi myometrium dan tuba falopi Saluran lahir untuk melahirkan bayi

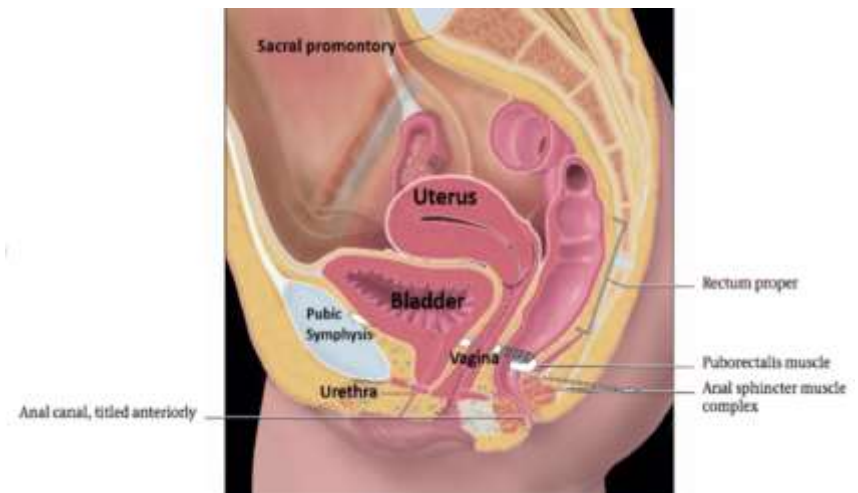
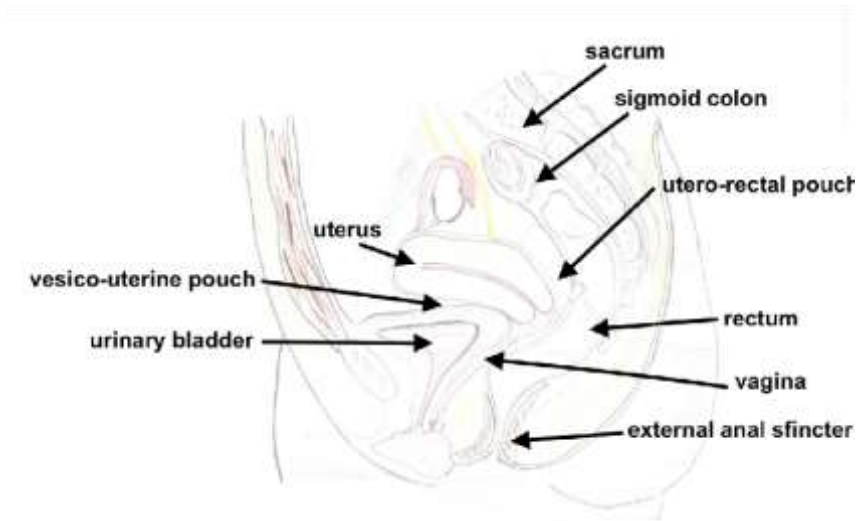
d) Sekresi Vagina

Bayi baru lahir memiliki pengaruh estrogen ibu pada saluran genital. Basil Doderlein muncul pada hari ketiga atau keempat dan pH vagina sama dengan orang dewasa. Pada 10 sampai 14 hari rangsangan estrogen hilang dan vagina epitel vagina menjadi atrofi dan tidak memiliki glikogen. pH kemudian naik menjadi 7 dan tetap sama sampai masa pubertas. pH vagina dari masa pubertas hingga menopause adalah asam karena adanya basil Doderlein yang menghasilkan asam laktat dari glikogen yang ada dalam pengelupasan kulit sel. pH bervariasi dengan aktivitas estrogenik dan berkisar dari 4 hingga 5. Selama kehamilan glikogen meningkat maksimum dan pH tinggi (3,5-4,5).

3) Saluran Genetalia Bagian Atas

a) Uterus

Rahim adalah organ ber dinding tebal dan berotot yang terletak di panggul. Letaknya di belakang kandung kemih dan ruang uterovesikal dan anterior ke rektum dan kantong rektum dan rectum. Organ ini dapat bergerak, yang berarti posisinya bervariasi dengan distensi kandung kemih dan rektum. Rahim dibagi menjadi dua wilayah utama: tubuh rahim (corpus uteri) membentuk bagian atas dua pertiga, dan leher rahim (serviks uteri) membentuk sepertiga bagian bawah. Pada keadaan nulipara dewasa, leher rahim miring ke depan relatif terhadap sumbu vagina (anteversi), dan tubuh rahim miring ke depan relatif terhadap serviks (antefleksi). Pada 10 sampai 15% wanita secara keseluruhan rahim bersandar ke belakang pada sudut ke vagina dan dikatakan terbalik. Rahim yang miring ke belakang pada serviks digambarkan sebagai retrofleksi.



Gambar 2.6. Bagian panggul wanita
(Sumber: Flusberg et al., 2019; Monica and Adrian, 2017)

b) Tubuh

Tubuh rahim berbentuk seperti buah pir dan memanjang dari fundus superior ke serviks inferior. Di dekatnya ujung atas, tabung uterus memasuki rahim di keduanya sisi di kornu uterus. Inferoanterior untuk masing-masing cornu adalah ligamentum bundar dan inferoposterior adalah ligamen ovarium. Fundus yang berbentuk seperti kubah lebih unggul titik masuk tuba uterus dan ditutupi oleh peritoneum yang bersambungan dengan tetangga permukaan. Fundus bersentuhan dengan usus halus dan usus besar sigmoid yang membengkak. Margin lateral dari tubuh cembung, dan di setiap sisi peritoneum mereka dipantulkan secara lateral untuk membentuk ligamen yang luas, yang memanjang sebagai lembaran datar ke dinding panggul. Anterior permukaan tubuh rahim ditutupi oleh padat peritoneum yang melekat yang dipantulkan ke kandung kemih sebagai lipatan uterovesikal. Ini biasanya terjadi di tingkat os internal. Permukaan posterior dari rahim ditutupi dengan peritoneum yang melekat erat sampai serviks dan vagina bagian atas dan kemudian dipantulkan kembali ke rektum di sepanjang permukaan rectum kantong (Douglas), yang terletak di bagian belakang rahim.

Rongga tubuh rahim biasanya berukuran 6 cm dari os eksternal serviks ke fundus dan datar pada bidang anteroposteriornya. Rasio serviks dan rahim adalah 2:1 pada masa kanak-kanak. Setelah pubertas, korpus uteri tumbuh lebih cepat daripada serviks. Sama rasio menjadi 1:3 atau 1:4 pada usia reproduksi. Setelah klimakterik, rahim menyusut dan menjadi fibrotic karena atrofi. Rahim memiliki

lapisan serosa di luar yang berasal dari peritoneum visceral. Miometrium adalah lapisan tengah yang mengandung lapisan otot yang tersusun di bagian luar lapisan longitudinal, serat silang tengah dan bagian dalam lapisan melingkar. Ini dilapisi secara internal oleh endometrium yang dilapisi oleh epitel kolumnar yang memanjang di bawah os internal anatomi serviks dan itu tingkat ini dikenal sebagai os histologis. Stroma mesenkim di bawah epitel kolumnar mengandung sel-sel stroma, kelenjar endometrium, pembuluh darah, dan saraf.

c) Suplai Vaskular dan Drainase Limfatik Rahim

(1) Pasokan Arteri : Pasokan arteri ke rahim berasal dari arteri uterina. Ini muncul sebagai cabang dari r anterior dari arteri iliaka interna. Dari asalnya, arteri arteri uterina melintasi ureter anterior di bagian depan ligamen sebelum bercabang saat mencapai rahim di tingkat persimpangan servikouterin (os internal). Satu cabang utama naik ke dalam rahim secara berliku-liku di dalam ligamentum luas sampai mencapai daerah hilus ovarium, di mana ia beranastomosis dengan cabang-cabang dari arteri ovarium. Cabang lain turun ke memasok serviks dan beranastomosis dengan cabang-cabang arteri vagina untuk membentuk dua median longitudinal pembuluh darah, arteri azygos vagina, yang turun. anterior dan posterior vagina. Meskipun ada anastomosis antara arteri ovarium dan vagina, dominasi arteri uterus ditunjukkan olehnya hipertrofi yang ditandai selama kehamilan. Liku-liku pembuluh darah saat mereka naik di ligamen

yang luas diulang di cabang-cabang mereka di dalam dinding rahim. Setiap arteri uterus mengeluarkan banyak cabang. Cabang-cabang ini masuk ke dalam dinding rahim, membelah dan berjalan melingkar sebagai kelompok anterior dan posterior arteri arkuata. Mereka bercabang dan menyempit saat mereka mendekati garis tengah anterior dan posterior sehingga tidak ada pembuluh darah besar yang ada di daerah ini. Namun, pohon arteri kiri dan kanan beranastomosis melintasi garis tengah dan ligasi unilateral arteri uterus dapat dilakukan tanpa efek serius. Cabang-cabang terminal di otot uterus berliku-liku dan disebut heliks arteriol. Mereka menyediakan serangkaian kapiler yang padat pleksus di miometrium dan endometrium. Dari arteri arkuata banyak rami arteriol heliks yang lewat ke dalam endometrium. Penampilan rinci mereka berubah selama siklus menstruasi. Dalam proliferasi fase arteriol heliks kurang menonjol, sedangkan mereka tumbuh dalam panjang dan kaliber, menjadi lebih berliku-liku pada fase sekresi.

(2) Drainase Vena : Vena uterus memanjang ke arah lateral dalam ligamen yang luas, berjalan berdekatan dengan arteri dan melewati di belakang ureter. Mereka mengalir ke iliaka internal vena. Pleksus vena uterus beranastomosis dengan pleksus vena vagina, ovarium, dan serviks.

(3) Drainase Limfatik

Limfatik uterus terdapat di bagian dangkal (subperitoneal) dan bagian dalam dinding rahim.

Mengumpulkan pembuluh darah dari tubuh rahim dan leher rahim masuk ke dalam secara lateral parametrium ke tiga kelompok utama kelenjar getah bening: iliaka eksternal, iliaka internal, dan nodus obturator. Node eksternal mengelilingi node yang sesuai arteri. Nodus obturator terletak di fosa obturator antara pembuluh iliaka eksternal dan internal. Itu saraf obturator melewati bagian bawah ini kelompok kelenjar getah bening. Pembuluh getah bening dari fundus rahim dan tuba uterus dapat menyertai drainase getah bening ovarium ke nodus para-aorta. Wilayah sekitar tanah genting tuba uterus dapat mengalir di sepanjang ligamentum bundar ke nodus inguinalis superfisialis.

- (4) Persarafan: Pasokan saraf ke rahim sebagian besar berasal dari pleksus hipogastrikus inferior. Beberapa cabang naik dengan, atau di dekat, arteri uterus di ligamentum yang luas. Mereka memasok tubuh dan saluran rahim, dan terhubung dengan saraf tuba dari hipogastrik inferior pleksus hipogastrik inferior dan dengan pleksus ovarium. Saraf Rahim berakhir di miometrium dan endometrium, dan biasanya menyertai pembuluh darah. Saraf ke serviks membentuk pleksus yang berisi ganglia paracervical kecil. Kadang-kadang satu ganglion lebih besar dan disebut ganglion ganglion serviks uterus. Cabang-cabang dapat langsung menuju ke serviks uteri atau dapat didistribusikan di sepanjang vagina arteri. Serabut simpatis preganglionik eferen berasal dari neuron di toraks terakhir dan lumbal pertama segmen

tulang belakang. Tempat di mana mereka bersinaps pada postganglionic neuro postganglionik mereka tidak diketahui. Preganglionik serabut parasimpatis muncul dari neuron di segmen tulang belakang sakral kedua hingga keempat dan estafet di ganglia paracervical. Aktivitas simpatis dapat menghasilkan penghambatan uterus dan vasodilatasi, tetapi aktivitas ini diperumit oleh kontrol hormonal uterus fungsi.

4) Leher Rahim

Leher rahim orang dewasa yang tidak hamil lebih sempit dan lebih silinder daripada tubuh rahim dan biasanya Panjangnya 2,5 cm. Ujung atas terbuka ke dalam tubuh Rahim melalui os internal sementara ujung bawah terbuka ke dalam vagina di os eksternal. Pada wanita nulipara, os eksternal biasanya berupa bukaan melingkar, sedangkan setelah melahirkan, itu adalah celah melintang (seperti penampilan mulut ikan). Tanah genting yang lebih sempit membentuk sepertiga bagian atas serviks. Meskipun tidak terpengaruh pada bulan-bulan pertama kehamilan, secara bertahap menyatu dengan dengan tubuh rahim untuk membentuk "segmen rahim bagian bawah." Bagian supravaginal dipisahkan di bagian anterior dari kandung kemih oleh jaringan ikat seluler, parametrium, yang juga berpindah ke sisi serviks dan lateral di antara dua lapisan ligamen yang luas. Endocervix dilapisi oleh kolumnar yang mensekresi musin epitel. Bagian serviks di luar os eksternal adalah ekstoserviks yang dilapisi oleh stratifikasi nonkeratinisasi epitel skuamosa yang bertemu dengan epitel kolumnar epitel pada os eksternal. Zona transisi disebut zona transformasi.

5) Tuba Falopi

Saluran Tuba Falopi Tuba uterus melekat pada bagian atas

tubuh rahim dan ostia mereka terbuka ke dalam rahim rongga. Pembukaan medial tuba (os uterus) terletak di sudut superior rongga rahim. Itu tabung melewati lateral dan superior dan terdiri dari empat bagian utama: intramural, tanah genting, ampula, dan fimbria. Bagian intramural memiliki lebar 0,7 mm, panjang 1 cm, dan terletak di dalam miometrium. Ini terus menerus secara lateral dengan tanah genting, yang lebarnya 1 sampai 5 mm dan 3 cm panjang dan berbentuk bulat, berotot, dan keras. Tanah genting kontinu secara lateral dengan ampula, yang terluas bagian dari tabung dengan diameter luminal maksimum dari 1 cm. Panjang ampula adalah 5 cm dan memiliki dinding yang tipis

dan permukaan luminal yang berliku-liku. Biasanya pembuahan terjadi di dalam lumen. Ampula terbuka ke dalam infundibulum berbentuk terompet di os perut. Fimbriae, banyak mukosa seperti jari lipatan, lebar 1 mm, melekat pada ujung infundibulum dan memanjang dari lingkaran dalamnya di luar dinding otot tabung. Salah satunya, yaitu fimbria ovarium, lebih panjang dan berlekuk lebih dalam daripada yang lain, dan biasanya diterapkan pada kutub tuba ovarium. Pada saat ovulasi, fimbria membengkak

dan meluas sebagai akibat dari pembengkakan pembuluh darah di lamina propria, yang membantu menangkap yang dilepaskan oosit. Semua fimbriae tertutup, seperti mukosa

lapisan di seluruh tabung, oleh epitel bersilia yang siliannya berdenyut ke arah ampula. Tuba falopi memiliki tiga lapisan. Lapisan tersebut adalah serosa, lapisan otot,

dan selaput lendir yang terlipat-lipat. Lapisan ini dilapisi oleh sel-sel sekretori bersilia berbentuk kolom yang tinggi, sel kolumnar bersilia, dan sel pasak.

a) Suplai Vaskular dan Drainase Limfatik dari Saluran Tuba Fallopi

(1) Pasokan Arteri: Pasokan darah ke saluran rahim berasal dari arteri ovarium dan arteri uterus. Seperti bagian lateral dari tuba disuplai oleh arteri ovarium, yang berlanjut di mesosalping untuk beranastomosis dengan cabang-cabang dari arteri uterina. Dua pertiga bagian medial tabung adalah disuplai oleh arteri uterina.

(2) Drainase Vena : Drainase vena mirip dengan suplai arteri. Itu drainase vena dari sepertiga bagian lateral uterus tabung melalui pleksus pampiniformis ke vena ovarium yang terbuka ke vena cava inferior di sisi kanan dan vena renalis di sisi kiri. Seperti bagian medial dari saluran tabung melalui pleksus uterus ke vena iliaka internal.

(3) Drainase Limfatik
Drainase getah bening melalui pembuluh ovarium ke para-aorta nodus dan pembuluh darah uterus ke rantai iliaka internal. Ini adalah mungkin bagi getah bening untuk mencapai kelenjar inguinalis melalui ligamentum bundar.

(4) Persarafan
Tabung rahim dipersarafi oleh serat otonom yang didistribusikan terutama dengan ovarium dan uterus arteri. Sebagian besar tabung memiliki simpatis ganda dan pasokan parasimpatis. Parasimpatis preganglionic serat berasal dari vagus untuk bagian lateral tabung dan saraf splanknikus pelvis untuk medial setengah.

Pasokan simpatis berasal dari neuron di toraks kesepuluh ke segmen tulang belakang lumbal kedua. Serabut aferen visceral berjalan dengan simpatis saraf dan masuk ke tali pusat melalui yang sesuai akar dorsal. Mereka juga dapat melakukan perjalanan melalui parasimpatis serat. Submukosa ampula mengandung modifikasi Korpuskel Pacinian.

6) Ovarium

setiap sisi rahim dekat dengan dinding panggul lateral, ditanggihkan di rongga panggul oleh lipatan ganda peritoneum, mesovarium, yang melekat pada batas atas dari aspek posterior uterus yang luas ligamen. Warnanya putih kusam dan terdiri dari jaringan fibrosa padat tempat sel telur tertanam. Sebelum ovulasi teratur dimulai, mereka memiliki permukaan yang halus, tetapi setelah itu permukaannya terdistorsi oleh jaringan parut yang mengikuti degenerasi korpora berturut-turut lutea. Sebelum periode menstruasi pertama (menarche), ovarium berukuran sekitar sepertiga dari ukuran reproduksi normal ukuran orang dewasa; mereka secara bertahap bertambah besar seiring dengan pertumbuhan tubuh. Setelah menopause, ukuran rata-rata ovarium mengecil menjadi $2 \times 1,5 \times 0,5$ cm dan selanjutnya menjadi $1,5 \times 0,75 \times 0,5$ cm pada akhir menopause. Permukaan lateral ovarium bersentuhan dengan parietal peritoneum di dalam fossa ovarium. Di belakang ovarium fossa adalah struktur retroperitoneal, termasuk ureter, pembuluh iliaka internal, pembuluh obturator dan saraf, dan asal mula arteri uterina. Permukaan medial menghadap rahim, pembuluh darah rahim di ligamentum luas, dan ceruk peritoneum di sini disebut bursa ovarium. Di atas ekstremitas superior

adalah fimbria dan distal bagian tuba uterus. Ekstremitas inferior mengarah ke bawah ke arah dasar panggul. Bagian anterior perbatasan menghadap ke daun posterior dari ligamentum luas dan berisi mesovarium. Batas posterior adalah bebas dan menghadap ke peritoneum, yang menutupi bagian atas

bagian dari arteri dan vena iliaka internal, dan ureter. Di sisi kanan, superior dan lateral ovarium, adalah persimpangan ileocecal, sekum dan usus buntu. Di sebelah kiri sisi, kolon sigmoid melewati kutub superior ovarium dan bergabung dengan rektum, yang terletak di antara medial kedua ovarium. Pada masa embrio dan awal kehidupan janin, ovarium terletak di daerah pinggang dekat ginjal. Mereka secara bertahap turun di sepanjang gubernaculum, berhenti di panggul yang lebih rendah. Aksesori jaringan ovarium dapat terjadi di mesovarium atau di sepanjang gubernacula. Jarang, ovarium mungkin turun di sepanjang jalur gubernacula dan ditemukan di labia mayora. Selama kehamilan, ovarium ovarium terangkat tinggi di panggul dan, pada usia 14 minggu kehamilan, menjadi bagian dari struktur perut. Pada trimester ketiga, mereka benar-benar struktur perut dan terletak secara vertikal di belakang dan di samping uterus parous.

a) Suplai Vaskular dan Drainase Limfatik dari Ovarium

(1) Pasokan Arteri : Arteri ovarium adalah cabang dari aorta perut dan berasal dari bawah arteri ginjal. Masing-masing turun di belakang peritoneum, dan di ujungnya dari panggul melintasi arteri iliaka eksternal dan vena untuk memasuki rongga panggul yang sebenarnya. Di sini arteri berbelok secara medial di ligamentum suspensori ovarium dan membelah menjadi cabang ke mesovarium dari ligamen itu, di

bawah tuba uterus, dan memasok tuba. Ada ada variasi di lokasi pembelahan ke ovarium dan tabung. Di setiap sisi, sebuah cabang menyertai ligamen bundar melalui saluran inguinalis ke kulit dari labium majus dan daerah inguinalis. Di awal kehidupan intrauterin, ovarium mengapit kolom vertebra lebih rendah dari ginjal, sehingga arteri ovarium relatif pendek; mereka secara bertahap memanjang saat ovarium turun ke dalam panggul.

(2) Drainase Vena: Vena-vena ovarium keluar dari ovarium sebagai suatu pleksus (pleksus pampiniformis) di mesovarium dan suspensor ligamen. Dua vena muncul dari pleksus dan naik dengan arteri ovarium; mereka biasanya bergabung menjadi satu pembuluh darah sebelum memasuki vena inferior cava di sisi kanan, atau vena renalis di sisi kiri.

(3) Drainase Limfatik

Drainase limfatik utama ovarium ada di sepanjang pembuluh darah yang mengikuti vena ovarium ke para-aorta yang terletak di dekat asal arteri ginjal. Drainase juga dapat terjadi melalui nodus panggul ke bagian bawah nodus para-aorta yang lebih rendah, dan jarang dapat mengikuti putaran ligamen ke nodus inguinalis.

(4) Persarafan: Persarafan ovarium berasal dari otonom pleksus. Bagian atas dari pleksus ovarium adalah terbentuk dari cabang-cabang pleksus ginjal dan aorta, dan bagian bawah diperkuat dari bagian superior dan pleksus hipogastrik inferior. Pleksus ini terdiri dari simpatis postganglionik, parasimpatis, dan serat

aferen visceral. Serabut simpatis eferen berasal dari tulang belakang dada ke-10 dan ke-11 segmen dan kemungkinan vasokonstriktor, sedangkan serat parasimpatis, dari hipogastrik inferior pleksus, mungkin merupakan vasodilator.

7) Ligamen Luas

Indung telur dan tuba membentuk adneksa uterus. Mereka adalah ditutupi oleh serangkaian lipatan peritoneum khusus yang disebut ligamentum luas. Selama perkembangan embrio, saluran dan ovarium Müllerian yang berpasangan muncul dari dinding perut bagian lateral. Saat mereka bermigrasi ke medial dan menyatu, peritoneum ditarik keluar dari dinding panggul dari serviks ke atas. Hal ini membuat garis tengah Rahim terhubung di kedua sisi ke dinding panggul dengan dua kali lipat lapisan peritoneum. Lipatan peritoneum ini di kedua sisi disebut dengan ligamentum luas. Di bagian atasnya, terletak tuba falopi, ligamentum bundar, dan ligamentum ovarium.

Ligamen kardinal dan uterosakral berada di bagian bawah margin dari ligamen yang luas. Mereka tidak "murni ligamen "tetapi ikat fibromuskuler kental jaringan. Ovarium, tabung, dan ligamen bundar memiliki lipatan peritoneum yang mirip dengan mesenterium, yang disebut mesovarium, mesosalping, dan mesoteres, masing-masing. Mesosalpinx mengandung anastomosis vaskular antara pembuluh darah rahim dan ovarium, epoophoron, paroophoron. Proyek mesovarium dari posterior aspek dari ligamen yang luas, yang mana yang lebih kecil bagian, melekat pada hilum ovarium dan membawa pembuluh darah dan saraf ke ovarium. Di ujung lateral tuba falopi dan ovarium, ligamentum luas

berakhir di mana ligamentum infundibulopelvic menyatu dengan dinding panggul.

8) Mesometrium

Mesometrium adalah bagian terbesar dari ligamentum, dan memanjang dari dasar panggul ke ligamen ovarium dan tubuh rahim. Arteri uterine melewati antara dua lapisan peritoneum biasanya 1,5 cm lateral ke serviks; melintasi ureter tak lama kemudian asalnya dari arteri iliaka interna dan mengeluarkan cabang yang melewati superior ke tuba uterus, di mana beranastomosis dengan arteri ovarium. Ligamen ini berlanjut ke lateral di atas pembuluh iliaka eksternal sebagai lipatan yang berbeda.

9) Ligamentum Infundibulopelvik (Suspensori)

Ligamentum suspensori atau infundibulopelvik dari ovarium adalah lipatan peritoneum, yang melekat pada bagian atas permukaan lateral ovarium. Ini berisi pembuluh darah dan saraf ovarium. Di sisi kanan ligamentum infundibulopelvik melekat pada lipatan peritoneum yang berada di posterior dan inferior sekum dan usus buntu. Di sisi kiri, perlekatan peritoneum lebih tinggi daripada di sisi kanan dan lateral ke persimpangan kolon desendens dan kolon sigmoid. Saat bergabung peritoneum yang menutupi psoas mayor, ia melewati lebih unggul dari saraf genitofemoral, iliaka eksternal, dan ureter.

10) Ligamen Panggul

Ligamen panggul terdiri dari ligamen bulat, uterosakral, ligamen serviks transversal, dan ligamen puboserviks.

11) Ligamen Bulat

Ligamen bundar sempit, agak pipih pita, dengan panjang 10 hingga 12 cm. Masing-masing melekat secara medial ke bagian atas rahim tepat di bawah dan anterior ke kornu lateralis. Dari sini, masing-masing melewati secara

lateral di dalam bagian atas ligamen yang luas ke dinding samping panggul. Pada awal epigastrium inferior arteri, ligamen bundar memasuki inguinalis dalam cincin. Ini melintasi saluran inguinalis dan membelah menjadi untaian yang bergabung dengan labium majus ikat di sekitarnya. Di dekat rahim, ligamen bundar mengandung sejumlah besar otot polos, tetapi ini secara bertahap berkurang dan bagian terminal murni berserat. Ligamen bundar mengandung darah pembuluh darah, saraf, dan limfatik. Saluran limfatik daerah rahim di sekitar masuknya tuba uterus

ke kelenjar getah bening inguinalis superfisialis. Pada janin, proyeksi peritoneum (processus vaginalis) dibawa dengan ligamentum bundar untuk jarak pendek ke dalam saluran inguinalis. Ini umumnya dilenyapkan pada orang dewasa, meskipun terkadang paten

bahkan di usia tua. Di dalam kanal, ligamen menerima penutup yang sama dengan korda spermatika meskipun mereka lebih tipis dan menyatu dengan ligamen itu sendiri, yang mungkin tidak mencapai mons pubis. Ligamen bulat dan ovarium Ligamen keduanya dikembangkan dari gubernaculum dan bersifat kontinu.

12) Uterosakral, Serviks Melintang, dan Puboserviks

Ligamen

Ligamen uterosakral mengandung jaringan fibrosa dan otot polos. Mereka melewati kembali dari supravaginal serviks dan tubuh rahim di kedua sisi rektum, dan melekat pada bagian depan sakrum. Ligamen dapat dipalpasi pada pemeriksaan rektal. Pada pemeriksaan vagina, ini dapat dirasakan sebagai pita tebal jaringan yang melintas ke bawah di kedua sisi posterior forniks. Ligamen serviks melintang (ligamen cardinal ligamen, ligamen Mackenrodt) memanjang dari sisi serviks

supravaginal dan forniks lateral vagina untuk menempel secara luas pada dinding panggul. Di tingkat serviks beberapa serat bersinggungan dengan serat dari ligamen uterosakral. Serat-serat tersebut bersambungan dengan jaringan fibrosa di sekitar bagian bawah ureter dan pembuluh darah panggul. Serabut-serabut dari pubocervical ligamen diteruskan ke depan dari aspek anterior serviks dan vagina bagian atas untuk menyimpang di sekitar uretra. Serat-serat ini melekat pada aspek posterior tulang kemaluan.

13) Lipatan Peritoneum

Peritoneum parietal tercermin di atas saluran genital untuk menghasilkan anterior (utero-vesikal), posterior (rektovaginal), dan lipatan peritoneum lateral. Kantung anterior kantung anterior adalah ceruk di antara kubah kandung kemih dan permukaan anterior rahim.

peritoneum diterapkan secara longgar di wilayah utero-vesikal lipat. Hal ini memungkinkan ekspansi kandung kemih tanpa meregangkan peritoneum di atasnya. Lipatan peritoneum di sini dapat diangkat dan diiris dengan mudah. Rektovaginal (kantong Douglas) memanjang kira-kira 4 cm di sepanjang dinding vagina bagian belakang. Ini penting signifikansi klinis, koleksi seperti darah atau nanah dapat disedot melalui vagina sebagai kuldosentesis. kantong dapat membesar karena traksi atau denyut untuk membentuk enterokel.

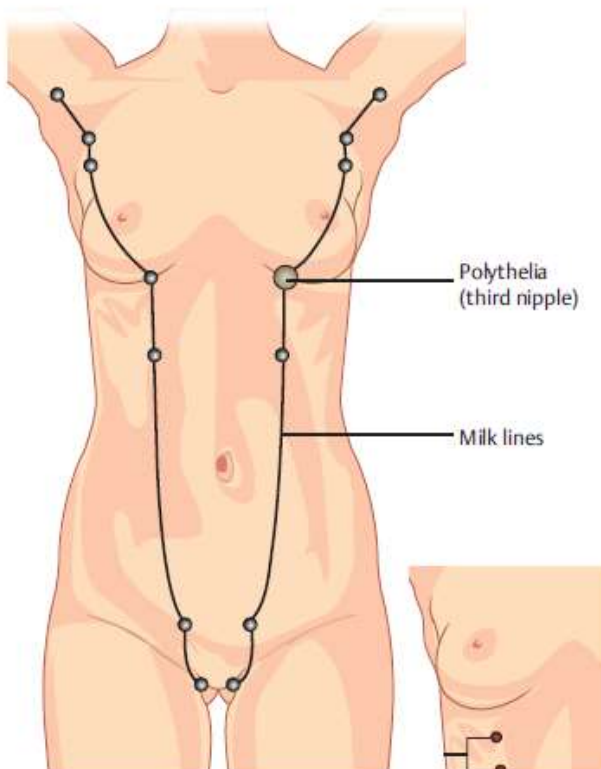
14) Ruang Panggul

Ruang antara kandung kemih dan tulang pubis adalah ruang Retzius. Di belakang kandung kemih dan uretra adalah vesikovaginal atau ruang vasicocervical. Ruang vesikovaginal dibatasi secara lateral oleh "pila kandung kemih". Ruang antara antara rektum dan vagina disebut ruang rektovaginal.

2. PAYUDARA (Bender et al., 2005; Manassiev and Whitehead, 2005; Smith and Turek, 2011; Vogazianou, 2017)

a) Embriologi

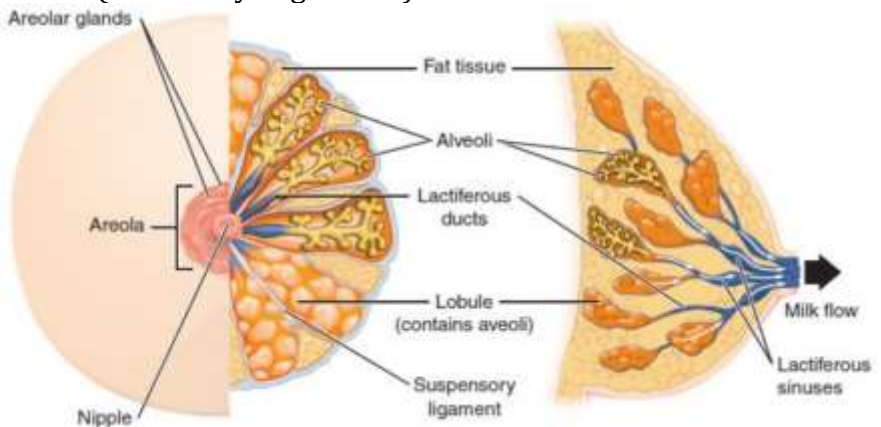
Garis susu adalah penebalan seperti pita pada epidermis dan muncul pada embrio berusia 7 minggu. Itu meluas di setiap sisi dari ketiak ke daerah selangkangan di kedua sisi (Gbr. 2.7).



Gambar 2.7. Garis puting susu dari ketiak ke daerah pangkal paha
(Sumber: Smith and Turek, 2011)

Sebagian besar menghilang kecuali sebagian kecil di daerah toraks yang menembus mesenkim yang mendasarinya. Ini membentuk 16 hingga 24 kecambah yang membentuk tunas kecil yang kokoh. Kecambah epitel ini membuat kanal untuk membentuk saluran laktiferus, dan kuncup membentuk kecil saluran dan alveoli kelenjar pada saat lahir. Laktiferus ini kelenjar terbuka di lubang epitel yang berubah menjadi menjadi puting susu segera setelah lahir (Gbr. 2.8).

Setelah melahirkan, payudara mengeluarkan kolostrum hingga 5 hari dengan konversi bertahap menjadi susu matang. Kolostrum mengandung mineral dan protein (lebih banyak globulin).

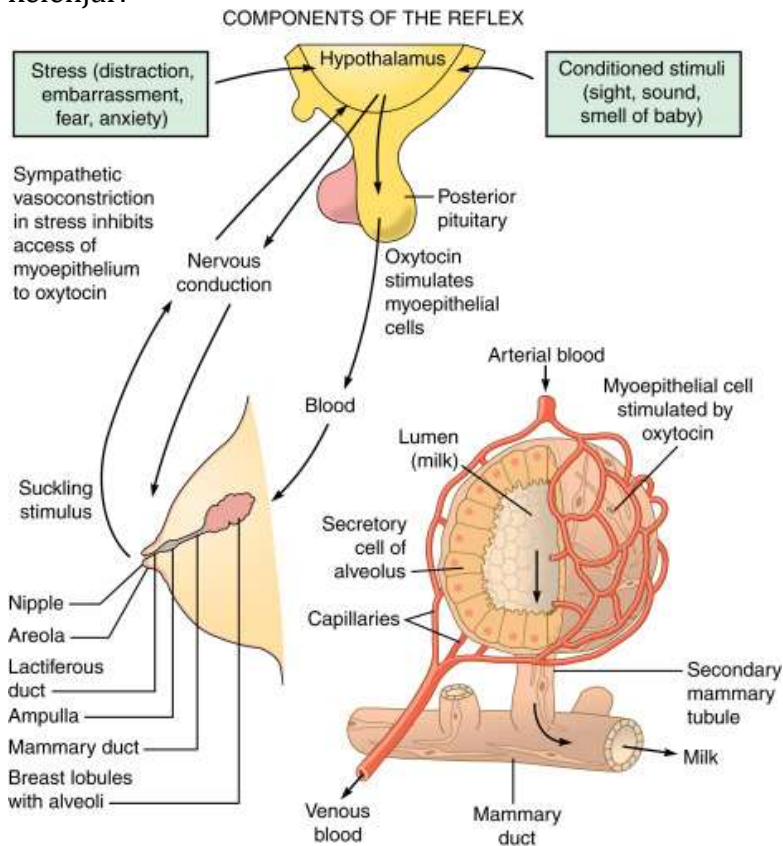


Gambar 2.8. Struktur unit tunggal kelenjar susu
(Sumber: Vogazianou, 2017)

b) Anatomi

Kelenjar susu terdiri dari dua komponen, parenkim, dan stroma di sekitarnya. Stroma menyediakan kerangka penyangga serta bahan tempat parenkim dapat tumbuh dan fungsi. Parenkim terdiri dari alveoli (Gbr. 1.10), kelompok seperti anggur di mana susu disimpan, dan 10 hingga 15 saluran bercabang, yang

merupakan saluran tubular yang membawa sekresi kelenjar.



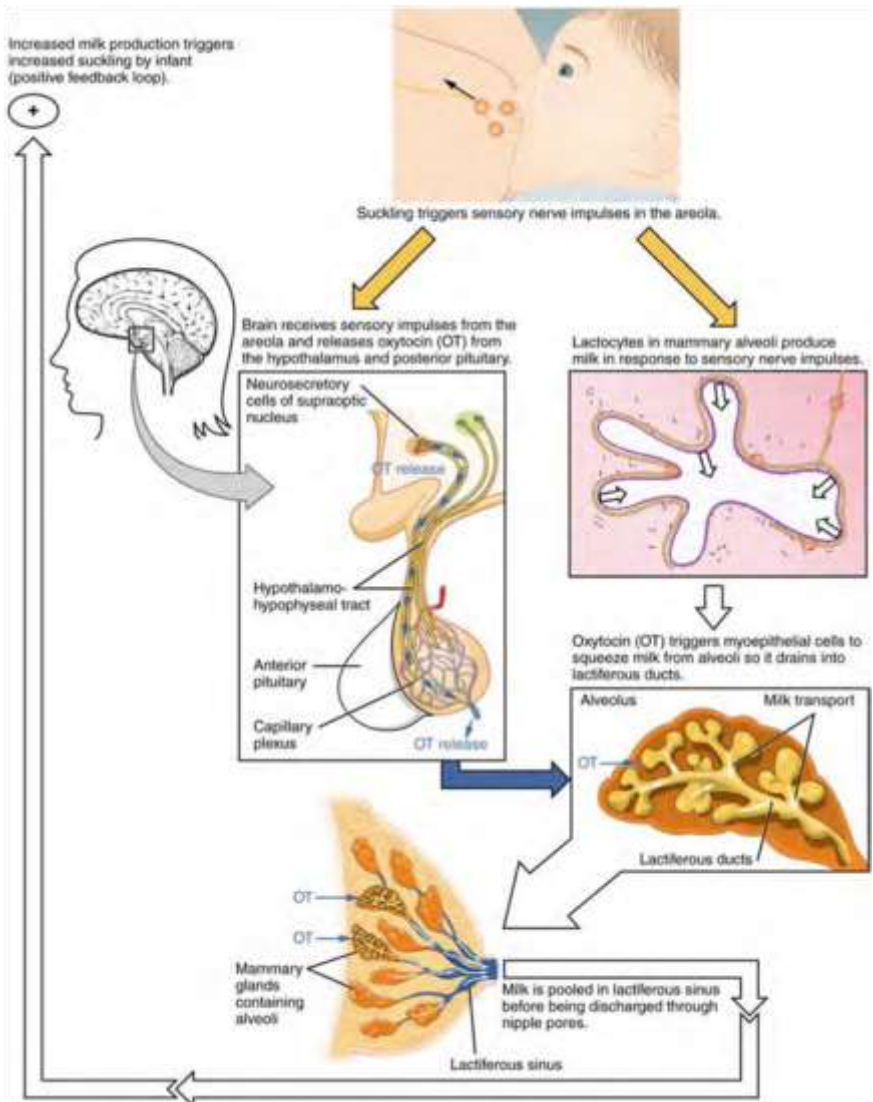
Gambar 2.9. Alveolus mammae
(Sumber: Jones and Lopez, 2014)

Setiap saluran melayani lobulus tertentu. Saluran bercabang terdiri dari dua jenis sel: sel epitel bagian dalam, yang menghasilkan susu, dan lapisan luar sel mioepitel. Sel mioepitel biasanya merupakan sel kontraktil yang besar yang beroperasi di dasar sel sekretori kelenjar. Percabangan, atau saluran laktiferus

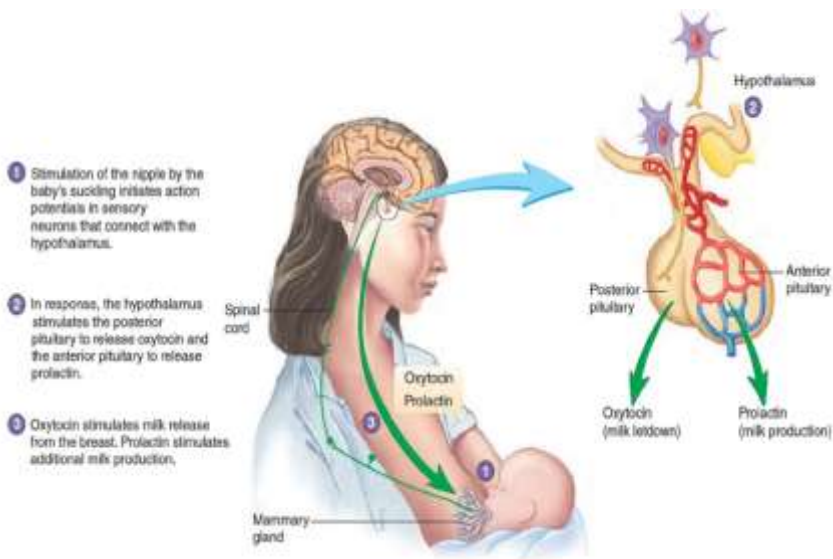
itu sendiri bergabung menjadi saluran primer, yang mengalir ke bukaan puting susu. Pengurasan ini sebenarnya adalah tanggung jawab sel mioepitel, yang ketika berkontraksi, memperpendek dan memperlebar saluran, mendorong susu melalui saluran laktiferus, ke dalam saluran primer, dan menuju puting susu di mana ia terkumpul di pelebaran saluran, sinus. Bayi yang menyusu pada dasarnya memeras ASI keluar dari sinus-sinus ini. Akhirnya, puting adalah dikelilingi oleh area kulit berpigmen, areola, yang mengandung kelenjar sebacea (yang mengeluarkan lemak) dan kelenjar keringat. Areola adalah titik penghentian untuk saraf interkostal keempat, yang mengirimkan informasi tentang mengisap ke sumsum tulang belakang dan otak.

Jaringan payudara tetap belum sempurna sampai masa pubertas ketika, sebagai respons terhadap hormon ovarium, mereka mulai berkembang pada wanita. Estrogen mendorong pembentukan, sementara testosteron menghambatnya. Estrogen merangsang proliferasi sistem duktal di dalam stroma dan pemanjangan duktus menjadi massa sel berbentuk bola yang akan menjadi alveoli sekretorik selama kehamilan. Sekresi susu ditekan oleh konsentrasi yang tinggi steroid seks yang bersirkulasi, terutama progesteron. Laktasi, pembuatan dan sekresi susu, adalah diinduksi oleh penurunan estrogen dan progesterone tingkat. Proliferasi epitel mammae terus berlanjut sampai awal laktasi, berkontribusi sekitar 20% dari total pertumbuhan payudara yang terjadi selama awal laktasi. Selama laktasi, susu disekresikan kurang lebih terus menerus ke dalam ruang alveolar dan disimpan di sana sampai bayi menyusu menyebabkan kontraksi sel

mioepitel. Hormon-hormon yang terlibat dalam pemeliharaan laktasi adalah prolaktin, insulin, dan glukokortikoid (Gbr. 1.11, Diagram Alir 1.1). Setelah penyapihan, ketika bayi tidak lagi membutuhkan makanan melalui menyusu, laktasi berhenti, dan kelenjar susu kelenjar susu mengalami involusi. Selama involusi, ekspresi gen dari protein yang memproduksi susu ditanggihkan, struktur alveolar susu runtuh, dan sekretori sel epitel dihilangkan melalui apoptosis dan fagositosis.



Gambar 2.10. Siklus umpan balik yang positif memastikan produksi ASI terus berlanjut selama bayi terus menyusui.
(Sumber: "Physiology of Lactation," n.d.)



Gambar 2.11. Kontrol Hormonal terhadap laktasi
(Sumber: "Essentials of Anatomy and Physiology Lactation," n.d.)

DAFTAR PUSTAKA

- Bender, L., Harding, D., Jackson, T., Kennedy, D., Lee, G., Stokes, J., 2005. The Facts on File Illustrated Guide to the Human Body: Reproductive System. Facts on File, Inc, New York.
- Cunliffe, T., 2021. Bartholin's Cysts [WWW Document]. Prim. Care Dermatology Soc. URL <https://www.pcds.org.uk/clinical-guidance/bartholins-cysts> (accessed 6.2.23).
- enCORE Therapy, n.d. Vulva vs Vagina! Let's learn [WWW Document]. enCORE Ther. URL <https://www.encoretherapykc.com/blog/vulvaandvaginaanatomy> (accessed 6.2.23).
- Essentials of Anatomy and Physiology Lactation [WWW Document], n.d. . BrainKart.com. URL https://www.brainkart.com/article/Lactation_22009/?mbstx=isywy (accessed 6.3.23).
- Flusberg, M., Kobi, M., Bahrami, S., Glanc, P., Palmer, S., Chernyak, V., Kanmaniraja, D., El Sayed, R.F., 2019. Multimodality Imaging of Pelvic Floor Anatomy. *Abdom. Radiol.* 46, 1302–1311.
- Heffner, L., Schust, D., 2014. The Reproduction System at a Glance, 4th ed. John Wiley & Sons, Ltd., Oxford.
- Jones, R.E., Lopez, K.H., 2014. Human Reproductive Biology, 4th ed. Elsevier, London.
- Kaushal, R., 2018. Self Assessment and Review of Anatomy, Self Assessment and Review of Anatomy. Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd, New Delhi.
- Klosterman, L., 2010. The Amazing Human Body Reproductive System, Michelle Bisson. Michelle Bisson, New York.
- Krohmer, R.W., 2004. Your Body - How it works - The Reproduction System. Chelsea Hous Publishers, New Delhi.
- Manassiev, N., Whitehead, M., 2005. Female Reproductive Health. The Parthenon Publishing Group, New York.

- Monica, B.D., Adrian, B., 2017. Anatomy of the Annexes of the Digestive Tract. Avid Science, Berlin.
- Physiology of Lactation [WWW Document], n.d. . Libr. Med. URL https://med.libretexts.org/Bookshelves/Anatomy_and_Physiology/Anatomy_and_Physiology_%28Boundless%29/27%3A_Human_Development_and_Pregnancy/27.8%3A_Lactation/27.8A%3A_Physiology_of_Lactation (accessed 6.3.23).
- Puguh, 2021. Perineoplasty - Dr Puguh [WWW Document]. URL <https://drpuguh.com/perineoplasty/>
- Rogers, K., 2011. The Reproductive System The Human Body, 1st ed. Britannica Educational Publishing, New York.
- Sherwood, L., 2016. Human Physiology From Cells to Systems, 9th ed. Cengage Learning, Boston.
- Silverthorn, D.U., 2014. Fisiologi Manusia Sbuah Pendekatan Terintegrasi, 6th ed. EGC, Jakarta.
- Smith, R.P., Turek, P.J., 2011. The Netter Collection of Medical Illustrations: Reproductive system, 2 Edition, 2nd ed. Elsevier Saunders, Philadelphia.
- Vogazianou, A., 2017. Anatomy and Physiology of the Female Reproductive System [WWW Document]. Adv. Pract. Endocrinol. Nurs. URL https://courses-lumenlearning-com.translate.goog/suny-ap2/chapter/anatomy-and-physiology-of-the-female-reproductive-system/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=sc (accessed 5.31.23).

BAB 3

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KESEHATAN REPRODUKSI

Oleh Siswi Wulandari

3.1 Pendahuluan

Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi dapat bervariasi dan saling terkait. Kesehatan reproduksi adalah hal penting bagi individu dan masyarakat secara keseluruhan. Memahami faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi dapat membantu dalam pengambilan keputusan yang tepat terkait dengan perawatan, perlindungan, dan promosi kesehatan reproduksi. Beberapa faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi termasuk pendidikan dan kesadaran, gaya hidup sehat, perilaku seksual aman, akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi, lingkungan fisik, faktor genetik dan riwayat keluarga, serta stres dan kesejahteraan emosional.

Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi seseorang. Berikut ini adalah beberapa faktor utama yang perlu diperhatikan:

1. **Pendidikan dan Kesadaran:** Tingkat pendidikan yang tinggi dan pemahaman yang baik tentang kesehatan reproduksi dapat memengaruhi perilaku dan keputusan yang diambil terkait dengan kesehatan reproduksi. Pendidikan seksual yang komprehensif dan akses terhadap informasi yang akurat juga penting.

2. **Gaya Hidup Sehat:** Gaya hidup sehat yang meliputi pola makan seimbang, olahraga teratur, dan menghindari kebiasaan merokok, minum alkohol berlebihan, dan penggunaan obat-obatan terlarang dapat berkontribusi pada kesehatan reproduksi yang baik.
3. **Perilaku Seksual Aman:** Praktik seks yang aman, seperti menggunakan pengamanan seperti kondom atau metode kontrasepsi lainnya untuk mencegah penularan penyakit menular seksual (PMS) dan kehamilan yang tidak diinginkan, dapat memengaruhi kesehatan reproduksi.
4. **Akses Terhadap Pelayanan Kesehatan Reproduksi:** Akses yang mudah dan terjangkau ke pelayanan kesehatan reproduksi, termasuk pemeriksaan kesehatan berkala, skrining penyakit, konseling reproduksi, serta layanan kontrasepsi dan pengobatan infertilitas, sangat penting bagi kesehatan reproduksi yang optimal.
5. **Lingkungan Fisik dan Paparan Zat Berbahaya:** Paparan terhadap zat berbahaya seperti bahan kimia beracun, radiasi, polusi udara, dan polusi air dapat berdampak negatif pada kesehatan reproduksi. Lingkungan yang sehat dan aman sangat penting untuk mendukung kesehatan reproduksi.
6. **Faktor Genetik dan Riwayat Keluarga:** Faktor genetik dan riwayat keluarga dapat mempengaruhi rentang masalah kesehatan reproduksi, termasuk kelainan bawaan, penyakit menular seksual, dan masalah kesuburan.
7. **Stres dan Kesejahteraan Emosional:** Stres kronis dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi dengan mengganggu siklus menstruasi, fungsi hormonal, dan kesuburan. Kesejahteraan emosional yang baik dan manajemen stres yang efektif penting untuk menjaga kesehatan reproduksi.

Penting untuk diingat bahwa faktor-faktor ini saling berhubungan dan dapat bervariasi antara individu dan kelompok

populasi. Setiap orang memiliki pengaruh yang unik terhadap kesehatan reproduksinya, dan upaya untuk menjaga kesehatan reproduksi harus mencakup pendekatan yang holistik.

3.2 Faktor Pendidikan dan Kesadaran

Faktor pendidikan dan kesadaran memiliki peran yang sangat penting dalam kesehatan reproduksi. Berikut ini adalah beberapa poin penting terkait faktor pendidikan dan kesadaran dalam kesehatan reproduksi:

1. **Pengetahuan tentang Anatomi dan Fisiologi Reproduksi:** Pendidikan tentang anatomi dan fisiologi reproduksi membantu individu memahami bagaimana sistem reproduksi bekerja, siklus menstruasi, ovulasi, dan proses reproduksi secara umum. Pengetahuan ini penting untuk pemahaman yang lebih baik tentang fungsi reproduksi dan pentingnya menjaga kesehatan reproduksi.
2. **Pendidikan Seksual Komprehensif:** Pendidikan seksual yang komprehensif memberikan informasi yang akurat dan obyektif tentang topik seperti hubungan seksual, kontrasepsi, penyakit menular seksual, kehamilan, dan hak-hak seksual. Pendidikan seksual yang baik membantu individu dalam membuat keputusan yang bijak dan bertanggung jawab terkait dengan kehidupan seksual mereka.
3. **Kesadaran tentang Perlindungan Diri:** Pendidikan tentang kesehatan reproduksi juga mencakup kesadaran tentang pentingnya melindungi diri dari penyakit menular seksual (PMS) dan kehamilan yang tidak diinginkan. Hal ini melibatkan pengetahuan tentang penggunaan kondom, metode kontrasepsi, dan pemeriksaan kesehatan yang teratur.
4. **Pemahaman tentang Hak Reproduksi:** Pendidikan yang baik tentang kesehatan reproduksi mencakup pemahaman

tentang hak-hak reproduksi individu, termasuk hak untuk mendapatkan informasi yang akurat, memilih metode kontrasepsi yang sesuai, mendapatkan perawatan kesehatan reproduksi yang berkualitas, dan membuat keputusan tentang kehidupan seksual dan reproduksi mereka.

5. Pengurangan Stigma dan Diskriminasi: Pendidikan yang mempromosikan inklusivitas dan mengurangi stigma dan diskriminasi terkait dengan kesehatan reproduksi sangat penting. Ini mencakup pengetahuan tentang hak-hak LGBT+ dalam hal kesehatan reproduksi, serta mengatasi stigma terkait dengan penyakit menular seksual dan masalah reproduksi lainnya.
6. Komunikasi dan Keterampilan Interpersonal: Pendidikan tentang kesehatan reproduksi juga melibatkan pengembangan keterampilan komunikasi dan interpersonal yang baik. Ini mencakup keterampilan dalam berbicara terbuka dan jujur tentang topik-topik yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi, seperti hubungan seksual, kontrasepsi, dan pencegahan PMS.

Melalui pendidikan yang baik dan kesadaran yang meningkat, individu dapat membuat keputusan yang informasional, memilih gaya hidup yang sehat, menghindari risiko yang berpotensi merugikan, dan mencari perawatan yang tepat jika diperlukan. Pendidikan dan kesadaran yang baik adalah landasan penting dalam mempromosikan kesehatan reproduksi yang positif dan meminimalkan risiko masalah kesehatan reproduksi

3.3 Faktor Gaya Hidup Sehat

Gaya hidup yang sehat memainkan peran penting dalam kesehatan reproduksi. Berikut adalah beberapa faktor gaya hidup yang dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi:

1. Pola Makan Seimbang: Pola makan yang seimbang dan nutrisi yang cukup berperan penting dalam menjaga kesehatan reproduksi. Asupan makanan yang kaya akan vitamin, mineral, serat, dan antioksidan dapat mendukung fungsi hormonal yang sehat dan menjaga kualitas sel reproduksi. Sebaliknya, pola makan yang tidak seimbang dan kekurangan nutrisi tertentu dapat mempengaruhi kualitas dan fungsi reproduksi.
2. Berat Badan yang Sehat: Berat badan yang sehat sangat penting bagi kesehatan reproduksi. Kondisi kelebihan berat badan atau obesitas dapat mengganggu kesuburan pada wanita dan pria. Di sisi lain, kekurangan berat badan yang signifikan juga dapat menyebabkan gangguan siklus menstruasi pada wanita dan mengurangi produksi sperma pada pria.
3. Olahraga Teratur: Berolahraga secara teratur memiliki banyak manfaat bagi kesehatan reproduksi. Olahraga dapat membantu menjaga berat badan yang sehat, mengatur siklus menstruasi, meningkatkan kualitas tidur, mengurangi stres, dan meningkatkan sirkulasi darah ke organ reproduksi. Namun, olahraga yang berlebihan atau terlalu intens dapat mengganggu siklus menstruasi dan kesuburan pada wanita.
4. Hindari Kebiasaan Merokok: Merokok dan paparan asap rokok memiliki dampak negatif pada kesehatan reproduksi. Merokok dapat mengganggu kualitas sperma pada pria, mengurangi kesuburan pada wanita, meningkatkan risiko keguguran, dan meningkatkan risiko komplikasi kehamilan. Penting untuk menghindari merokok dan menghindari paparan asap rokok pasif.
5. Batasi Konsumsi Alkohol: Konsumsi alkohol yang berlebihan dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi. Alkohol dapat mengganggu fungsi hormonal pada wanita,

mengurangi produksi sperma pada pria, dan meningkatkan risiko kelainan bawaan pada bayi. Penting untuk mengonsumsi alkohol dengan moderat atau menghindari alkohol sama sekali.

6. **Hindari Penggunaan Obat Terlarang:** Penggunaan obat terlarang dapat memiliki dampak serius pada kesehatan reproduksi. Narkoba seperti kokain, ganja, dan obat-obatan terlarang lainnya dapat mengganggu fungsi hormonal, mengurangi kualitas sperma, dan meningkatkan risiko masalah reproduksi pada pria dan wanita.
7. **Kelola Stres dengan Baik:** Stres yang berkepanjangan dapat memengaruhi kesehatan reproduksi dengan mengganggu siklus menstruasi, fungsi hormonal, dan kesuburan. Penting untuk mengembangkan strategi manajemen stres yang efektif, seperti olahraga, meditasi, relaksasi, atau konseling, untuk menjaga keseimbangan emosional dan kesehatan reproduksi yang optimal.

Adopsi gaya hidup yang sehat termasuk pola makan yang baik, aktivitas fisik teratur, penghindaran kebiasaan merokok dan penggunaan obat terlarang, serta manajemen stres yang efektif akan memberikan kontribusi positif bagi kesehatan reproduksi secara keseluruhan.

3.4 Faktor Perilaku Seksual Aman

Perilaku seksual aman adalah praktik-praktik yang dirancang untuk melindungi kesehatan reproduksi individu dan mencegah penularan penyakit menular seksual (PMS) serta kehamilan yang tidak diinginkan. Berikut adalah beberapa faktor perilaku seksual aman yang mempengaruhi kesehatan reproduksi:

1. **Penggunaan Metode Kontrasepsi:** Penggunaan metode kontrasepsi yang efektif dapat membantu mencegah kehamilan yang tidak diinginkan. Ada berbagai pilihan

- metode kontrasepsi yang tersedia, termasuk kondom, pil KB, alat kontrasepsi dalam rahim (IUD), suntik hormonal, dan banyak lagi. Penting untuk memilih metode kontrasepsi yang sesuai dengan preferensi dan kebutuhan individu serta mendapatkan informasi yang akurat dan dukungan dari profesional kesehatan.
2. Penggunaan Kondom: Kondom adalah salah satu bentuk perlindungan yang paling umum digunakan dalam praktik seksual aman. Kondom dapat mencegah penularan PMS, termasuk HIV/AIDS, serta membantu mencegah kehamilan yang tidak diinginkan. Penting untuk menggunakan kondom dengan benar setiap kali berhubungan seksual, baik vagina, anus, maupun oral.
 3. Tes Penyakit Menular Seksual: Melakukan tes PMS secara teratur merupakan bagian penting dari perilaku seksual aman. Tes ini membantu mengidentifikasi adanya PMS sehingga dapat segera diberikan pengobatan yang tepat dan mencegah penularan lebih lanjut. Orang yang aktif secara seksual atau memiliki pasangan baru sebaiknya menjalani tes PMS secara teratur.
 4. Menghindari Pasangan Seksual yang Berisiko Tinggi: Menghindari pasangan seksual yang berisiko tinggi, seperti mereka yang memiliki riwayat PMS atau melakukan praktik seksual yang tidak aman, dapat membantu melindungi kesehatan reproduksi. Memilih pasangan seksual yang setia dan berkomitmen pada praktik seksual yang aman adalah langkah penting dalam menjaga kesehatan reproduksi.
 5. Pendidikan Seksual dan Komunikasi Terbuka: Pendidikan seksual yang komprehensif dan komunikasi terbuka tentang kebutuhan, preferensi, dan batasan dalam hubungan seksual dapat membantu dalam pengambilan keputusan yang sehat dan aman. Pasangan yang

berkomunikasi secara terbuka tentang perlindungan, riwayat kesehatan reproduksi, dan kebutuhan seksual mereka cenderung memiliki perilaku seksual yang lebih aman.

6. Vaksinasi: Vaksinasi terhadap virus seperti HPV (Human Papillomavirus) dapat memberikan perlindungan yang efektif terhadap infeksi yang dapat menyebabkan kanker serviks dan kondisi lainnya. Vaksinasi adalah langkah penting dalam menjaga kesehatan reproduksi, terutama pada remaja dan dewasa muda.

Perilaku seksual aman melibatkan penggunaan metode kontrasepsi yang efektif, penggunaan kondom, tes PMS secara teratur, menghindari pasangan seksual yang berisiko tinggi, komunikasi terbuka, dan langkah-langkah perlindungan lainnya. Memahami dan mengadopsi perilaku seksual aman dapat membantu melindungi kesehatan reproduksi dan meningkatkan kualitas kehidupan seksual secara keseluruhan

3.5 Faktor Akses terhadap Pelayanan Kesehatan Reproduksi

Akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi memainkan peran kunci dalam menjaga kesehatan reproduksi individu. Berikut adalah beberapa faktor yang mempengaruhi akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi:

1. Ketersediaan Fasilitas Kesehatan: Ketersediaan fasilitas kesehatan yang menyediakan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif sangat penting. Termasuk di antaranya adalah pusat kesehatan, klinik reproduksi, rumah sakit, atau pusat layanan kesehatan reproduksi yang memiliki peralatan dan tenaga medis yang memadai untuk menyediakan layanan seperti konsultasi tentang kesehatan reproduksi, pemeriksaan kesehatan reproduksi,

- pemeriksaan kehamilan, pengobatan PMS, serta layanan kontrasepsi.
2. Akses Geografis: Jarak dan aksesibilitas fisik ke fasilitas kesehatan reproduksi dapat mempengaruhi kemampuan seseorang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi. Di daerah yang terpencil atau dengan infrastruktur kesehatan yang terbatas, individu mungkin menghadapi kesulitan untuk mencapai fasilitas kesehatan yang sesuai. Oleh karena itu, penting untuk memastikan adanya fasilitas kesehatan reproduksi yang mudah diakses dan terjangkau bagi semua individu, termasuk di daerah pedesaan atau terpencil.
 3. Biaya dan Keuangan: Biaya pelayanan kesehatan reproduksi juga dapat menjadi faktor yang mempengaruhi akses. Beberapa pelayanan kesehatan reproduksi mungkin memerlukan biaya yang tinggi, seperti perawatan kehamilan atau prosedur medis tertentu. Sistem asuransi kesehatan yang baik dan program perlindungan sosial dapat membantu memastikan akses yang lebih luas terhadap pelayanan kesehatan reproduksi yang terjangkau.
 4. Pengetahuan dan Informasi: Pengetahuan dan informasi yang akurat tentang pelayanan kesehatan reproduksi juga penting. Individu perlu menyadari hak-hak mereka terkait dengan kesehatan reproduksi, tahu di mana mereka dapat mendapatkan pelayanan, dan memahami manfaat serta risiko dari pelayanan yang tersedia. Pendidikan seksual komprehensif dan kampanye informasi dapat membantu meningkatkan pengetahuan dan kesadaran ini.
 5. Stigma dan Diskriminasi: Stigma dan diskriminasi terhadap masalah kesehatan reproduksi, termasuk PMS, dapat menjadi hambatan bagi individu dalam mencari pelayanan kesehatan. Stigma yang terkait dengan topik-topik seperti aborsi, HIV/AIDS, atau orientasi seksual dapat

menyebabkan rasa malu atau ketakutan, yang pada gilirannya dapat menghalangi akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi.

6. Budaya dan Nilai-Nilai Sosial: Budaya dan nilai-nilai sosial juga dapat mempengaruhi akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi. Norma-norma sosial atau keyakinan budaya tertentu dapat membatasi akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi atau menghambat pembicaraan terbuka tentang topik-topik tersebut. Upaya yang dilakukan untuk mengatasi kendala budaya dan nilai-nilai sosial ini dapat membantu meningkatkan akses dan penggunaan pelayanan kesehatan reproduksi.

Memastikan akses yang adil dan merata terhadap pelayanan kesehatan reproduksi melalui ketersediaan fasilitas kesehatan yang memadai, mengurangi hambatan finansial, meningkatkan pengetahuan dan informasi, mengurangi stigma dan diskriminasi, serta mempertimbangkan budaya dan nilai-nilai sosial akan berkontribusi pada kesehatan reproduksi yang optimal bagi semua individu.

3.6 Faktor Lingkungan Fisik dan Paparan Zat Berbahaya

Lingkungan fisik dan paparan zat berbahaya dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi. Berikut adalah beberapa faktor yang perlu diperhatikan terkait lingkungan fisik dan paparan zat berbahaya dalam kesehatan reproduksi:

1. Paparan Zat Kimia: Paparan zat kimia di tempat kerja, rumah tangga, atau lingkungan sekitar dapat berdampak negatif pada kesehatan reproduksi. Zat-zat seperti pestisida, logam berat (misalnya timbal, merkuri), bahan kimia industri, bahan kimia rumah tangga (misalnya produk pembersih), serta zat-zat yang terkandung dalam

- asap rokok atau polusi udara dapat menyebabkan masalah kesehatan reproduksi, termasuk gangguan hormonal, penurunan kualitas sperma, kerusakan sel telur, dan komplikasi kehamilan.
2. Polusi Udara: Paparan terhadap polusi udara, termasuk polutan seperti partikel halus (PM_{2,5}), gas buang kendaraan, asap industri, dan polutan lainnya, dapat berdampak negatif pada kesehatan reproduksi. Polusi udara dapat meningkatkan risiko infertilitas, gangguan perkembangan janin, kelahiran prematur, dan masalah kesehatan reproduksi lainnya.
 3. Radiasi: Paparan terhadap radiasi ionisasi, seperti sinar-X, sinar gamma, atau radiasi nuklir, dapat memiliki efek merugikan pada kesehatan reproduksi. Radiasi yang tinggi dapat menyebabkan kerusakan DNA pada sel reproduksi, meningkatkan risiko kelainan genetik pada keturunan, atau menyebabkan infertilitas.
 4. Paparan Bahan Berbahaya di Tempat Kerja: Beberapa pekerjaan melibatkan paparan langsung terhadap bahan-bahan berbahaya yang dapat berdampak pada kesehatan reproduksi. Misalnya, pekerja di industri kimia, pertanian, atau konstruksi mungkin terpapar zat-zat beracun yang dapat menyebabkan infertilitas, gangguan hormonal, atau komplikasi kehamilan. Penting untuk menjalankan praktik keamanan dan melindungi diri dengan memakai perlindungan yang sesuai ketika bekerja dengan bahan berbahaya.
 5. Kualitas Air dan Paparan Zat Terlarut: Kualitas air yang buruk, terutama jika mengandung zat-zat terlarut berbahaya seperti logam berat, pestisida, atau bahan kimia industri, dapat berdampak negatif pada kesehatan reproduksi. Paparan terhadap zat-zat tersebut melalui air minum, air mandi, atau konsumsi makanan laut yang

terkontaminasi dapat meningkatkan risiko masalah kesehatan reproduksi.

6. Perubahan Iklim dan Bencana Alam: Perubahan iklim dan bencana alam dapat berdampak pada kesehatan reproduksi. Perubahan suhu ekstrem, pola cuaca yang tidak stabil, peningkatan kejadian bencana alam, serta perubahan lingkungan yang terkait dengan perubahan iklim dapat menyebabkan gangguan hormonal, kesulitan kehamilan, peningkatan risiko infeksi, dan masalah kesehatan reproduksi lainnya.

Melindungi diri dari paparan zat berbahaya dan menjaga lingkungan yang sehat sangat penting untuk kesehatan reproduksi yang optimal. Ini termasuk menghindari atau mengurangi paparan terhadap zat-zat berbahaya, memastikan akses terhadap air dan udara bersih, serta menerapkan tindakan keamanan di tempat kerja yang melibatkan bahan-bahan berbahaya. Selain itu, upaya untuk mengurangi emisi polutan dan mengatasi perubahan iklim secara global juga diperlukan untuk melindungi kesehatan reproduksi manusia.

3.7 Faktor Genetik dan Riwayat Keluarga

Faktor genetik dan riwayat keluarga memiliki peran penting dalam kesehatan reproduksi. Berikut adalah beberapa hal yang perlu diperhatikan terkait faktor ini:

1. Riwayat Keluarga Penyakit Genetik: Riwayat keluarga dapat memberikan petunjuk tentang adanya penyakit genetik yang dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi. Beberapa kondisi seperti hemofilia, talasemia, fibrosis kistik, atau kelainan kromosom seperti sindrom Down memiliki predisposisi genetik dan dapat diturunkan dalam keluarga. Mengetahui riwayat keluarga yang relevan akan

- membantu dalam pemantauan, pengujian genetik, dan pengelolaan risiko potensial.
2. **Faktor Risiko Genetik:** Beberapa faktor risiko genetik dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi. Misalnya, wanita yang memiliki mutasi gen BRCA1 atau BRCA2 memiliki risiko yang lebih tinggi untuk mengembangkan kanker payudara atau ovarium. Pasangan dengan riwayat keluarga penyakit genetik yang sama juga dapat memiliki risiko lebih tinggi untuk memiliki keturunan yang mewarisi kondisi tersebut.
 3. **Kelainan Genetik yang Mempengaruhi Fertilitas:** Beberapa kelainan genetik dapat mempengaruhi fertilitas baik pada pria maupun wanita. Contohnya adalah kelainan genetik pada pria yang dapat menyebabkan gangguan produksi sperma (misalnya, sindrom Klinefelter) atau kelainan pada wanita yang mempengaruhi kualitas telur (misalnya, sindrom ovarium polikistik). Pemeriksaan genetik dapat membantu dalam penilaian dan manajemen kelainan genetik yang berpotensi mempengaruhi kesehatan reproduksi.
 4. **Predisposisi terhadap Gangguan Kehamilan:** Faktor genetik juga dapat mempengaruhi risiko terhadap gangguan kehamilan, seperti keguguran berulang, preeklampsia, atau kelainan perkembangan janin. Wanita dengan riwayat keluarga yang memiliki riwayat gangguan kehamilan tersebut mungkin perlu mendapatkan perhatian khusus dan pemantauan yang lebih intensif selama kehamilan.
 5. **Tes Genetik dan Konseling Genetik:** Pemeriksaan genetik dan konseling genetik dapat membantu mengidentifikasi risiko genetik dan menyediakan informasi penting bagi individu atau pasangan yang berencana untuk memiliki anak. Tes genetik pranatal dan pra-implantasi dapat membantu mengidentifikasi kelainan genetik pada janin

atau embrio sebelum atau selama proses kehamilan atau fertilisasi in vitro (IVF).

6. **Perencanaan Keluarga dan Konseling Genetik:** Konseling genetik dapat membantu individu atau pasangan dalam mengambil keputusan terkait perencanaan keluarga, termasuk pemahaman tentang risiko genetik, penilaian risiko potensial, dan pemilihan metode kontrasepsi yang sesuai. Hal ini penting untuk mempertimbangkan faktor genetik dan riwayat keluarga dalam pengambilan keputusan terkait kehamilan dan perencanaan keluarga.

Faktor genetik dan riwayat keluarga dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi. Mengidentifikasi dan memahami faktor-faktor ini dapat membantu individu atau pasangan dalam pengambilan keputusan yang tepat dan mengambil langkah-langkah pencegahan yang diperlukan untuk menjaga kesehatan reproduksi. Konsultasikan dengan tenaga medis atau konselor genetik untuk informasi lebih lanjut dan saran yang tepat.

3.8 Faktor Stres dan Kesejahteraan Emosional

Stres dan kesejahteraan emosional dapat memiliki dampak signifikan pada kesehatan reproduksi. Berikut adalah beberapa faktor terkait stres dan kesejahteraan emosional dalam kesehatan reproduksi:

1. **Siklus Menstruasi dan Ovulasi:** Stres yang berkepanjangan atau tingkat stres yang tinggi dapat mempengaruhi siklus menstruasi dan ovulasi pada wanita. Gangguan pada siklus menstruasi dapat menyebabkan ketidakseimbangan hormonal dan kesulitan dalam mencapai kehamilan. Selain itu, stres yang tinggi juga dapat mengganggu ovulasi, yang merupakan proses penting dalam kesuburan wanita.
2. **Kualitas Sperma:** Stres pada pria juga dapat berdampak pada kualitas sperma. Stres kronis dapat mengganggu

- produksi sperma, mengurangi jumlah sperma yang normal, dan mempengaruhi motilitas serta morfologi sperma. Hal ini dapat mempengaruhi kesuburan pria dan peluang keberhasilan kehamilan.
3. Disfungsi Seksual: Stres yang tinggi atau masalah kesejahteraan emosional seperti kecemasan, depresi, atau stres psikologis dapat mempengaruhi gairah seksual dan menyebabkan disfungsi seksual. Gangguan seperti disfungsi ereksi pada pria dan gangguan gairah seksual pada wanita dapat mempengaruhi keintiman pasangan dan kesuburan.
 4. Kualitas Hubungan Pasangan: Stres yang berkepanjangan atau kesejahteraan emosional yang buruk dapat mempengaruhi hubungan pasangan. Konflik, ketegangan, atau ketidakharmonisan dalam hubungan dapat mengganggu kehidupan seksual dan keinginan untuk memiliki anak. Dukungan emosional dan keintiman dalam hubungan yang sehat dapat mendukung kesehatan reproduksi.
 5. Keputusan Perencanaan Keluarga: Stres dan kesejahteraan emosional yang buruk juga dapat mempengaruhi keputusan perencanaan keluarga. Ketika seseorang mengalami stres yang tinggi atau masalah emosional yang belum teratasi, mungkin sulit untuk mengambil keputusan tentang memulai atau menghentikan kehamilan. Pilihan perencanaan keluarga yang baik memerlukan keseimbangan emosional yang sehat.

Penting untuk mengelola stres dan menjaga kesejahteraan emosional untuk mendukung kesehatan reproduksi. Beberapa cara yang dapat membantu meliputi mengelola stres melalui relaksasi, olahraga, meditasi, dan konseling. Mendapatkan dukungan sosial dari pasangan, keluarga, atau teman juga dapat membantu

mengurangi stres dan meningkatkan kesejahteraan emosional. Jika stres atau masalah emosional menjadi lebih serius atau berkepanjangan, penting untuk mencari bantuan dari tenaga medis atau profesional kesehatan mental.

DAFTAR PUSTAKA

- Aldika, M. I., Tjokroprawiro, B. A. & Hendarto, H., 2020. *Seri Buku Ajar Obstetri dan Ginekologi*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Arwiyantasari, W., Respati, S. & Pamungkasari, E., 2017. Blopsychosocial Determinant of Pregnant Women's Behavior in Conducting Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immundeficiency Syndrom (HIV/AIDS) Test in Medium. *Journal Of Health Promotion and Behaviour*, 2(2), pp. 112-123.
- Barirah, Pinandia, R., Fatma, I. & Wulandari, S., 2021. ANALISIS HUBUNGAN DETERMINAN KEJADIAN PENYAKIT INFEKSI MENULAR SEKSUAL (IMS) PADA WANITA USIA SUBUR (WUS). *Java Health Journal*.
- Fatimah, F. & Hati, F., 2015. Tingkat Pengetahuan Ibu Hamil tentang HIV/AIDS dengan Perilaku Pemeriksaan Test PITC (Provider Initiated Test and Counselling) di Puskesmas Sleman Yogyakarta.. *Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia*, 3(1), pp. 48-52.
- Himmah, F. R., Isnaini, F., Viridula, E. Y. & Wulandari, S., 2021. IDENTIFIKASI AGEN PENYEBAB INFEKSI MENULAR SEKSUAL PADA WANITA USIA SUBUR (WUS). *Java Health Journal*.
- Hulu, V. t. et al., 2020. *Promosi Kesehatan Masyarakat*. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Isni, 2016. Dukungan Keluarga, Dukungan Petugas Kesehatan, dan Perilaku Ibu HIV dalam Pencegahan Penularan HIV/AIDS ke Bayi. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 11(2), pp. 1858-1196.

BAB 4

PEMERIKSAAN ANTENATAL

Oleh Rully Fatriani

4.1 Pendahuluan

Kehamilan merupakan momentum istimewa dan dinantikan dalam kehidupan seorang ibu dan keluarganya, namun di balik itu terdapat tantangan yang membayangi ibu seiring dengan Angka Kematian Ibu (AKI) yang masih tinggi. Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015 melaporkan bahwa AKI di Indonesia sebesar 305 per 1000 kelahiran. Meskipun tidak berkontribusi secara langsung terhadap Angka Kematian Ibu (AKI), akses dan kualitas pelayanan kesehatan adalah hal yang berkaitan dengan kematian ibu. Peningkatan kualitas pelayanan *Antenatal Care* (ANC) adalah salah satu bentuk usaha untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI). Seiring dengan berkembangnya IPTEK di bidang kesehatan, khususnya pengetahuan tentang asuhan kebidanan kehamilan dan manajemen komplikasi kehamilan maka sebagian besar kematian ibu dapat dilakukan upaya pencegahan (Kemenkes, 2019; McCauley *et.al*, 2021).

ANC lebih dikenal secara umum sebagai kegiatan ibu hamil melakukan kunjungan di fasilitas kesehatan untuk memeriksakan kehamilannya. Pemeriksaan kehamilan merupakan hal yang sangat penting dilakukan pada saat kehamilan, karena akan memberikan perlindungan bagi kesehatan ibu hamil, termasuk janin yang sedang dikandungnya. Ibu hamil membutuhkan pelayanan berkualitas tinggi dalam pemeriksaan kehamilan. Pelayanan pemeriksaan kehamilan yang dilakukan dengan baik dan berkualitas akan berdampak pada semakin baiknya derajat kesehatan ibu dan kesehatan bayi baru lahir. Dengan melakukan

pemeriksaan kehamilan, ibu hamil akan mendapatkan pengetahuan baru dari tenaga kesehatan mengenai tanda-tanda bahaya kehamilan. Ibu hamil yang mengetahui tanda bahaya maka diharapkan dapat melakukan upaya deteksi dini kehamilan berisiko. Dengan demikian, bahaya yang lebih besar pada kehamilan dapat dicegah (Mardiyanti *et. al*, 2019).

Indonesia sebagai negara kepulauan terbesar di dunia menghadapi masalah seperti disparitas antara kelompok sosial ekonomi dan akses pelayanan kesehatan lintas wilayah geografis (Rizkianti *et. al*, 2021). Selama tiga puluh tahun terakhir, indikator status kesehatan di Indonesia semakin meningkat, tetapi angka kematian ibu masih tetap tinggi. Terjadi perbedaan yang mencolok antar wilayah, baik dari segi akses maupun kualitas pelayanannya (Nababan *et. al*, 2018). Dugaan terhadap pelayanan ANC atau pemeriksaan kehamilan yang kurang berkualitas menjadi faktor yang mempengaruhi angka kematian ibu. Diharapkan kepada bidan dan tenaga kesehatan lain untuk mengoptimalkan peran dalam mewujudkan pelayanan ANC atau pemeriksaan kehamilan yang berkualitas.

4.2 Pemeriksaan Antenatal

4.2.1 Definisi

Pemeriksaan antenatal atau ANC merupakan asuhan kesehatan menyeluruh dan berkualitas yang diberikan kepada ibu hamil sejak konfirmasi konsepsi hingga masa sebelum proses persalinan. ANC bertujuan untuk memastikan bahwa ibu dan bayi tetap sehat selama masa kehamilan, persalinan, dan nifas (Kemenkes, 2020; Astuti *et. al*, 2017; Fraser & Cooper, 2014).

Seorang bidan akan menggunakan pendekatan yang berpusat pada ibu dalam memberikan asuhan kepada ibu dan keluarganya. Dalam pendekatan ini, bidan akan berbagi informasi dengan ibu hamil dalam rangka membantu ibu menetapkan

keputusan mengenai jenis asuhan yang ingin diperolehnya pada masa kehamilannya (Fraser & Cooper, 2014)

4.2.2 Tujuan

1. Tujuan Umum

Kunjungan ANC bertujuan agar ibu hamil menjalani kehamilan yang positif, persalinan aman dan sehat, serta melahirkan bayi yang juga sehat. Pengalaman selama masa kehamilan selain menyenangkan, tetapi juga ada nilai tambah bagi ibu hamil sehingga dapat berperan dengan optimal sebagai perempuan, istri, dan ibu. Untuk memastikan kesehatan ibu dan perkembangan janin yang normal, bidan atau tenaga kesehatan harus mengevaluasi secara kritis terkait dampak kehamilan secara fisik, psikologis, dan sosiologis terhadap ibu dan keluarganya (WHO, 2016; Kemenkes, 2020; Fraser & Cooper, 2014).

ANC diharapkan mencakup berbagai skrining untuk pencegahan dan pengelolaan gejala serta komplikasi fisiologis yang terkait kehamilan, termasuk penyakit menular dan tidak menular, kesehatan sosial dan mental, promosi kesehatan dan persiapan kelahiran serta perawatan bayi baru lahir. Pemberian ANC juga diharapkan dapat berkontribusi pada pengalaman kehamilan yang positif (McCauley *et.al*, 2021).

2. Tujuan Khusus

ANC secara khusus bertujuan untuk (Kemenkes, 2020):

- a. Memberikan layanan antenatal terpadu yang mencakup konseling, gizi, konseling KB, dan pemberian ASI.
- b. Memberikan dukungan emosi dan psikososial sesuai dengan keadaan ibu hamil pada setiap kontak dengan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis, kebidanan, dan interpersonal yang baik.

- c. Setiap ibu hamil harus menerima layanan antenatal terpadu setidaknya enam kali selama masa kehamilan.
- d. Memeriksa perkembangan janin
- e. Mengidentifikasi kelainan, penyakit, atau gangguan yang diderita ibu hamil secara dini.
- f. Segera mengobati penyakit, kelainan, atau gangguan pada ibu hamil atau membawa kasus ke fasilitas kesehatan yang sesuai dengan sistem rujukan saat ini.

4.2.3 Jadwal Kunjungan ANC

Pada tahun 2016, WHO mengeluarkan Model Rekomendasi Pelayanan Antenatal sebagai model untuk penurunan angka mortalitas dan morbiditas ibu dan anak. Model ANC ini menyebutkan bahwa bidan atau tenaga kesehatan yang berkompeten harus memberikan pelayanan klinis, informasi relevan dan tepat waktu, serta memberikan dukungan emosional kepada ibu hamil selama masa kehamilannya. Berdasarkan rekomendasi dari WHO, ibu hamil normal melakukan kunjungan ANC minimum sebanyak delapan kali selama kehamilan berlangsung (WHO, 2016).

Sementara itu, Indonesia melalui Kementerian Kesehatan membuat kebijakan bahwa ANC dilakukan setidaknya enam kali selama masa kehamilan ibu. Di antara enam kali kunjungan, harus ada dua kali pemeriksaan yang dilakukan langsung oleh dokter. Dua kunjungan tersebut meliputi upaya skrining faktor-faktor risiko kehamilan atau komplikasi di trimester pertama. Sedangkan pertemuan yang kedua bertujuan untuk skrining faktor-faktor risiko persalinan dan komplikasi kehamilan pada usia kehamilan trimester ketiga (Kemenkes, 2020).

Informasi penting pada setiap kunjungan ANC harus diketahui oleh bidan dan tenaga kesehatan. Ibu hamil harus melakukan dua kali kunjungan pada usia kehamilan 0-13 minggu (trimester pertama). Ibu hamil harus melakukan minimal sekali

kunjungan pada usia kehamilan 14 hingga 28 minggu (trimester kedua) dan melakukan minimal tiga kali kunjungan pada usia kehamilan 28 hingga 40 minggu (trimester ketiga). Jika belum bersalin pada taksiran persalinan, maka dianjurkan mendeteksi janin secara dini, dan melakukan rujukan (Kemenkes, 2020).

Pada setiap pertemuan, diharapkan bidan atau tenaga kesehatan membangun kepercayaan dengan ibu hamil, melakukan deteksi dini terhadap potensi masalah dan melakukan penanganan sesuai kewenangannya, mencegah potensi masalah, serta memotivasi ibu hamil agar melakukan perilaku dan budaya sehat.

4.2.4 Pengkajian Awal (Kunjungan Pertama)

Fraser dan Cooper (2014), menyatakan beberapa tujuan pada kunjungan awal sebagai berikut:

1. Mengidentifikasi tingkat kesehatan ibu hamil melalui pengkajian terhadap riwayat kesehatan ibu secara lebih mendetil dan melakukan skrining yang sesuai dengan kondisi ibu hamil.
2. Melakukan pengukuran dan mencatat data tekanan darah, urinalisis, analisis darah, pertumbuhan uterus, dan perkembangan janin yang akan digunakan sebagai data pembandingan terhadap standar perkembangan kehamilan yang normal.
3. Mengidentifikasi beberapa faktor risiko melalui pengumpulan data riwayat kesehatan secara akurat, terutama yang berkaitan dengan aspek kebidanan, obstetrik, medis, keluarga, dan pribadi.
4. Memberi kesempatan kepada ibu hamil dan keluarganya untuk mengekspresikan dan mendiskusikan kekhawatiran yang mungkin dirasakan berkaitan dengan kehamilan saat ini, kegagalan kehamilan sebelumnya, persalinan atau kelahiran, atau masa nifas.

5. Melakukan upaya promosi kesehatan masyarakat melalui pemberian saran-saran kesehatan yang relevan dan edukasi seputar masalah kehamilan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan ibu hamil dan janin.
6. Menjalin hubungan saling percaya antara ibu hamil dan bidan sebagai mitra dalam asuhan.

4.2.5 Standar Minimal Pelayanan Antenatal Terpadu

1. Menimbang Berat Badan dan Mengukur Tinggi Badan

Sebuah studi sebelumnya menemukan bahwa hanya sekitar sepertiga atau 32% wanita mendapatkan jumlah berat badan yang disarankan selama kehamilan dan sebagian besar wanita mendapatkan berat badan di luar rekomendasi (21% terlalu sedikit, 48% terlalu banyak) (CDC, 2023).

Perubahan berat badan ibu hamil merupakan indikator keseimbangan energi dan status gizi ibu sebelum terjadinya konsepsi. Pengukuran berat badan ibu hamil dimaksudkan untuk memantau pertambahan berat badan ibu selama kehamilannya. Data perubahan berat badan ini dijadikan acuan untuk mengetahui tingkat perkembangan kehamilan dan sebagai upaya penyaringan terhadap ibu hamil yang memiliki perubahan berat badan secara tidak wajar. Ibu hamil pada kategori ini harus mendapatkan perhatian khusus untuk mencegah komplikasi atau risiko kehamilan yang merugikan (Diouf *et.al*, 2011).

Oleh karena itu, bidan atau tenaga kesehatan harus melakukan pengukuran dengan akurat dan mencatat datanya secara akurat pada saat pemeriksaan kehamilan. Hasil pengukuran berat badan akan dievaluasi pada setiap kunjungan yang dijadwalkan secara teratur, kemudian bidan atau tenaga kesehatan melakukan pemantauan untuk mencapai target berat badan yang diharapkan, serta melakukan edukasi kepada ibu hamil apabila diperoleh berat

badan yang tidak sesuai dengan yang diharapkan (Kominiarek & Peaceman, 2017).

Tinggi badan ibu adalah faktor antropometris utama yang juga memengaruhi hasil kehamilan. Tinggi badan yang lebih rendah dikaitkan dengan panjang badan lahir bayi yang lebih rendah. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang positif antara tinggi badan ibu hamil dan berat bayi yang dilahirkannya. Oleh karena itu, bidan atau tenaga kesehatan menekankan kepada ibu hamil yang bertubuh pendek untuk menjalani pemeriksaan secara teratur karena cenderung mengalami kelahiran yang berisiko (Softa, *et.al*, 2022).

Target Penambahan Berat Badan Hamil (PBBH) yang ideal adalah berdasarkan status gizi ibu, yaitu dengan melakukan pengukuran terhadap Indeks Massa Tubuh (IMT) ibu sebelum hamil atau apabila tidak tersedia datanya maka IMT pada awal trimester pertama dapat digunakan. Ibu hamil yang memiliki berat badan kurang maka akan memiliki target PBBH yang lebih tinggi. Hal ini bertujuan untuk memastikan bahwa janinnya menerima jumlah gizi yang cukup selama masa kehamilan ibu. Untuk menghitung Indeks Massa Tubuh atau IMT adalah dengan membagi Berat Badan (BB) dalam kilogram (kg) dengan kuadrat dari Tinggi Badan (TB) dalam meter (m) sesuai rumus berikut:

$$IMT = \frac{\text{Berat Badan (Kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)} \times \text{Tinggi Badan (m)}}$$

2. Mengukur Tekanan Darah

Kehamilan merupakan proses dinamis yang melibatkan perubahan fisiologis signifikan yang terjadi dalam sistem kardiovaskular tubuh ibu hamil. Perubahan-perubahan yang terjadi adalah proses adaptasi tubuh untuk memenuhi

kebutuhan metabolisme ibu dan janin yang semakin meningkat dan memastikan sirkulasi uteroplasenta memadai untuk pertumbuhan dan perkembangan janin. Perubahan hemodinamik yang tidak memadai dapat menyebabkan kematian ibu dan janin, seperti yang terlihat pada preeklampsia dan retardasi pertumbuhan intrauterin (Sanghavi & Rutherford, 2014).

Pada saat ibu hamil melakukan kunjungan ANC, tenaga kesehatan melakukan pengukuran tekanan darah. Tujuan pengukuran dimaksudkan untuk mengidentifikasi potensi gangguan atau kelainan tekanan darah (Astuti *et.al.*, 2017). Tekanan darah ibu hamil kadang-kadang turun atau naik, tetapi pada umumnya tetap berada dalam rentang normal. Tekanan darah normal ibu hamil biasanya tidak berbeda dengan tekanan darah normal orang yang tidak hamil, yaitu antara 110/70 mmHg dan 120/80 mmHg. Peningkatan tekanan darah selama kehamilan dapat disebabkan oleh komplikasi kehamilan atau penyakit penyerta sebelumnya, seperti preeklampsia atau hipertensi dalam kehamilan sebelumnya. Selain itu, peningkatan atau penurunan drastis tekanan darah ibu hamil dapat disebabkan oleh penyakit penyerta sebelumnya (Arikah *et.al.*, 2020).

Dalam studi kohort berbasis populasi, pengukuran tekanan darah terhadap ibu hamil dengan obesitas dan ibu hamil dengan berat badan lebih dilaporkan memiliki tekanan darah lebih tinggi pada trimester pertama dibandingkan dengan ibu hamil dengan berat badan normal. Perbedaan tekanan darah ini akan terus bertahan selama kehamilan (Sanghavi & Rutherford, 2014).

3. Mengukur Lingkar Lengan Atas (LiLA)

Kekurangan Energi Kronis (KEK) adalah salah satu permasalahan pada ibu hamil yang terkait dengan status gizi.

Masalah ini terus menjadi perhatian agar tidak memicu risiko-risiko yang tidak diinginkan pada kehamilan, terutama pada kesehatan janin ibu hamil. Untuk mengidentifikasi kejadian KEK pada ibu hamil maka bidan atau tenaga kesehatan melakukan penilaian atas status gizi yakni melalui pengukuran Lingkar Lengan Atas atau LiLA ibu hamil. Penilaian status gizi ibu hamil ini hanya dilakukan pada kontak pertama ANC yakni berisiko KEK apabila hasil ukur LiLA ibu hamil menunjukkan angka kurang dari 23,5 cm. Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, ibu hamil usia 15-19 tahun memiliki risiko KEK sebesar 33,5 persen, dibandingkan dengan kelompok usia 20-24 tahun sebesar 23,3 persen (Kemenkes, 2019).

Pengukuran LiLA menggunakan pita pengukur LiLA. Pengukuran LiLA adalah metode yang lebih mudah dan praktis untuk mengukur status gizi ibu hamil (Ariyani *et.al*, 2012). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Bari *et.al*. (2020), pengukuran lingkar lengan atas (LiLA) dan indeks massa tubuh (IMT) yang digunakan untuk menilai status gizi terhadap 4.981 wanita usia reproduksi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa keduanya berkorelasi positif satu sama lain dalam penilaian status gizi orang dewasa, terutama wanita usia subur (Bari *et.al*, 2020).

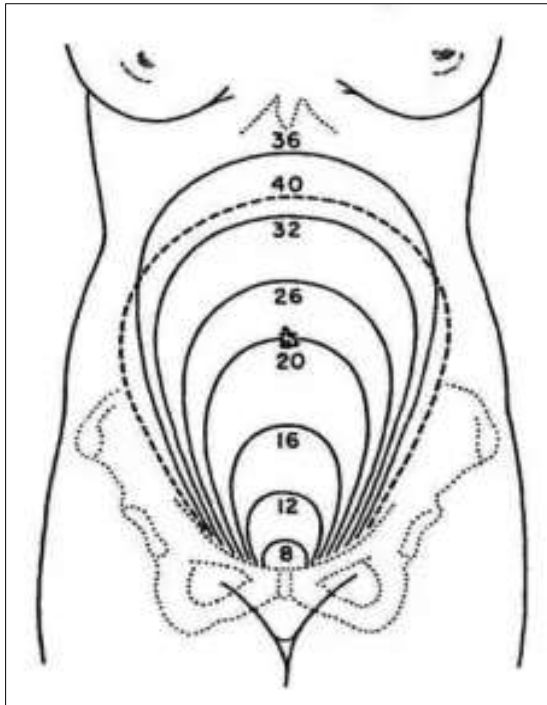
Status gizi ibu hamil berdampak pada berat badan lahir bayi . Berbagai studi mengungkap bahwa terdapat korelasi signifikan antara ukuran hasil ukur LiLA ibu hamil dengan berat badan lahir bayi (Fatriani, 2022).

4. Mengukur Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Pada setiap kunjungan ANC, TFU diukur untuk memastikan pertumbuhan janin sesuai dengan usia kehamilan. Studi menemukan bahwa ada hubungan antara usia kehamilan dan ketepatan pengukuran tinggi fundus uteri sesuai

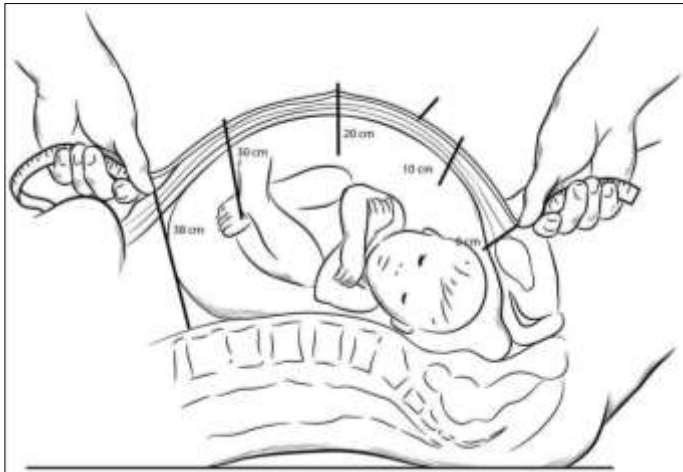
dengan Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) (Astuti *et.al*, 2017; Sari, 2018).

TFU ditentukan dengan menggunakan rumus: (usia kehamilan dalam minggu + 2) cm. TFU normal dapat diperkirakan untuk usia kehamilan antara 20 dan 36 minggu (WHO & HOGSI, 2013).



Gambar 4.1. Tinggi Fundus Uteri Berdasarkan Usia Kehamilan
(Sumber : Astuti *et.al*, 2017)

TFU juga digunakan untuk menghitung Taksiran Berat Janin (TBJ). Dengan mengetahui TBJ, tenaga kesehatan profesional dapat memperkirakan potensi komplikasi dan melakukan tindakan pencegahan yang diperlukan (Cunningham *et.al*, 2014).



Gambar 4.2. Pengukuran Tinggi Fundus Uteri dengan Pita Metlin

(Sumber : WHO & HOGSI, 2013)

Rumus TBJ menurut Johnson : **(TFU - N) x 155 g**
 Konstanta N : 11 bila bagian terendah Janin sudah masuk PAP
 12 bila bagian terendah Janin belum masuk PAP

5. Menentukan Presentasi Janin dan Menghitung Denyut Jantung Janin (DJJ)

Pada akhir trimester kedua, presentasi janin dilakukan setiap kali kunjungan ANC. Hal ini dilakukan untuk mengetahui letak janin. Jika bagian bawah janin belum masuk ke panggul atau jika kepala janin belum masuk ke panggul maka itu menunjukkan bahwa janin berada di posisi yang salah, panggul yang sempit, atau ada masalah lainnya. Tabel 4.1 menjelaskan metode yang dapat digunakan untuk mengetahui presentasi janin.

Tabel 4.1. Palpasi Abdomen Teknik Leopold I-IV

Teknik	Waktu Pengukuran	Tujuan
Palpasi Abdomen	Awal Trimester 1	Melakukan perabaan untuk mengidentifikasi apakah ada atau tidak ada massa intra abdomen Menentukan tinggi fundus uteri (TFU)
Leopold I 	Akhir trimester pertama	Menentukan tinggi fundus uteri Menentukan bagian janin yang berada di fundus uteri
Leopold II 	Trimester kedua dan ketiga	Menentukan bagian janin yang berada di sisi kiri dan kanan ibu.
Leopold III 	Trimester kedua dan ketiga	Menentukan bagian janin yang terletak di bagian bawah uterus.

Teknik	Waktu Pengukuran	Tujuan
Leopold IV 	Trimester ketiga atau usia kehamilan di atas 36 minggu	Menentukan berapa jauh masuknya janin ke pintu atas panggul ibu.

Sumber : Kemenkes, 2020

Perhitungan Denyut Jantung Janin atau DJJ juga dilakukan. Penilaian DJJ dapat dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya harus dilakukan pada setiap kunjungan ANC berikutnya. Hasil perhitungan DJJ digunakan sebagai acuan untuk menilai tingkat kesejahteraan janin di dalam kandungan. DJJ pertama kali didengar melalui permukaan abdomen ibu dengan kecepatan 120-160 denyut per menit. Apabila DJJ tidak terdengar pada usia kehamilan empat belas minggu maka ibu hamil harus segera memeriksakan kehamilannya kepada dokter untuk pemeriksaan Ultrasonografi (USG). DJJ akan terdengar sekitar usia 18 - 20 minggu jika menggunakan fetoskop atau laenec. Gawat janin dapat ditunjukkan oleh DJJ cepat (takikardi) (>160 denyut/menit) atau DJJ lambat (bradikardi) (<120 denyut per menit) (Astuti *et.al*, 2017).

6. Memberikan Imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Pada saat kunjungan ANC, bidan atau tenaga kesehatan lain akan melakukan pemeriksaan status vaksinasi tetanus dan memberikan vaksinasi tetanus difteri (Td) apabila diperlukan. Ibu hamil harus mendapatkan imunisasi Td apabila setelah skrining status T pada saat kunjungan ANC dimana ibu hamil

belum mencapai status T5. Vaksinasi Td bertujuan untuk melindungi ibu dan janin dari tetanus dan difteri selama kehamilan berlangsung (Kemenkes, 2019).

Tabel 4.2. Penentuan Status Imunisasi T Dilakukan dengan Prinsip Jumlah Yang Diberikan Dan Interval Pemberian

Status T	Interval minimal pemberian	Masa Perlindungan
T1	-	-
T2	4 minggu setelah T1	3 tahun
T3	6 bulan setelah T2	5 tahun
T4	1 tahun setelah T3	10 tahun
T5	1 tahun setelah T4	Lebih dari 25 tahun

Sumber : Kemenkes, 2020

7. Memberikan Tablet Tambah Darah (Fe) 90 Tablet selama kehamilan

Untuk mencegah anemia defisiensi besi, ibu hamil disarankan untuk mengonsumsi satu tablet tambah darah (tablet Fe) setiap hari. Konsumsi tablet Fe sebaiknya dimulai sedini mungkin dan dilanjutkan hingga masa nifas. Hal ini dilakukan karena jumlah darah yang dibutuhkan akan meningkat selama masa kehamilan untuk proses pembentukan plasenta dan perkembangan janin, serta untuk memastikan ketersediaan cadangan zat besi di dalam air susu ibu (ASI) selama kehamilan (Kemenkes, 2020).

Agar cakupan pemberian tablet Fe meningkat maka perlu dilakukan pendidikan nutrisi yang tepat kepada ibu hamil. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan ibu hamil mengenai anemia defisiensi besi dan manfaat suplemen besi selama masa kehamilan (Fatriani, 2021).

8. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium selama kehamilan merupakan salah satu komponen penting untuk mengidentifikasi risiko komplikasi kehamilan. Nilai rujukan laboratorium pada ibu yang tidak hamil berbeda dengan nilai rujukan laboratorium pada ibu hamil karena terdapat perubahan anatomi, fisiologi dan biokimia dalam tubuh ibu hamil sebagai proses adaptasi terhadap kehamilannya (Kemenkes, 2015).

Standar Pelayanan Minimal untuk Tes Laboratorium bagi ibu hamil antara lain pemeriksaan golongan darah, pemeriksaan kadar hemoglobin darah, pemeriksaan triple eliminasi (HIV, Sifilis, dan Hepatitis B), dan apabila ada indikasi dapat dilakukan pemeriksaan glukoproteinuri, sputum Basil Tahan Asam (BTA), pemeriksaan feses untuk kecacingan, kusta, pemeriksaan malaria di daerah dimana penyakit tersebut sangat umum, pemeriksaan darah lengkap untuk mengidentifikasi thalasemia dini, dan pemeriksaan tambahan lainnya (Kemenkes, 2020).

Tes golongan darah bertujuan untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil apabila diperlukan. Pemeriksaan kadar hemoglobin dilakukan untuk mengetahui adanya anemia defisiensi besi pada ibu hamil. Pengelolaan anemia pada kehamilan dilakukan oleh tenaga kesehatan melalui tindakan pencegahan, penemuan, penanganan dan/atau rujukan (Nugroho, 2014).

9. Tatalaksana/Penanganan Kasus Sesuai dengan Kewenangan

Tatalaksana kasus dalam pemeriksaan ANC akan disesuaikan dengan keadaan kesehatan ibu hamil dan janin. Penting untuk melakukan pemeriksaan ANC secara teratur dan mengikuti saran dan petunjuk bidan atau tenaga kesehatan lain untuk memastikan kehamilan yang sehat dan

mengurangi risiko komplikasi kehamilan. Apabila ditemukan kelainan dari hasil pemeriksaan ibu hamil maka harus ditangani sesuai standar dan kewenangan bidan. Kasus yang tidak dapat ditangani atau di luar kewenangan bidan harus dirujuk sesuai dengan sistem rujukan yang berlaku (Kemenkes, 2020).

10. Temu Wicara (Konseling)

pada saat ibu hamil melakukan kunjungan ANC, bidan atau tenaga kesehatan lain melakukan temu wicara dengan ibu hamil dan keluarganya. Tema yang dibicarakan berkaitan dengan hasil pemeriksaan ibu hamil, usia kehamilan, gizi, kesiapan mental, dan tanda-tanda bahaya kehamilan. Selain itu, tema lain yang diperlukan adalah persiapan ibu hamil untuk persalinan, nifas, perawatan bayi baru lahir, kontrasepsi pascapersalinan, dan ASI eksklusif (Kemenkes, 2020).

4.3 Faktor Yang Menentukan Pemeriksaan Kehamilan

Berbagai kajian yang menggambarkan tingkat pengetahuan ibu hamil tentang ANC atau pemeriksaan kehamilan telah banyak dilaporkan dari berbagai negara berkembang, termasuk di Indonesia. Studi tersebut dikaitkan dengan karakteristik sosial ekonomi dari ibu hamil yang terlibat dalam penelitian. Pengetahuan ibu hamil yang baik akan menghasilkan kesadaran untuk bertindak yakni melakukan kunjungan ANC atau pemeriksaan kehamilan (Fauzi *et.al*, 2021).

Pengetahuan ibu hamil juga berpengaruh pada tingkat motivasinya untuk melakukan kunjungan ANC di fasilitas kesehatan. Ibu yang mengetahui manfaat ANC akan menjadikan ANC sebagai kebutuhan bagi dirinya selama kehamilan (Rachmawati *et. al*, 2017; Purbaningrum *et.al*, 2019). Sebaliknya, pengetahuan yang kurang baik tentang pelayanan ANC akan

berhubungan dengan keterlambatan melaksanakan kunjungan ANC untuk pertama kalinya (Tadele *et. al*, 2022).

DAFTAR PUSTAKA

- Arikah, T., Rahardjo, T., & Widodo, S. 2020. *Kejadian Hipertensi pada Ibu Hamil*. *Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 1(2), 115-124. <https://doi.org/10.15294/jppkmi.v1i2.40329>.
- Ariyani, D.E., Achadi, E.L., Irawati, A. 2012. *Validitas Lingkar Lengan Atas Mendeteksi Risiko Kekurangan Energi Kronis pada Wanita Indonesia*. *Kesmas, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* Vol. 7, No. 2, September 2012.
- Astuti et. al. 2017. *Asuhan Ibu dalam Masa Kehamilan – Buku Ajar Kebidanan-Antenatal Care(ANC)*. Jakarta : Erlangga
- Bari, A., Sultana, N., Mehreen, S., Sadaqat, N., Imran, I., Javed, R. 2020. *Patterns of maternal nutritional status based on mid upper arm circumference*. *Pak J Med Sci*. 2020;36(3):382-386.
- CDC, 2023. *Pregnancy Weight Gain*. Sumber Internet: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pregnancy-weight-gain.htm>
- Cunningham, F.G., et al. 2014. *Obstetri Williams Edisi 23*. Jakarta: EGC
- Diouf, I., Charles, M.A., Thiebaugeorges, O., Forhan, A., Kaminski, M., Heude, B. 2011. *EDEN Mother–Child Cohort Study Group. Maternal weight change before pregnancy in relation to birthweight and risks of adverse pregnancy outcomes*. *Eur J Epidemiol*. 2011 Oct;26(10):789-96.
- Fatriani, Rully. 2022. *Hubungan Kadar Hemoglobin dan Status Gizi Pada Ibu Hamil Aterm dengan Berat Badan Lahir*. *JIGZI* 1(1), Maret 2022
- _____. 2021. *Gambaran Pengetahuan Ibu Hamil tentang Anemia Defisiensi Besi dan Manfaat Suplemen Fe Selama Kehamilan di Wilayah Kerja Puskesmas Kemiling Kota Bandar Lampung Tahun 2020*. *JIGZI* 1 (1), Maret 2021

- Fauzi, R., Kyi, Y.P., Mon, M.M., Munira, L., Herman, B., Hounnaklang, N., Viwattanakulvanid. P. 2021. *Factors affecting optimal antenatal care utilization in Indonesia: implications for policies and practices*. J Public Health Policy. 2021 Dec;42(4):559-573.
- Fraser, D.M., Cooper, M.A. 2014. *Buku Ajar Bidan Myles Edisi 14 Alih Bahasa, Rahayu et al. Editor Bahasa Indonesia* Panilih Eko Karyuni et al. Jakarta : EGC
- Kemenkes RI dan HOGSI. 2013. *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu Di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan*. Jakarta : Kemenkes RI
- _____. 2019. *Pelayanan ANC di Indonesia Sudah Berkualitas*. Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat, Kementerian Kesehatan RI (12 Februari 2019).
- _____. 2019. Laporan Nasional Riskesdas 2018. Jakarta: Lembaga Penerbit Litbangkes.
- _____. 2020. *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI
- Mardiyanti, I., Nursalam, N., Devy, S. R., & Ernawaty, E. 2019. *The independence of pregnant women in early detection of high risk of pregnancy in terms of parity, knowledge and information exposure*. Journal of Public Health in Africa, 10(s1). <https://doi.org/10.4081/jphia.2019.1180>.
- Michelle A. Kominiarek, MD MS1 and Alan M. Peaceman. 2017. *Gestational Weight Gain*. *Am J Obstet Gynecol*. 2017 December ; 217(6): 642–651. doi:10.1016/j.ajog.2017.05.040.
- McCauley, H., Lowe, K., Furtado, N. 2021. What are the essential components of Antenatal Care? A systematic review of the literature and development of signal functions to guide monitoring and evaluation. Authorea. August 09, 2021

- Nababan, H.Y., Hasan, M., Marthias, T., Dhital, R., Rahman, A., Anwar, I. 2018. Trends and inequities in use of maternal health care services in Indonesia, 1986–2012. *Int J Womens Health*. 2018;10:11-24 <https://doi.org/10.2147/IJWH.S144828>.
- Nugroho, T. 2014. *Buku Ajar Askeb 1 Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Purbaningrum, S.A., Qadrijati, I. Adriana, R.N., Prasetya, H. 2019. Multilevel Analysis on the Determinants of Antenatal Care Visit at Community Health Center in Madiun, East Java. *Journal of Maternal and Child Health* 2019, 4(3), 180-189.
- Rizkianti, A., Saptarini, I., Rachmalina, R. 2021. Perceived Barriers in Accessing Health Care and the Risk of Pregnancy Complications in Indonesia. *Int J Womens Health*. 2021 Aug 14;13:761-772. doi: 10.2147/IJWH.S310850. PMID: 34429661; PMCID: PMC8375221.
- Rachmawati, A.I., Puspitasari, R.D., Cania, E. 2017. Faktor-faktor yang Memengaruhi Kelengkapan Kunjungan Antenatal Care (ANC) Ibu Hamil. *Jurnal Majority*, Volume 7 Nomor 1 November 2017. ISSN: 2337-3776.
- Sanghavi, M., Rutherford, J.D. 2014. Cardiovascular Physiology of Pregnancy. *Circulation*. Vol. 130, No. 12. URL: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/circulationaha.114.009029>.
- Sari, D. 2018. Perhitungan Usia Kehamilan Berdasarkan Pengukuran Tinggi Fundus Uteri dengan Hari Pertama Haid Terakhir di BPS Farida Yuliani Desa Gayaman Kecamatan Mojoanyar Kabupaten Mojokerto. *Biomedika*, 11(2), 113-117. <https://doi.org/https://doi.org/10.31001/biomedika.v11i2.402>

- Softa SM , et al. 2022.The Association of Maternal Height With Mode of Delivery and Fetal Birth Weight at King Abdulaziz University Hospital, Jeddah, Saudi Arabia. Pubmed doi: 10.7759/cureus.27493
- Tadele, F., Getachew, N., Fentie, K. et al. 2022. Late initiation of antenatal care and associated factors among pregnant women in Jimma Zone Public Hospitals, Southwest Ethiopia, 2020. BMC Health Serv Res 22, 632 (2022)
- WHO. 2012. Guideline: Daily iron and folic acid supplementation in pregnant women. Geneva: World Health Organization
- _____. 2016. WHO Recommendation on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience. Luxembourg : World Health Organization (WHO).

BAB 5

GANGGUAN KEHAMILAN DAN PENATALAKSANAANNYA

Oleh Nur Ekawati

5.1 Pendahuluan

Jumlah angka kematian ibu dan bayi di Indonesia yang masih cukup tinggi. Hal ini adalah merupakan masalah terbesar bagi seorang bidan dalam melaksanakan pelayanan kebidanan. Kematian ibu dan bayi ini dapat dicegah melalui deteksi dini terjadinya kasus serta rujukan yang cepat dan tepat untuk setiap kasus kegawatdaruratan pada maternal dan neonatal (Kemenkes, 2014).

Kehamilan merupakan masa dimulai saat konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal 280 hari atau 40 minggu, 9 bulan 7 hari di hitung dari trimester pertama yang dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, trimester ke-2 dari bulan ke- 4 sampai 6 bulan, trimester ke-3 dari bulan ke-7 sampai ke-9. Masa hamil adalah fisiologis tetapi juga merupakan masa yang cukup berat bagi seorang ibu, oleh karena itu ibu hamil membutuhkan dukungan dari berbagai pihak, suami dan keluarga agar dapat menjalani proses kehamilan sampai melahirkan dengan aman dan nyaman. Kehamilan adalah mengandung embrio selama 39 minggu atau lebih dan dibagi menjadi 3 trimester trimester I,II,dan III(Kaltsum, 2022).

Pemeriksaan kehamilan adalah untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik pada ibu hamil. Dengan demikian, ibu mampu menghadapi persalinan, nifas, pemberian ASI eksklusif, dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar atau normal seperti

sebelum hamil. Tujuan asuhan kehamilan adalah memantau kemajuan kehamilan dari trimester 1 sampai dengan trimester III untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin, meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, serta sosial ibu dan janin, memahami secara dini adanya gangguan atau komplikasi yang mungkin akan terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum dan pembedahan di kehamilan sebelumnya, Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin, mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif, serta mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal (Kemenkes, 2014).

Bab 5 ini disusun untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan bidan yang berperan sebagai pengelola dalam memberikan pelayanan dan utamanya menurunkan angka kematian ibu dan bayi yang terjadi. Dalam bab 5 ini mahasiswa akan mempelajari gangguan kehamilan yang meliputi (a) pengertian gangguan kehamilan (b) ketidaknyamanan selama kehamilan dan antisipasinya sesuai kebutuhan (c) gangguan kehamilan muda dan penatalaksanaanya (d) gangguan kehamilan lanjut dan penatalaksananya. Setelah menyelesaikan bab ini, mahasiswa diharapkan mampu untuk melakukan asuhan kebidanan kehamilan. Capaian yang harus dicapai mahasiswa diantaranya:

1. Mahasiswa memahami pengertian gangguan kehamilan
2. Mahasiswa memahami ketidaknyamanan selama kehamilan dan antisipasinya sesuai kebutuhan
3. Mahasiswa memahami gangguan kehamilan muda dan penatalaksanaanya
4. Mahasiswa mampu memahami gangguan kehamilan lanjut dan penatalaksananya

5.2 Pengertian Gangguan Kehamilan

Gangguan kehamilan adalah masalah kesehatan yang akan terjadi selama kehamilan. Masalah kesehatan ini biasa melibatkan kesehatan ibu, bayi, atau keduanya. Beberapa kasus yang terjadi gangguan ini akan berkembang menjadi komplikasi yang biasa berakibat fatal jika tidak ditangani dengan tepat. Gangguan kehamilan ini terjadi pada kehamilan muda dan kehamilan lanjut (Lockhart,2014).

5.3 Ketidaknyamanan selama kehamilan dan antisipasinya sesuai kebutuhan

1. Mual dan Muntah

Pada awal kehamilan atau Trimester I umumnya terjadi mual dan muntah, disebut dengan emesis gravidarum. Penyebab pasti belum dapat dijelaskan dengan terperinci namun terdapat anggapan bahwa hal ini terjadi akibat perubahan hormonal, adaptasi psikologis, serta faktor neurologis. Jika mual dan muntah yang berlebihan disebut hyperemesis gravidarum yang dapat mengakibatkan terjadinya dehidrasi serta asidosis metabolic. Setiap ibu hamil yang mengalami gejala mual dan muntah harus ditangani dengan tepat.

2. Hipersalivasi (Peningkatan Salivasi)

Peningkatan salivasi merupakan suatu kondisi yang tidak biasa yang disebabkan oleh peningkatan keasaman pada mulut dan atau peningkatan enzyme ptyalin, serta peningkatan stimulasi kelenjar air ludah, sehingga meningkatkan sekresi air ludah yang berlebih. Penyebab hipersalivasi diduga terjadi karena adanya perubahan hormonal. Ibu hamil yang mengalami hipersalivasi, biasanya juga disertai gejala mual-muntah. Kondisi ini merupakan suatu hal yang saling berhubungan satu sama lain, tidak hanya peningkatan salivasi yang intensif

menyebabkan mual muntah, tetapi juga keinginan ibu dalam menghindari mual-muntah dapat menyebabkan ibu hamil menelan sedikit air ludah, sehingga meningkatkan volume/produksi saliva dalam mulut.. Pada ibu hamil yang mengalami mual-muntah, setiap kali menelan air liur maka akan membilas kerongkongannya dan membantu menetralsir asam lambung. Oleh karena itu hal ini dapat dianggap suatu hal yang fisiologis.

3. Sakit Kepala

Sakit kepala adalah suatu keluhan yang sering dialami oleh ibu hamil. Hal ini dapat disebabkan oleh perubahan hormonal, sinusitis, tegangan pada mata, kelelahan, serta perubahan emosional. Bidan akan memberikan pendidikan kesehatan tentang cara mengatasinya. Sakit kepala pada ibu hamil juga dapat berkaitan dengan adanya anemia fisiologis selama kehamilan. Keluhan sakit kepala dapat muncul pada trimester I, II dan trimester III.

Mengatasi keluhan ini, jika ibu sedang beraktivitas maka dapat beristirahat. Hindari berdiri terlalu lama pada lingkungan yang panas dan sesak. Apabila pusing terjadi saat berbaring, maka bangun secara perlahan dari posisi tersebut, serta hindari berbaring dalam posisi terlentang. Sebisanya mungkin hindari obat-obatan kimia, kecuali atas resep dokter serta hanya obat yang dapat membantu. Perbaiki asupan gizi seimbang. Sakit kepala ini dapat terjadi kapan saja selama kehamilan, tetapi apabila terjadi sakit kepala akut serta terjadi pada trimester ketiga disertai dengan bengkak pada ekstremitas dan muka, maka ibu harus segera periksa ke petugas kesehatan, untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut pemeriksaan tekanan darah dan protein urine.

4. Striae Gravidarum

Striae gravidarum juga merupakan stretch mark. Striae gravidarum adalah suatu guratan yang muncul di permukaan kulit akibat peregangan yang berlebihan pada jaringan kulit. Striae gravidarum dapat muncul di abdomen, payudara, paha ataupun lengan bagian atas, serta nampak jelas mulai bulan ke 6-7 kehamilan. Guratan halus ataupun kasar ini dapat muncul pada sebagian wanita hamil, berkenaan dengan tingkat elastisitas kulit dan penambahan berat badan atau deposit lemak.

Wanita hamil dapat menggunakan emolien topikal atau antipruritic yang bebas alergi, serta dapat juga menggunakan minyak zaitun pada bagian yang mengalami stretch mark atau yang berpotensi mengalami stretch mark. Ibu hamil dapat menggunakan baju yang longgar namun menopang payudara dan abdomen. Pada kebanyakan kasus, stretch mark ditimbulkan atau diperparah oleh tindakan ibu hamil yang menggaruk daerah tersebut. Rasa gatal pada abdomen maupun payudara, paha ataupun lengan bagian atas merupakan reaksi yang normal oleh karena proses peregangan kulit, juga disebabkan oleh adanya reaksi alergi terhadap antigen placenta. Perawatan yang baik harus dilakukan sejak awal kehamilan dan hindari menggaruk daerah tersebut (Ekawati, N., 2022).

5.4 Gangguan Kehamilan Muda dan Penatalaksanaannya

1. Hyperemesis Gravidarum

Hyperemesis gravidarum adalah ibu hamil yang merasakan rasa mual dan muntah yang berlebihan, kehilangan berat badan dan gangguan keseimbangan elektrolit, ibu terlihat lebih kurus, turgor kulit berkurang dan mata terlihat cekung. Jika tidak ditangani segera maka akan timbul

masalah seperti peningkatan asam lambung yang selanjutnya dapat menjadi gastritis. Peningkatan asam lambung ini akan semakin memperparah hyperemesis gravidarum.

Klasifikasi hyperemesis gravidarum yaitu:

- a. Hyperemesis gravidarum tingkat I yaitu ditandai dengan muntah yang terus menerus disertai dengan penurunan nafsu makan dan minum.
- b. Hyperemesis gravidarum tingkat II yaitu pasien memuntahkan semua yang dimakan dan diminum, berat badan cepat menurun, dan ada rasa haus yang hebat.
- c. Hyperemesis gravidarum tingkat III ini sangat jarang terjadi. Keadaan ini sangat merupakan kelanjutan dari hyperemesis tingkat II yang ditandai dengan muntah yang berkurang atau bahkan berhenti, tetapi kesadaran menurun (delirium sampai koma) hingga mengalami ikterus, sianosis, nistagmus, gangguan jantung serta dalam urin ditemukan bilirubin dan protein.

Penatalaksanaan Hyperemesis Gravidarum yaitu:

- a. Mengatasi dehidrasi
- b. Mengurangi gejala dengan modifikasi diet, serta terapi farmakologi
- c. Mencegah komplikasi serius dari muntah yang persisten, termasuk di antaranya gangguan elektrolit, defisiensi vitamin, dan kehilangan berat badan yang ekstrem
- d. Meminimalisir efek fetal baik karena kondisi mual dan muntah ibu maupun karena pengobatan (Setriyani, 2016).

2. Perdarahan Pervaginam

Perdarahan yang terjadi pada masa awal kehamilan kurang dari 22 minggu. Pada awal kehamilan, ibu mungkin akan

mengalami perdarahan yang sedikit (spotting) di sekitar waktu pertama terlambat haidnya. Perdarahan ini adalah perdarahan implantasi (penempelan hasil konsepsi pada dinding rahim) yang dikenal dengan tanda Hartman dan ini normal terjadi. Pada waktu yang lain dalam kehamilan, perdarahan ringan mungkin terjadi pertanda servik yang rapuh (erosi). Perdarahan dalam proses ini dapat dikatakan normal namun dapat diindikasikan terdapat tanda-tanda infeksi. Perdarahan pervaginam patologis dengan tandatanda seperti darah yang keluar berwarna merah dengan jumlah yang banyak, serta perdarahan dengan nyeri yang hebat. Perdarahan ini dapat disebabkan karena abortus, kehamilan ektopik atau mola hidatidosa.

a. Abortus

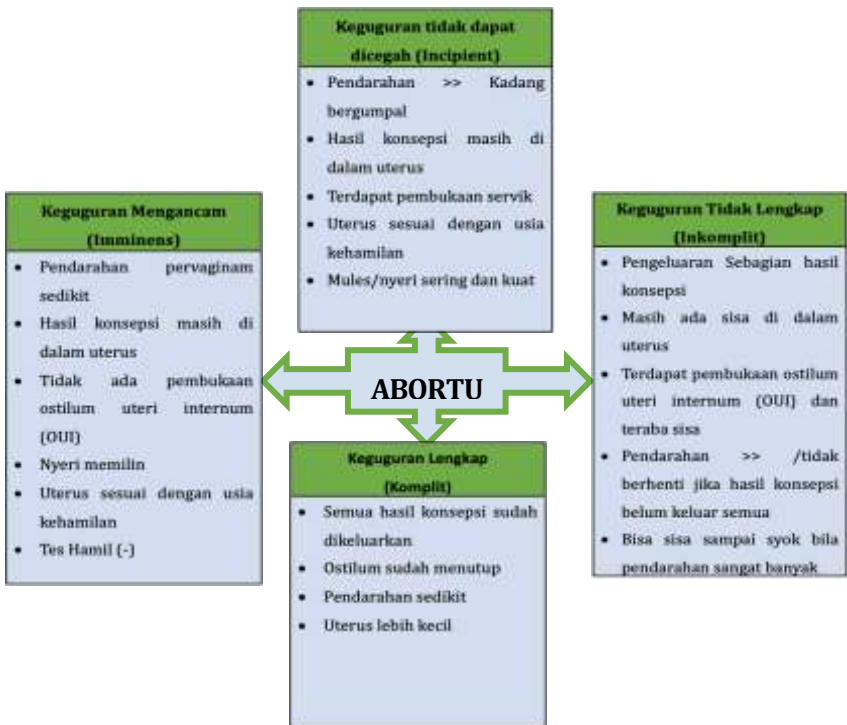
Abortus adalah penghentian atau pengeluaran hasil konsepsi pada kehamilan < 20 minggu dengan berat janin < 500 gram atau sebelum plasenta selesai.

Jenis-jenis abortus yaitu:

- 1) Abortus spontan adalah abortus yang terjadi secara alamiah tanpa interval dari luar atau buatan untuk mengakhiri kehamilan tersebut.
- 2) Abortus provokatus (*induced abortion*) adalah bentuk abortus yang disengaja, baik dengan memakai obat-obatan mau pun alat-alat.
- 3) Abortus medisinalis adalah abortus yang terjadi karena indikasi medis seperti riwayat penyakit jantung, hipertensi, dan kanker
- 4) Abortus kriminalis adalah abortus yang terjadi oleh karena tindakan- tindakan yang tidak legal atau tidak berdasarkan indikasi medis.
- 5) Abortus inkompletus (keguguran bersisa) adalah bentuk abortus dimana hanya sebagian dari hasil konsepsi yang dikeluarkan, yang tertinggal adalah

desidua atau plasenta. Perdarahan berlangsung banyak, dan dapat membahayakan ibu.

- 6) Abortus imminens Abortus yang mengancam terjadi di mana perdarahan kurang dari 20 minggu, dengan atau tanpa kram perut bagian bawah tanpa dilatasi serviks.
- 7) Abortus insipiens adalah abortus yang sedang berlangsung dimana ekspulsi hasil konsepsi belum terjadi tetapi telah ada dilatasi serviks. Kondisi ini ditandai pada wanita hamil dengan perdarahan banyak, disertai nyeri kram perut bagian bawah.
- 8) Abortus tertunda (missed abortion). Menurut WHO, missed abortion adalah kondisi dimana embrio atau janin nonviable tetapi tidak dikeluarkan secara spontan dari janin (kurun waktu sekitar 8 minggu).`



Gambar 5.1. Bagan Perbedaan Abortus
(Sumber: Setyaningrum, E., 2014)

Penatalaksanaan Abortus:

ABORTUS IMMINENS

- 1) Pada Abortus Imminens tidak perlu pengobatan khusus atau tirah baring total
- 2) Tidak boleh melakukan aktivitas fisik berlebihan atau hubungan seksual.
- 3) Jika perdarahan berhenti, lakukan asuhan antenatal seperti biasa.
- 4) Lakukan penilaian jika perdarahan terjadi lagi.

- 5) Jika Perdarahan terus berlangsung : nilai kondisi janin (uji kehamilan/USG).
- 6) Lakukan konfirmasi kemungkinan adanya penyebab lain.
- 7) Perdarahan berlanjut, khususnya jika ditemui uterus yang lebih besar dari yang diharapkan, mungkin menunjukkan kehamilan ganda atau mola
- 8) Tidak perlu terapi hormonal (estrogen atau progestin) atau tokolitik (seperti salbutamol atau indometasis) karena obat-obat ini tidak dapat mencegah abortus

ABORTUS INSIPPIENS

- 1) Abortus insipies lakukan konseling terhadap kehamilan yang tidak dapat dipertahankan
- 2) Lakukan rujukan ibu ketempat layanan sekunder
- 3) Informasi mengenai kontrasepsi pasca keguguran
- 4) Jelaskan kemungkinan risiko dan rasa tidak nyaman selama tindakan evakuasi.
- 5) Lakukan pemantauan pascatindakan setiap 30 menit selama 2 jam. Bila kondisi ibu baik, pindahkan ibu ke ruang rawat.
- 6) Lakukan pemeriksaan jaringan secara makroskopik dan kirimkan untuk pemeriksaan patologi ke laboratorium.
- 7) Lakukan evaluasi tanda vital, perdarahan pervaginam, tanda akut abdomen, dan produksi urin setiap 6 jam selama 24 jam.
- 8) Periksa kadar hemoglobin setelah 24 jam.
- 9) Bila hasil pemantauan baik dan kadar Hb >8 g/dl, ibu dapat diperbolehkan pulang.

ABORTUS INKOMPLIT

- 1) Pada abortus inkomplit lakukan konseling kemungkinan adanya sisa kehamilan
- 2) Jika perdarahan ringan atau sedang dan usia kehamilan < 16 mg, gunakan jari atau forsep cincin untuk mengeluarkan hasil konsepsi yang mencuat dari serviks.
- 3) Jika perdarahan berat dan usia kehamilan < 16 mg, dilakukan evakuasi isi uterus.
- 4) Jika evakuasi tidak dapat segera dilakukan, berikan ergometrin 0,2 mg IM (dapat diulang 15 menit kemudian bila perlu).
- 5) Jika usia kehamilan > 16 mg, berikan infus 20 IU oksitosin dalam 500 ml NaCl 0,9% atau Ringer Laktat dengan kecepatan 40 tetes per menit untuk membantubpengeluaran hasil konsepsi.
- 6) Jika perlu berikan misoprostol 200 mcg pervaginam setiap 4 jam sampai terjadi ekspulsi hasil konsepsi (maksimal 800 mcg)
- 7) Lakukan evaluasi tanda vital, perdarahan pervaginam, tanda akut abdomen, dan produksi urin setiap 6 jam selama 24 jam. Periksa kadar hemoglobin setelah 24 jam.
- 8) Apabila hasil pemantauan baik dan kadar Hb >8 g/dl, ibu dapat diperbolehkan pulang serta pastikan untuk tetap memantau kondisi ibu setelah penanganan

ABORTUS KOMPLIT

- 1) Tidak diperlukan evakuasi lagi
- 2) Lakukan konseling untuk memberikan dukungan emosional dan menawarkan kontrasepsi pasca keguguran

- 3) Observasi keadaan ibu
- 4) Apabila terdapat anemia sedang, berikan tablet sulfas ferosus 600 mg/hari selama 2 minggu, jika anemia berat berikan transfusi darah.
- 5) Evaluasi keadaan ibu setelah 2 minggu (Setyaningrum, E., 2014).

b. Mola hidatidosa

Mola hidatidosa merupakan bagian dari penyakit trofoblastik gestasional, yang disebabkan oleh kelainan pada villi khorionok, proliferasi trofoblastik dan edem. Adapun diagnosa mola hidatidosa dapat ditegakkan melalui pemeriksaan USG.

Tanda gejala mola hidatidosa yaitu:

- 1) Mual dan muntah yang menetap, bahkan sering kali menjadi parah
- 2) Perdarahan uterus pada minggu ke-12 disertai bercak darah dan kadang perdarahan hebat, namun biasanya berupa rabas yang bercampur darah, serta cenderung berwarna merah.
- 3) Ukuran uterus yang membesar namun tidak ada perkembangan atau aktivitas janin.
- 4) Nyeri tekan pada ovarium
- 5) Tidak ada denyut jantung janin
- 6) Saat palpasi, tidak teraba bagian-bagian janin
- 7) Terjadi komplikasi hipertensi akibat kehamilan, preeklampsia atau eklampsia sebelum usia kehamilan 24 minggu

Penatalaksanaan kegawatdaruratan dengan mola hidatidosa yaitu:

- 1) Tatalaksana Umum
 - a) Lakukan diagnosis dini tanda mola

- b) Berikan infus NS/RL preventif terhadap perdarahan hebat
 - c) Observasi kadar HCg
 - d) Observasi kadar Hb dan T/N/S serta perdarahan pervaginam
 - e) Rujuk ke fasilitas yang lebih lengkap untuk dilakukan evakuasi jaringan mola
- 2) Tatalaksana Khusus
- a) Pasang infus oksitosin 10 unit dalam 500 ml NaCl 0.9% atau RL dengan kecepatan 40-60 tetes/menit untuk mencegah perdarahan.
 - b) Pengosongan isi uterus dengan menggunakan Aspirasi Vakum Manual (AVM)
 - c) Ibu dianjurkan menggunakan kontrasepsi hormonal bila masih ingin memiliki anak, atau tubektomi bila ingin menghentikan kesuburan
 - d) Selanjutnya ibu dipantau: Pemeriksaan HCG serum setiap 2 minggu.
 - e) Bila hasil HCG serum terus menetap atau naik dalam 2 kali pemeriksaan berturut-turut, ibu dirujuk ke rumah sakit rujukan tersier yang mempunyai fasilitas kemoterapi
- 3) Penanganan Selanjutnya
- a) Ibu dianjurkan menggunakan kontrasepsi hormonal atau tubektomi
 - b) Lakukan pemantauan setiap 8 minggu selama minimal 1 tahun pasca evakuasi dengan menggunakan tes kehamilan dengan urin karena akan adanya resiko timbulnya penyakit trofoblas yang menetap
 - c) Jika tes kehamilan dengan urin yang belum memberi hasil negatif setelah 8 minggu atau

menjadi positif kembali dalam satu tahun pertama, rujuk ke rumah sakit rujukan tersier untuk pemantauan serta penanganan lebih lanjut (Setriyani, 2016).

c. Kehamilan Ektopik

Kehamilan ektopik adalah hasil konsepsi berlangsung diluar endometrium kavum uteri. Kehamilan ektopik hampir 95% terjadi diberbagai segmen tuba fallopi, dan 5% sisanya terdapat di ovarium, rongga peritoneum serta didalam serviks. Jika terjadi ruptur disekitar lokasi implantasi kehamilan, maka akan terjadi keadaan perdarahan pasif dan nyeri abdomen akut yang disebut kehamilan ektopik terganggu. Adapun faktor-faktor predisposisi kehamilan ektopik meliputi riwayat kehamilan ektopik sebelumnya, riwayat operasi tubektomi, penggunaan IUD, infertilitas, riwayat abortus dan riwayat inseminasi buatan. Gejala awal yang ditimbulkan yaitu perdarahan pervaginam dan bercak darah, kadang disertai nyeri panggul. Diagnosa kehamilan ektopik ini dapat ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan USG.

Penatalaksanaan:

Penangan Awal

- 1) Jika fasilitas memungkinkan segera lakukan uji silang darah dan persiapan laparotomi
- 2) Jika fasilitas tidak memungkinkan, segera rujuk ke fasilitas lebih lengkap dengan memperhatikan hal-hal yang diuraikan pada bagian penilaian awal

Penangan lanjut

- 1) Berikan konseling dan nasehat mengenai prognosis kesuburannya.

Mengingat meningkatnya resiko akan kehamilan ektopik selanjutnya, konseling metode kontrasepsi.

- 2) Apabila anemia berikan tablet besi sulfas ferosus 600 mg/hari peroral selama 2 minggu
- 3) Jadwalkan kunjungan ulang setelah 4 minggu

3. Anemia

Hemoglobin ibu hamil 11 % merupakan standard menurut WHO, jika kurang dari standar maka dikatakan mengalami anemia. Klasifikasi anemia pada ibu hamil yaitu Anemia ringan yaitu kadar Hb dalam darah yaitu 8 gr% hingga kurang dari 11 gr%. Anemia berat yaitu kadar Hb dalam darah kurang dari 8 gr%. Adapun komplikasi anemia pada ibu hamil dapat menyebabkan terjadinya missed abortion, kelainan kongenital, keguguran serta dampak pada janin akan terjadi berat lahir rendah.

Macam-macam anemia dalam kehamilan yaitu:

- a. Anemia defisiensi zat besi. Anemia yang ditandai dengan keluhan lemas, pucat serta mudah pingsan yang disebabkan karena kekurangan zat besi dalam darah dan kadar Hb < 11 gr%. Cara mengatasi dengan mengkonsumsi makanan yang kaya zat besi seperti sayur-sayuran dan daging.
- b. Anemia megaloblastik adalah anemia yang terjadi karena kelainan proses pembentukan DNA sel darah merah yang disebabkan oleh kekurangan (defisiensi) vitamin B12 dan asam folat.
- c. Anemia hipoplastik adalah anemia yang terjadi karena kelainan sumsum tulang yang kurang mampu membuat sel-sel darah baru . Anemia yang terjadi karena kerusakan sel darah merah yang berlangsung lebih cepat dari pembuatannya.

Penatalaksanaan:

Terapi yang diberikan adalah terapi oral dengan memberikan preparat besi yaitu fero sulfat, fero glukonat, dan fero fumarat. Pemberian preparat 60 mg/ hari dapat menaikkan kadar Hb sebanyak 1gr/dL/bulan. Pemberian terapi zat besi oral tidak boleh dihentikan setelah hemoglobin mencapai nilai normal, tetapi harus dilanjutkan selama 2-3 bulan lagi untuk memperbaiki cadangan besi. Sebelum pemberian tablet Fe, dikalkulasikan terlebih dahulu jumlah zat besi yang dibutuhkan. Misalnya Hb sebelumnya 6 gr% maka kekurangannya adalah $12-6= 6$ gr% sehingga kebutuhan zat besi adalah 6×200 mg. Kebutuhan besi untuk mengisi cadangan adalah 500 fig, maka dosis Fe secara keseluruhan adalah $1200+500= 1700$ mg. Hasil yang diharapkan Hb meningkat 0,3 gr - 1 gr per minggu. Efek samping pemberian Fe yaitu konstipasi, berak hitam, mual dan muntah (Ekawati, 2022).

4. Hipertensi Gravidarum

Hipertensi adalah merupakan peningkatan tekanan sistolik dan distolik sampai atau melebihi 140/ 90 mmHg. Ibu hamil yang mengalami kenaikan tekanan sistolik sebanyak 30 mmHg atau diastolik sebanyak 15 mmHg perlu dipantau lebih lanjut. Hipertensi ini disebabkan oleh peningkatan tekanan darah yang dipengaruhi oleh faktor perubahan curah jantung, sistem saraf simpatis, autoregulasi, serta pengaturan hormon.

Hipertensi dalam kehamilan dibagi menjadi 5 yaitu: hipertensi kronis, preeklamsi, superimposed, hipertensi gestasional dan eklamsia. Hipertensi gestasional yaitu pada wanita yang tekanan darahnya mencapai 140/ 90 mmHg atau lebih untuk pertama kali selama kehamilan, tetapi belum mengalami proteinuria. Hipertensi gestasional yaitu

hipertensi transien apabila tidak terjadi preeklampsia dan tekanan darah kembali normal dalam 12 minggu postpartum. Hipertensi gestasional dapat memperlihatkan tanda-tanda lain yang berkaitan dengan preeklampsia, 58 seperti nyeri kepala, nyeri epigastrium, dan trombositopenia.

Penatalaksanaan:

Penatalaksanaan hipertensi pada kehamilan dan laktasi terdiri dari dua jenis yaitu Penatalaksanaan Non Farmakologis dan Penatalaksanaan Farmakologis. Penatalaksanaan Non Farmakologis terdiri dari *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH), melakukan olahraga atau aktifitas fisik, mengurangi asupan natrium, hindari konsumsi alkohol, berhenti merokok, faktor psikologi dan stress, dan kalsium. Sedangkan Penatalaksanaan Farmakologis terdiri dari pemberian antihipertensi lebih dari 140/80 mmHg, apabila tekanan darah terlalu rendah maka turunkan perfusi uteroplasenta, target penurunan tekanan darah pada kehamilan adalah 140/90 mmHg dan tidak ada keuntungan yang didapatkan dengan menurunkan tekanan darah lebih rendah lagi, tekanan darah lebih dari 170/110 mmHg akan dianggap suatu kedaruratan medis dan dianjurkan untuk mendapatkan perawatan di rumah sakit dimana tekanan darah harus diturunkan secepat mungkin, untuk mengatasi hipertensi pada ibu hamil maka akan dilakukan pengobatan yang dimana obat yang dianjurkan sebagai antihipertensi pada kehamilan dan laktasi yaitu seperti *Metildopa*, *Clonidine*, *CCB*, *Betablocker*, *Labetalol*, *Hydrochloriazid*, dan *ACE-I & ARB*.

Hipertensi pada kehamilan dan laktasi merupakan hipertensi dalam keadaan khusus karena berkaitan dengan

sirkulasi uteroplasenta pada ibu dan janin saat kehamilan dan ekskresi obat melalui ASI.

5.5 Gangguan Kehamilan Lanjut dan Penatalaksanaannya

1. Plasenta Previa

Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi diatas atau mendekati ostium serviks interna berbeda pada kehamilan normal. Faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya plasenta previa yaitu kehamilan ibu sudah usia lanjut (> 22 minggu), multiparitas, serta mempunyai riwayat seksio caesaria sebelumnya. Gejala yang terjadi pada kasus plasenta yaitu perdarahan tidak disertai rasa nyeri dan kapan saja, uterus tidak berkontraksi dan bagian terendah janin tidak masuk pintu atas panggul.

Jenis-jenis plasenta previa yaitu:

- a. Plsenta previa totalis adalah posisi plasenta menutupi ostium internal secara keseluruhan,
- b. Plasenta previa parsialis adalah posisi plasenta yang menutupi ostium interna sebagian saja,
- c. Plasenta previa marginalis adalah posisi plasenta yang berada di tepi ostium interna,
- d. Plasenta previa letak rendah adalah posisi plasenta yang berimplantasi di segmen bawah uterus.

Perhatikan beberapa kondisi pada plasenta previa sebagai berikut:

- a. Tidak dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan dalam pada perdarahan antepartum sebelum tersedia persiapan untuk seksio sesaria, pemeriksaan boleh dilakukan di ruang operasi.
- b. Pemeriksaan inspekulo secara hati-hati dapat menentukan sumber perdarahan berasal dari kanalis

servisis atau sumber lain (servisititis, polip, keganasan, laserasi atau trauma).

Penatalaksanaan yaitu:

- a. Perbaiki kekurangan cairan dengan memberikan infus cairan IV(NaCl 0.9% atau Ringer Laktat)
- b. Lakukan rujukan di tempat rujukan tersier

Terapi Ekspektatif

Tujuan terapi ekspektati adalah agar janin tidak terlahir prematur dan upaya diagnosis dilakukan secara non invasive.

Syarat terapi ekspektatif yaitu :

- 1) Kehamilan preterm dengan perdarahan sedikit yang kemudian berhenti
 - 2) Belum ada tanda-tanda inpartu
 - 3) Keadaan umum ibu baik (kadar haemoglobin dalam batas normal)
 - 4) Janin masih hidup
- c. Rawat inap, tirah baring dan berikan pemberian antibiotika profilaktif
 - d. Pemeriksaan USG adalah untuk menentukan implantasi plasenta, usia kehamilan, letak dan presentasi janin Perbaiki anemia dengan pemberian Sulfas ferosus atau Ferrous Fumarat per oral 60 mg selama 1 bulan
 - e. Pastikan tersedianya sarana untuk melakukan transfusi
 - f. Apabila perdarahan berhenti dan waktu untuk mencapai 37 minggu masih lama, pasien dapat dirawat jalan (kecuali rumah pasien di luar kota atau diperlukan waktu > 2 jam untuk mencapai rumah sakit) dengan pesan segera kembali ke rumah sakit jika terjadi perdarahan.

- g. Apabila perdarahan berulang pertimbangkan manfaat dan resiko ibu dan janin untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut dibandingkan dengan terminasi kehamilan.
- h. Pada perdarahan aktif dan banyak, segera dilakukan terapi aktif tanpa memandang maturitas janin.

2. Solusio Plasenta

Plasenta akan lepas setelah bayi lahir pada persalinan normal tetapi karena keadaan abnormal plasenta dapat lepas sebelum waktunya atau disebut solusio plasenta. Penyebab solusio plasenta yaitu hipertensi, adanya trauma abdominal, kehamilan gemelli, kehamilan dengan 60 hidramnion, dan defisiensi zat besi. Tanda dan gejala yang ditimbulkan yaitu perdarahan disertai nyeri yang menetap, hilangnya denyut jantung janin (gawat janin), uterus terus menegang dan kanin naik, perdarahan yang keluar tidak sesuai dengan beratnya syok.

Jika terjadi perdarahan hebat (nyata atau tersembunyi) lakukan persalinan dengan segera jika :

- a. Pembukaan serviks lengkap, persalinan dengan ekstraksi vacuum
- b. Pembukaan belum lengkap, persalinan dengan sektio seksaria. Pada setiap kasus solution plasenta, waspadai terhadap kemungkinan terjadinya perdarahan pascapersalinan.

Jika perdarahan ringan atau sedang (dimana ibu tidak berada dalam bahaya) tindakan bergantung pada denyut jantung janin (DJJ) :

Jika DJJ normal atau tidak terdengar , pecahkan ketuban dengan kokher :

- a. Apabila kontraksi jelek, perbaiki dengan pemberian oksitosin

- b. Apabila serviks kenyal, tebal dan tertutup, persalinan dengan seksio seksaria

Jika DJJ abnormal (kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali/menit) maka :

- a. Lakukan persalinan dengan segera
- b. Jika persalinan pervaginam tidak memungkinkan, persalinan diakhiri dengan seksio seksaria.

3. Kehamilan Ganda

Kehamilan ganda adalah terdapat dua atau lebih janin yang dikandung oleh ibu. Kehamilan ganda yang dialami ibu hamil ini dapat menimbulkan masalah baik untuk janin ataupun ibunya serta proses persalinan. Melihat resiko demikian, maka persalinan sebaiknya dilakukan di tempat rujukan.

Tanda dan gejala kehamilan ganda yaitu:

- a. Ukuran uterus, tinggi fundus uterus (TFU) dan lingkaran abdomen melebihi ukuran yang seharusnya untuk usia kehamilan akibat pertumbuhan uterus yang pesat pada trimester dua.
- b. Mual dan muntah berat (akibat peningkatan kadar HCg)
- c. Adanya riwayat kehamilan ganda dalam keluarga
- d. Riwayat penggunaan obat penyubur sel telur
- e. Pada palpasi abdomen didapatkan tiga atau lebih bagian besar atau banyak bagian kecil yang semakin mudah diraba terutama trimester ketiga
- f. Pada auskultasi ditemukan lebih dari satu bunyi denyut jantung janin yang jelas berbeda (berbeda >10 denyut jantung per menit dan terpisah dari jantung ibu).

Penatalaksanaan yang diberikan bidan untuk ibu dengan kehamilan ganda yaitu :

- a. Bekerjasama dengan seorang dokter konsultan untuk segera dihubungi Konseling pada pasangan untuk :
 - 1) Pengamatan terhadap perubahan dan rencana persalinan
 - 2) Pemeriksaan kehamilan lebih sering
 - 3) Mengikuti surveilans untuk mendeteksi komplikasi minim USG sebulan sekali
 - 4) Perubahan dan tanggung jawab pekerjaan dirumah
 - 5) Pola istirahat yang teratur
- b. Pemantauan penambahan berat badan untuk mengetahui asupan nutrisi
- c. Setelah kehamilan 24 sampai dengan usia 36 minggu, disarankan kunjungan minimal 2 minggu sekali dan selanjutnya 1 minggu sekali atau lebih sering
- d. Penapisan glukosa dilakukan mulai usia kandungan 24-26 minggu
- e. Pengamatan ketat akan adanya tanda-tanda persalinan preterm (Lockhart, A. d. S., 2014),

4. Ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW)

Ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW) atau ketuban pecah dini (KPD) atau ketuban pecah prematur (KPP) adalah keluarnya cairan dari jalan lahir atau vagina sebelum proses persalinan dan disebut juga *Premature Rupture of Membrane* = Prelabour Rupture Of Membrane = PROM

Tanda dan Gejala Ketuban Pecah Sebelum waktunya yaitu:

- a. Adanya cairan yang berisi mekonium (kotoran janin), verniks kaseosa (lemak putih) rambut lanugo atau (bulu-bulu halus) bila telah terinfeksi bau.

- b. Pemeriksaan inspekulo, lihat dan perhatikan apakah memang air ketuban keluar dari kanalis servikalis pada bagian yang sudah pecah, atau terdapat cairan ketuban pada forniks posterior
- c. USG : volume cairan amnion berkurang/oligohidramnion
- d. Terdapat infeksi genital (sistemik)
- e. Gejala chorioamnionitis

Asuhan kebidanan pada ibu dengan kelaianan KPSW yaitu:

- a. Konseling pada ibu dan/suami dan keluarga
- b. Melakukan rujukan pasien ke rumah sakit

Penatalaksanaan selanjutnya tergantung dari usia kehamilan Konservatif

- a. Rawat di Rumah Sakit
- b. Berikan antibiotik (ampicillin 4 x 500 mg selama 7 hari)
- c. Jika umur kehamilan < 32-34 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar, atau sampai air ketuban tidak lagi keluar.
- d. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, belum inpartu, tidak infeksi, tes busa negatif: beri dexamethason, observasi tanda-tanda infeksi, dan kesejahteraan janin. Terminasi pada kehamilan 37 minggu.
- e. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah inpartu, tidak ada infeksi, berikan tokolitik (salbutamol), dexamethason, dan induksi sesudah 24 jam.
- f. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi, beri antibiotik dan lakukan induksi.
- g. Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leokosit, tanda-tanda infeksi intrauterin).

- h. Pada usia kehamilan 32-34 minggu berikan steroid, untuk memacu kematangan paru janin, dan kalau memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu.
- i. Dosis betametason 12 mg dosis tunggal selama 2 hari, dexamethason IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.

Aktif

- a. Kehamilan > 37 minggu, induksi dengan oksitosin, bila gagal seksio sesarea. Dapat pula diberikan misoprostrol 50 mg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali.
- b. Bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotik dosis tinggi, dan persalinan diakhiri:
- c. Bila skor pelvik < 5, lakukan pematangan serviks, kemudian induksi. Jika tidak berhasil, akhiri persalinan dengan seksio sesarea. Bila skor pelvik > 5, induksi persalinan, partus pervaginam.

5. Polihidramnion

Polihidramnion (hidramnion) adalah kondisi ketika jumlah cairan amnion berlebihan atau melebihi 2000 ml.

Secara teori, hidramnion bisa terjadi disebabkan karena :

- a. Produksi air ketuban bertambah
- b. Diduga air ketuban dibentuk oleh sel-sel amnion, tetapi air ketuban dapat bertambah cairan lain masuk kedalam ruangan amnion, misalnya air kencing janin dan cairan otak anensefalus.
- c. Pengaliran air ketuban terganggu
- d. Air ketuban yang dibentuk, secara rutin dikeluarkan dan diganti dengan yang baru.

- e. Salah satu cara pengeluaran adalah ditelan oleh janin, diabsorpsi oleh usus kemudian dialirkan ke plasenta untuk akhirnya masuk kedalam peredaran darah ibu.
- f. Ekskresi airketuban ini akan terganggu bila janin tidak bisa menelan seperti pada atresia esophagus dan anensefalus.

Dampak yang akan terjadi pada Polihidramnion yaitu

- a. Persalinan preterm (akibat distensi uterus berlebihan)
- b. Dispnea pada ibu dan sesak nafas
- c. Malpresentasi janin
- d. Abrupsio plasenta
- e. Prolaps tali pusat
- f. Disfungsi uterus selama persalinan (akibat distensi uterus yang berlebihan)
- g. Perdarahan pascapartum segera yang disebabkan atoni uterus akibat distensi Berlebihan.

Penatalaksanaannya yaitu :

- a. Hidramnion yang ringan tidak perlu dapat pengobatan khusus, konseling dengan diet pantang garam.
- b. Lakukan konsul ke spesialis, bila terdapat anomaly konginetal maka perlu dilakukan dukungan emosi
- c. Bila telah memberikan gangguan mekanik, penderita harus dirujuk

6. Oligohidramnion

Oligohidramnion adalah suatu keadaan ketika cairan amnion sangat sedikit. Kondisi ini biasanya terjadinya karena akibat insufisiensi uteroplasenta.

Gejala dan tanda oligohidramnion adalah sebagai berikut:

- a. Molding” uterus mengelilingi janin
- b. Janin dapat diraba dengan mudah
- c. Tidak ada efek pantul (ballotement) pada janin
- d. Penambahan tinggi fundus uteri berlangsung lambat

Penatalaksanaan dilakukan secara konservatif yaitu:

- a. Tirah baring
- b. Pemberian cairan cukup
- c. Asupan nutrisi yang seimbang
- d. Pemantauan kesejahteraan janin (menghitung gerakan janin, NST, Detak Jantung Janin)
- e. Pengukuran volume cairan amnion dengan ultrasonografi secara teratur, amniotomi (Lockhart, A. d. S., 2014).

DAFTAR PUSTAKA

- Ekawati, N., 2022. *Modul Pembelajaran Asuhan Kebidanan Kehamilan*, Solok: PT Insan Cendekia Mandiri.
- Kalstsum, U., 2022. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Bandung: Media Sains Indonesia.
- Kemenkes, 2014. *Buku ajar Kesehatan Ibu dan Anak*, Jakarta: Gavi.
- Lockhart, A. d. S., 2014. *Asuhan Kebidanan Kehamilan Fisiologis dan Patologis*, Tangerang Selatan: Binarupa Aksara Publisher.
- Setyaningrum.E, 2014. *Asuhan Kegawatdaruratan Maternitas*, s.l.: In Media.
- Tyastuti, S., 2016. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*, Jakarta Selatan: Pusdik SDM Kesehatan.

BAB 6

PERSIAPAN PERSALINAN DAN TANDA-TANDA PERSALINAN

Oleh Kadek Yuke Widyantari

6.1 Pendahuluan

Melahirkan adalah suatu peristiwa penting dalam kehidupan seorang wanita. Melahirkan merupakan proses multidimensi dengan melibatkan dimensi fisik, psikologis, emosional, sosial, dan budaya. Pada saat yang sama, hal tersebut dapat disertai dengan ketakutan dan kekhawatiran. Pendidikan persiapan persalinan berperan penting dalam kesiapan fisik dan psikososial ibu.

Ketakutan wanita terhadap proses persalinan berkaitan dengan tingkat kecemasan, peningkatan intervensi medis dan pengalaman melahirkan yang traumatis dikemudian hari. Maka dari itu, edukasi tentang persiapan persalinan dan tanda-tanda persalinan yang disampaikan pada masa antenatal merupakan faktor penting untuk memberdayakan dan mempersiapkan wanita untuk perjalanan melahirkan mereka.

6.2 Persiapan Persalinan

6.3.1 Rencanakan penolong persalinan

Persiapan penolong dan atau fasyankes (fasilitas pelayanan kesehatan) untuk persalinan merupakan hal penting untuk ibu hamil mempersiapkan jauh sebelum hari kelahiran. Ibu hamil dapat mencari informasi mengenai penolong persalinan yang tepat sejak awal masa kehamilan dan saat pemeriksaan antenatal.

Persalinan yang aman adalah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan yaitu bidan atau dokter di fasilitas pelayanan kesehatan. Hal ini sesuai dengan peraturan yang tertuang dalam Permenkes No. 97 Tahun 2014 Pasal 14 ayat (1) yang berbunyi “Persalinan harus dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan (Fasyankes)”.

Persalinan pada fasyankes yang diberikan kepada ibu bersalin dalam bentuk 5 (lima) aspek dasar meliputi:

- 1) Membuat keputusan klinik;
- 2) Asuhan sayang ibu dan sayang bayi;
- 3) Pencegahan infeksi;
- 4) Pencatatan (rekam medis) asuhan persalinan; dan
- 5) Rujukan pada kasus komplikasi ibu dan bayi baru lahir;

Persalinan dengan lima bentuk aspek diatas dilakukan sesuai dengan standar Asuhan Persalinan Normal (APN) (Kemenkes RI, 2015).

Sebagai penolong persalinan, sangat penting bagi bidan untuk terus memperbarui pengetahuan profesionalnya dan menggunakan keterampilan baru yang diperoleh dalam praktik kebidanan, sesuai dengan prinsip EBM (*Evidence-Based Medicine*) (Guzewicz and Sierakowska, 2022).

Perjalanan proses persalinan tidak hanya bergantung pada wanita yang melahirkan, tetapi juga pada bidan yang membantu persalinan. Tugas utama bidan memang mencakup tugas medis, tetapi juga menjalin hubungan yang sesuai dengan wanita yang melahirkan dan memberikan dukungannya. Sehingga, penting bagi bidan untuk mengembangkan hubungan dengan pasien untuk membangun rasa saling percaya, karena hubungan seperti itu dapat menghasilkan pengalaman persalinan yang positif (Mirzaee and Dehghan, 2020 ; Bradfield *et al.*, 2019).

6.3.2 Rencanakan pendamping persalinan

Pendamping persalinan adalah setiap orang yang dipilih oleh seorang ibu hamil untuk memberinya dukungan terus menerus selama proses persalinan. Peran dan tanggung jawab pendamping persalinan adalah memberikan dukungan emosional, informasi mengenai kemajuan persalinan, saran mengenai teknik koping, tindakan yang memberi rasa nyaman (sentuhan yang menenangkan, pijat, meningkatkan asupan dan pengeluaran cairan yang adekuat) dan advokasi (membantu wanita berkomunikasi dengan tim penyedia layanan kesehatan) (WHO, 2016).

Penelitian dengan tegas menunjukkan bahwa wanita yang sedang dalam proses persalinan sangat membutuhkan dukungan fisik dan emosional secara berkelanjutan dari pendamping pilihan selama persalinan. Dukungan ini merupakan bagian integral dari perawatan yang berpusat pada perempuan yang sensitif dan responsif, dan hal tersebut dapat meningkatkan hasil kesehatan wanita dan bayi baru lahir (Ojelade *et al.*, 2017).

6.3.3 Diskusikan pilihan posisi persalinan

Kala II (dua) persalinan merupakan bagian yang paling menegangkan dari proses persalinan, posisi ibu yang tepat selama periode ini sangat penting untuk persalinan pervaginam yang aman. Bidan memainkan peran penting dalam mengelola posisi ibu selama kala dua persalinan (Huang *et al.*, 2019).

Menurut rekomendasi WHO (*World Health Organization*), pasien harus memiliki pilihan posisi melahirkan yang diinginkan. Oleh karena itu, ibu tidak harus melahirkan dalam posisi litotomi tetapi harus didorong untuk mengambil posisi vertikal. Posisi ini membawa banyak keuntungan, yaitu mendukung kemajuan persalinan dengan memanfaatkan gaya gravitasi, mengurangi tekanan pada vena cava inferior, dan membantu kontraksi yang lebih efektif dan pelurusan panggul yang lebih baik (Yadav *et al.*, 2021).

Berikut ini adalah beberapa posisi yang umum selama persalinan kala dua:

- 1) Posisi vertikal
 - a. Posisi duduk (*sitting position*)
Pada posisi ini ibu duduk di tempat tidur, kursi, atau alat, dengan badan dimiringkan lebih dari 45° ke arah horizontal.
 - b. Posisi jongkok (*squatting position*)
Menurunkan badan dari berdiri, dengan penyangga tertentu untuk menjaga keseimbangan.
 - c. Posisi berlutut (*Kneeling positions*)
Berlutut dengan posisi tubuh tegak atau telapak tangan di atas lantai/ bantal
- 2) Posisi horizontal
 - a. Posisi lateral (*lateral position*)
Berbaring miring dengan kaki bagian atas dekat dengan dada
 - b. Posisi terlentang (*supine position*)
Berbaring terlentang atau meninggikan badan kurang dari 45° ke arah horizontal.
 - c. Posisi litotomi (*lithotomy position*)
Berbaring terlentang dengan kaki diangkat.
(Huang *et al.*, 2019).

6.3.4 Persiapan berbagai arsip dan dokumen

Persiapan persalinan membutuhkan beragam arsip dan dokumen yang dibutuhkan dalam proses administrasi fasyankes yang dituju. Dokumen yang perlu disiapkan antara lain:

- 1) Kartu jaminan kesehatan (kartu jaminan kesehatan nasional (JKN) atau asuransi kesehatan)
- 2) Kartu tanda penduduk (KTP) suami dan istri
- 3) Fotokopi kartu keluarga

- 4) Buku pemeriksaan kesehatan selama kehamilan (buku KIA, buku kontrol di rumah sakit atau dokter kandungan).

6.3.5 Persiapan calon pendonor darah

Persiapan calon donor darah merupakan salah satu upaya penerapan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). Persiapan donor darah perlu dilakukan oleh setiap ibu hamil karena setiap saat proses persalinan berpeluang terjadinya komplikasi, salah satunya adalah perdarahan. Bila sewaktu-waktu terjadi perdarahan dan ibu memerlukan transfusi, maka sudah tersedia calon donor dengan golongan darah yang sesuai untuk mendonorkan darahnya kepada ibu sehingga tidak terjadi keterlambatan penanganan. Selama masa kehamilan ibu harus sudah siap dengan calon donor darah, baik itu dari keluarga, suami, maupun kerabat yang memenuhi syarat sebagai seorang pendonor darah (Wia *et al.*, 2022).

6.3.6 Persiapan kendaraan jika sewaktu-waktu diperlukan.

Persiapan Transportasi menjadi salah satu komponen dalam Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). Transportasi perlu disiapkan sejak masa kehamilan untuk mempercepat ibu menuju tempat bersalin serta mencegah terjadinya keterlambatan menuju tempat persalinan atau tempat rujukan bila terjadi komplikasi. Pemilihan jenis transportasi yang akan digunakan perlu dipertimbangkan berdasarkan jarak tempat bersalin dari rumah dan akses jalan yang ditempuh. Sejak masa kehamilan, ibu hamil beserta keluarga harus siap kendaraan roda dua (sepeda motor) atau roda empat (ambulance maupun mobil pribadi) untuk menuju ke tempat bersalin atau tempat rujukan (Wia *et al.*, 2022).

6.3.7 Persiapan tabungan atau dana cadangan

Mempersiapkan dana atau biaya persalinan dan biaya lainnya merupakan hal yang sangat penting, termasuk rencana bila terjadi komplikasi.

Persiapan finansial bagi ibu hamil merupakan suatu kebutuhan mutlak yang harus disiapkan secara matang, dimana bertujuan untuk mencukupi kebutuhan selama kehamilan berlangsung sampai persalinan seperti menyiapkan biaya persalinan, menyiapkan popok bayi dan perlengkapan lainnya. Untuk itu sebaiknya ibu dan keluarga harus menganggarkan biaya persalinan dan kebutuhan ibu dan bayi sebaik mungkin (Yuliana and Wahyuni, 2020).

6.3.8 Perlengkapan ibu dan bayi

Menyiapkan tas yang memuat kebutuhan ibu dan bayi perlu disiapkan jauh hari sebelum tafsiran persalinan. Menjelang persalinan atau ketika ada tanda persalinan, dapat dipastikan suasana akan menjadi sibuk, panik, dan tergesa-gesa. Ibu hamil dan suami mungkin melupakan hal penting yang seharusnya dibawa ke rumah sakit untuk persiapan melahirkan (Yuliana and Wahyuni, 2020).

Perlengkapan bayi yang disiapkan meliputi popok, pakaian bayi, sarung tangan dan kaki, kain gendong, minyak telon, topi, dan handuk. Sedangkan perlengkapan ibu yaitu pakaian ganti (baju dengan bukaan kancing depan), celana dalam, bra menyusui, kain penutup/jarik, pembalut bersalin, breast pad, dan perlengkapan mandi.

6.3.9 Konsultasi laktasi dengan petugas kesehatan

Menyusui memainkan peran penting dalam *bounding* ibu dan bayi, pertumbuhan dan perkembangan bayi, dan memiliki manfaat besar bagi ibu. Ibu pasca salin mungkin membutuhkan bantuan untuk berhasil memberikan ASI (Air Susu Ibu) kepada

bayinya. Ibu membutuhkan dukungan dan kepastian saat mereka mempelajari keterampilan ini (WHO, 2013).

Selama kehamilan dan setelah melahirkan penting untuk didiskusikan dengan ibu tentang pentingnya pemberian ASI eksklusif selama enam bulan. Sangat penting untuk melibatkan pasangan atau anggota keluarga lainnya dan menkomunikasikan kepada mereka semua tentang manfaat menyusui bagi ibu dan bayi, proses menyusui serta kapan dan berapa lama menyusui (WHO, 2013).

Pada sesi konsultasi laktasi, ibu dapat memperoleh informasi berikut ini:

- 1) Komposisi ASI
- 2) Manfaat psikologis dan fisiologis dari menyusui
- 3) Pemberian ASI eksklusif (bayi diberikan ASI saja tanpa tambahan makanan atau minuman apapun)
- 4) Teknik menyusui (posisi dan perlekatan yang tepat)
- 5) Inisiasi menyusui dini (IMD) untuk memulai *skin-to-skin contact*
- 6) Komplikasi payudara selama periode menyusui
- 7) Kebutuhan ibu menyusui (istirahat, hidrasi, dan diet seimbang)
- 8) Tips khusus menyusui bagi ibu dengan bayi prematur (Sabogal *et al.*, 2021 & WHO, 2013).

6.3.10 Konsultasi *family planning* (keluarga berencana)

Keluarga berencana (KB) adalah tentang memutuskan berapa banyak anak yang Anda pilih untuk dimiliki dan kapan Anda ingin memilikinya (waktu kehamilan dan jarak kelahiran). Interval yang disarankan sebelum mencoba kehamilan berikutnya adalah minimal 24 bulan untuk mengurangi risiko pada ibu dan bayi. Seorang wanita dapat hamil dalam beberapa minggu setelah melahirkan jika dia melakukan hubungan seksual dan jika dia tidak menyusui secara eksklusif. Penting bagi Anda sebagai tenaga

kesehatan untuk mendiskusikan pentingnya KB dan jarak kelahiran, serta membantu pasangan dalam memilih metode kontrasepsi yang tepat bagi mereka.

Peran konseling KB adalah untuk mendukung wanita dan pasangannya dalam memilih metode KB yang paling cocok untuk mereka dan mendukung mereka dalam memecahkan masalah yang mungkin timbul dengan metode yang dipilih. Selama kehamilan lanjut, setelah melahirkan dan setelah aborsi, penting bagi wanita atau pasangan untuk menerima dan mendiskusikan informasi yang benar dan tepat sehingga mereka dapat memilih metode yang paling sesuai dengan kebutuhan mereka. Jika seorang wanita, lebih disukai dengan pasangannya, mampu membuat pilihan berdasarkan informasi, dia lebih mungkin puas dengan metode yang dipilih dan terus menggunakannya (WHO, 2013).

Berikut ini adalah manfaat kesehatan dari mengatur jarak kelahiran dan menggunakan metode KB:

- 1) Menunda memiliki anak dapat memberikan kesempatan untuk menyelesaikan pendidikan atau studi lanjut
- 2) Menunggu untuk hamil setidaknya 24 bulan setelah kelahiran membawa manfaat kesehatan bagi ibu dan bayinya.
- 3) Mengatur jarak kelahiran memungkinkan ibu untuk pulih secara fisik dan emosional sebelum hamil lagi, dan menghadapi tuntutan kehamilan, kelahiran dan menyusui.
- 4) Membatasi jumlah anak dalam keluarga berarti lebih banyak sumber daya untuk setiap anak dan lebih banyak waktu bagi orang tua agar fokus pada setiap anak.
- 5) Metode KB dapat membantu pasangan dalam hubungan seksual agar tidak khawatir wanita hamil.
- 6) Resiko IMS (infeksi menuas seksua) termasuk HIV/AIDS dapat dicegah dengan penggunaan kondom yang benar dan konsisten.

- 7) Wanita yang lebih muda (remaja) dapat menunda kehamilan sampai tubuh mereka matang dan mereka siap dalam menjalani peran sebagai seorang ibu.
- 8) Wanita yang lebih tua (di atas 35 tahun) dapat mencegah kehamilan yang tidak diinginkan yang seringkali berisiko bagi kesehatannya dan dapat menyebabkan komplikasi bagi ibu beserta bayinya (WHO, 2013)

6.3 Tanda-tanda Persalinan

Terdapat 3 (tiga) tanda yang utama, yaitu:

6.3.1 Kontraksi uterus (his) yang teratur

Uterus merupakan organ berongga yang memberikan dukungan pelindung dan nutrisi pada sel telur sejak dibuahi hingga tumbuh menjadi janin yang berkembang dengan baik dan siap untuk proses kelahiran. Lapisan otot tengah uterus disebut miometrium, yang dikenal dengan kontraksi ritmisnya dalam menghasilkan gelombang endometrium pada uterus yang tidak hamil, kontraksi Braxton Hicks selama kehamilan, dan kontraksi persalinan sebenarnya menjelang akhir trimester ketiga (McEvoy and Tetrokalashvili, 2022).

Salah satu dari tanda persalinan sudah dimulai adalah ibu merasakan kontraksi atau mulas-mulas yang teratur, frekuensinya semakin sering, dan durasinya lama. His yang reguler dan signifikan secara klinis akan membuat perubahan objektif pada dilatasi dan/atau penipisan serviks. His dikatakan adekuat jika frekuensinya 3 sampai 5 kali dalam 10 menit, dengan durasi 30 sampai 40 detik (Hutchison *et al.*, 2023 ; McEvoy and Tetrokalashvili, 2022).

Ibu hamil kerap sulit membedakan antara kontraksi palsu (Braxton Hicks) dan kontraksi yang sebenarnya. Saat mengalami braxton hicks kontraksi berlangsung sebentar, tidak sering dan tidak teratur, serta semakin lama tidak ada peningkatan kekuatan kontraksi. Kontraksi Braxton Hicks adalah bagian normal dari

kehamilan yang mungkin menyebabkan rasa tidak nyaman, namun tidak menyakitkan. Kontraksi Braxton-Hicks merupakan cara tubuh mempersiapkan persalinan yang sebenarnya, tetapi tidak menandakan bahwa persalinan telah dimulai. Karena banyak ibu hamil yang belum mengetahui tentang kontraksi Braxton-Hicks, mereka sering mencari perawatan dan menjalani evaluasi yang tidak perlu untuk kontraksi ini (Raines and Cooper, 2022).

Berbeda dengan Braxton Hicks, kontraksi persalinan yang sebenarnya terasa nyeri, teratur, dan disertai dengan perubahan pelebaran dan/atau penipisan serviks dan memberikan dampak pada kemajuan persalinan. Saat kontraksi, perut akan terasa semakin keras dan ketika otot rahim rileks maka rasa sakit akan memudar dan kekerasan pada perut mereda (McEvoy and Tetrolashvili, 2022).

Saat menilai seorang wanita untuk mengetahui apakah kontraksi yang dialami merupakan kontraksi Braxton Hicks atau kontraksi persalinan sebenarnya, terdapat beberapa pertanyaan kunci yang dapat diajukan yaitu;

1) Seberapa sering terjadi kontraksi?

Kontraksi Braxton Hicks tidak teratur dan interval antara kontraksi tidak semakin dekat seiring waktu. Sedangkan, kontraksi persalinan yang sebenarnya terjadi secara berkala, dan seiring berjalannya waktu, kontraksi semakin dekat dan kuat.

2) Berapa lama terjadi kontraksi?

Kontraksi Braxton Hicks tidak dapat diprediksi, kontraksi mungkin bertahan kurang dari 30 detik atau hingga 2 menit. Kontraksi persalinan sejati berlangsung antara 30 hingga kurang dari 90 detik dan menjadi lebih lama dari waktu ke waktu.

3) Seberapa kuat kontraksinya?

Kontraksi Braxton Hicks biasanya lemah dan tetap sama atau menjadi lebih lemah dan selanjutnya menghilang.

Kontraksi persalinan yang sebenarnya semakin kuat dari waktu ke waktu.

4) Di mana kontraksi dirasakan?

Kontraksi Braxton Hicks sering kali hanya dirasakan di bagian depan perut atau pada satu area tertentu saja. Kontraksi persalinan sebenarnya akan dimulai dari punggung tengah dan melingkari perut ke arah garis tengah.

5) Apakah kontraksi berubah dengan perubahan aktifitas atau gerakan tertentu?

Kontraksi Braxton Hicks dapat berhenti dengan perubahan tingkat aktivitas atau ketika ibu hamil mengubah posisi. Jika ibu dapat tidur selama kontraksi terjadi, itu adalah kontraksi Braxton Hicks. Kontraksi persalinan yang sebenarnya berlanjut dan bahkan mungkin menjadi lebih kuat dengan gerakan atau perubahan posisi, sehingga ibu sulit untuk istirahat bahkan tidur (Raines and Cooper, 2022).

6.3.2 Keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir (*bloody show*)

Bloody show adalah istilah yang menggambarkan keluarnya darah selama akhir kehamilan saat tubuh wanita bersiap untuk proses persalinan. Ini merupakan gejala umum kehamilan akhir dan dapat disertai dengan tanda-tanda persalinan lainnya seperti kram, tekanan pada panggul, dan kontraksi (Cunningham *et al.*, 2019).

Selama kehamilan, sumbatan lendir yang kental melindungi pembukaan serviks dari bakteri yang berpotensi memasuki rahim. Saat serviks ibu hamil mulai menipis dan rileks, sumbatan tersebut akan dikeluarkan secara alami. Beberapa wanita mengira sumbatan akan terlihat padat seperti gabus, tetapi sebenarnya itu adalah lendir atau cairan yang berserabut. Bisa tampak bening,

merah muda, atau berlumuran darah dan bisa muncul beberapa menit, jam, atau bahkan berhari-hari sebelum awal persalinan. Tidak semua wanita menyadari tanda ini mengindikasikan bahwa serviks ibu sedang mempersiapkan persalinan. Bagi beberapa wanita, persalinan dimulai segera setelah *bloody show* terjadi, namun bagi yang lain mungkin masih beberapa hari lagi. Jika ibu hamil tidak yakin apakah Ia mengalami *bloody show* atau merasa berada di tahap awal persalinan, hubungi penyedia layanan kesehatan terdekat (Critchfield *et al.*, 2013 ; Cunningham *et.*, 2019 ; Nott *et al.*, 2016).

6.3.3 Keluar cairan ketuban dari jalan lahir

Cairan ketuban mengelilingi embrio dan janin selama masa perkembangan dan memiliki banyak sekali fungsi. Secara fisik, cairan ketuban melindungi janin jika perut ibu menjadi objek trauma. Selain itu, cairan ketuban juga melindungi tali pusat dengan memberikan bantalan antara janin dan tali pusat, sehingga mengurangi risiko kompresi antara janin dan dinding rahim (Ten Broek *et al.*, 2013).

Cairan ketuban berperan dalam melindungi janin dari agen infeksi karena sifat antibakterinya yang melekat. Selain itu, berfungsi sebagai reservoir cairan dan nutrisi untuk janin yang mengandung protein, elektrolit, imunoglobulin, dan vitamin dari ibu. Ini menyediakan cairan, ruang, dan faktor pertumbuhan yang diperlukan untuk memungkinkan perkembangan normal dan pertumbuhan organ janin seperti sistem muskuloskeletal, sistem pencernaan, dan sistem paru-paru (Fitzsimmons and Bajaj, 2022). Pecahnya ketuban merupakan komponen dari persalinan dan dapat menjadi salah satu tanda akan dimulainya persalinan (Ibishi and Isjanovska, 2015). Terkadang ibu tidak sadar saat sudah mengeluarkan cairan ketuban dan terkadang menganggap bahwa yang keluar adalah cairan urine. Cairan ketuban umumnya berwarna bening, kadang disertai dengan sedikit lendir, tidak

berbau, dan akan terus keluar sampai ibu akan melahirkan (Shamsnajafabadi and Soheili, 2022).

Keluarnya cairan ketuban dari jalan lahir dapat terjadi secara fisiologis, namun dapat juga karena ibu hamil mengalami trauma, infeksi, atau bagian selaput ketuban yang tipis (*locus minoris*) pecah dan atau berlubang. Setelah ketuban pecah, umumnya ibu akan mengalami kontraksi atau nyeri yang lebih intensif. Terjadinya pecah ketuban membuat terhubungnya cavum uteri dengan dunia luar, sehingga meningkatkan potensi kuman/bakteri untuk masuk ke intrauterine. Maka dari itu, pada persalinan dengan pecah ketuban harus segera dilakukan penanganan dan dalam waktu kurang dari 24 jam bayi harus lahir (Yulizawati *et al*, 2019).

Studi menunjukkan, bahwa ibu yang melahirkan dalam waktu kurang dari 24 jam setelah ketuban pecah memiliki risiko infeksi yang lebih rendah dibandingkan dengan ibu yang melahirkan lebih dari 24 jam. Persalinan yang berangsung lebih dari 24 jam pasca pecah ketuban akan meningkatkan insiden korioamnionitis dan sepsis neonatorum. Persalinan spontan terjadi pada 60%–67% pasien dengan pecah ketuban dalam 24 jam. Jika tidak kunjung terjadi persalinan, induksi persalinan tampaknya menjadi strategi optimal untuk wanita dengan pecah ketuban pada kehamilan aterm (Devillard *et al*, 2019).

DAFTAR PUSTAKA

- Bradfield, Z. *et al.* 2019. “‘It’s what midwifery is all about’: Western Australian midwives’ experiences of being “with woman” during labour and birth in the known midwife model’, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1). doi: 10.1186/S12884-018-2144-Z.
- Ten Broek, C. M. A. *et al.* 2013. ‘Amniotic Fluid Deficiency and Congenital Abnormalities both Influence Fluctuating Asymmetry in Developing Limbs of Human Deceased Fetuses’, *PLoS ONE*, 8(11), p. 81824. doi: 10.1371/JOURNAL.PONE.0081824.
- Critchfield, A. S. *et al.* 2013. ‘Cervical Mucus Properties Stratify Risk for Preterm Birth’, *PLoS ONE*, 8(8). doi: 10.1371/JOURNAL.PONE.0069528.
- Devillard, E. *et al.* 2019. ‘Induction of labour in case of premature rupture of membranes at term with an unfavourable cervix: protocol for a randomised controlled trial comparing double balloon catheter (+oxytocin) and vaginal prostaglandin (RUBAPRO) treatments’, *BMJ Open*, 9(6), p. 26090. doi: 10.1136/BMJOPEN-2018-026090.
- F. Gary Cunningham , Kenneth J. Leveno , Steven L. Bloom, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, C. Y. S. 2019. ‘Williams Obstetrics, 25th Edition (Marlene M. Corton)’, *Obstetrics and gynecology*, 133(2), pp. e151–e155. Available at: <https://journals.lww.com/00006250-201902000-00042> (Accessed: 26 May 2023).
- Fitzsimmons, E. D. and Bajaj, T. 2022. ‘Embryology, Amniotic Fluid’, *StatPearls*. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541089/> (Accessed: 26 May 2023).

- Guzewicz, P. and Sierakowska, M. 2022. 'The Role of Midwives in the Course of Natural Childbirth—Analysis of Sociodemographic and Psychosocial Factors—A Cross-Sectional Study', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23). doi: 10.3390/IJERPH192315824.
- Huang, J. *et al.* 2019. 'A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor', *International Journal of Nursing Sciences*, 6(4), p. 460. doi: 10.1016/J.IJNSS.2019.06.007.
- Ibishi, V. A. and Isjanovska, R. D. 2015. 'Prelabour Rupture of Membranes: Mode of Delivery and Outcome', *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 3(2), p. 237. doi: 10.3889/OAMJMS.2015.037.
- Kade Santhi Wia, D., Wayan Armini, N. and Luh Putu Era Sri Erawati, N. 2022. 'Gambaran Persiapan Persalinan dalam Upaya Penerapan Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi di Masa Pandemi Covid-19', *Jurnal Ilmiah Kebidanan (The Journal Of Midwifery)*, 10(1), pp. 47–59. doi: 10.33992/jik.v10i1.1827.
- Kemenkes RI. 2015. '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', *Artikel*, p. [cited 2018 Jan 7]; 3-8.
- McEvoy, A. and Tetrokalashvili, M. 2022. 'Physiology, Pregnancy Contractions', *StatPearls*. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532927/> (Accessed: 24 May 2023).
- Mirzaee, F. and Dehghan, M. 2020. 'A Model of Trust within the Mother-Midwife Relationship: A Grounded Theory Approach', *Obstetrics and Gynecology International*, 2020. doi: 10.1155/2020/9185313.

- Nott, J. P. *et al.* 2016. 'The structure and function of the cervix during pregnancy', *Translational Research in Anatomy*, 2, pp. 1–7. doi: 10.1016/J.TRIA.2016.02.001.
- Ojelade, O. A. *et al.* 2017. 'The communication and emotional support needs to improve women's experience of childbirth care in health facilities in Southwest Nigeria: A qualitative study', *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 139 Suppl 1, pp. 27–37. doi: 10.1002/IJGO.12380.
- Organization, W. H. 2016. 'Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities'. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249155/9789241511216-eng.pdf?sequence=1%0Ahttp://www.who.int/iris/handle/10665/249155> (Accessed: 1 June 2023).
- Raines, D. A. and Cooper, D. B. 2022. 'Braxton Hicks Contractions', *Radiopaedia.org*. doi: 10.53347/rid-12304.
- Sabogal, I. M. U., Nariño, C. C. D. and Monsalve, M. A. M. 2021. 'Lactation counseling for maintaining exclusive breastfeeding in adolescent mothers: a trial protocol', *Pilot and Feasibility Studies* 2021 7:1, 7(1), pp. 1–9. doi: 10.1186/S40814-021-00950-9.
- Shamsnajafabadi, H. and Soheili, Z. S. 2022. 'Amniotic fluid characteristics and its application in stem cell therapy: A review', *International Journal of Reproductive Biomedicine*, 20(8), p. 627. doi: 10.18502/IJRM.V20I8.11752.
- WHO (World Health Organization). 2013. *FAMILY PLANNING COUNSELLING - Counselling for Maternal and Newborn Health Care - NCBI Bookshelf*. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK304183/> (Accessed: 1 June 2023).

- World Health Organization (WHO). 2013. *BREASTFEEDING. Counselling for Maternal and Newborn Health Care: A Handbook for Building Skills*. World Health Organization. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK304199/> (Accessed: 1 June 2023).
- Yadav, A. *et al.* 2021. 'Exploring the perspective of nursing staff or caregivers on birthing positions in Central India', *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(3), p. 1149. doi: 10.4103/JFMPC.JFMPC_2066_20.
- Yuliana, A. and Wahyuni, T. 2020. 'Pengetahuan Ibu Hamil Primigravida Tentang Persiapan Persalinan Di Desa Wonorejo Kecamatan Mojolaban Kabupaten Sukoharjo', *Infokes: Jurnal Ilmiah Rekam Medis dan Informatika Kesehatan*, 10(2), pp. 34–43. doi: 10.47701/INFOKES.V10I2.1031.
- Yulizawati, Aldina Ayunda Insani, Lusiana El Sinta B, F. A. 2019. 'Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Persalinan', in *Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Persalinan*. Indomedia Pustaka, p. 1.

BAB 7

PERSALINAN NORMAL DENGAN PERSALINAN KOMPLIKASI

Oleh Gusti Ayu Tirtawati

7.1 Pengertian Persalinan Normal

Beberapa definisi persalinan normal yaitu:

Persalinan normal adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan, lahir spontan dengan presentasi belakang kepala tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Manuaba, 2012). Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 -42 minggu) lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Prawirohardjo, 2014).

7.2 Tahapan Persalinan

Tahapan persalinan dibagi dalam 4 (empat) kala yang sebagai berikut:

1. Kala satu

Kala satu disebut juga stadium pendataran. Ketika kontraksi uterus telah tercapai dengan frekuensi, intensitas dan durasi yang cukup untuk menghasilkan pendataran dan dilatasi serviks yang progresif maka kala satu persalinan dimulai (Keman, 2020). Dengan kata lain kala satu terjadi sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap

(10 cm). Berdasarkan JNPK-KR (2017), Kala satu persalinan terbagi atas dua fase:

a. Fase laten

Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap. Fase ini berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm yang umumnya berlangsung 6-8 jam.

b. Fase aktif

- 1) Secara bertahap frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam 10 menit dan berlangsung selama ≥ 40 detik.
- 2) Dari pembukaan 4 cm hingga 10 cm akan terjadi kecepatan rata-rata 1 cm per jam pada nullipara atau primigravida atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm pada multipara
- 3) Terjadi penurunan bagian terendah janin.

2. Kala dua

Kala dua persalinan disebut juga stadium ekspulsi/pengeluaran janin. Kala dua persalinan dimulai ketika dilatasi serviks sudah lengkap dan berakhir ketika janin sudah lahir (Keman, 2020). Dimulai dengan pembukaan lengkap (10 cm), dilanjutkan dengan upaya mendorong janin keluar dari jalan lahir dan berakhir dengan lahirnya bayi. Gejala dan tanda kala dua persalinan :

- a. Bersamaan dengan terjadinya kontraksi ibu merasa ingin meneran
- b. Peningkatan tekanan pada rektum dan/atau vaginanya dirasakan oleh ibu
- c. Menonjolnya perineum
- d. Membukanya vulva dan sphincter ani
- e. Pengeluaran lendir bercampur darah meningkat.

Lewat pemeriksaan dalam tanda pasti kala dua persalinan dapat ditentukan yang hasilnya diperoleh:

- a. Lengkapnya pembukaan serviks
- b. Bagian kepala janin dapat terlihat melalui introitus vagina.

3. Kala tiga

Stadium pemisahan atau ekspusi plasenta adalah istilah lain untuk kala tiga. Kondisi ini dimulai segera setelah janin lahir, dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput janin (Keman, 2020). Setelah lahirnya bayi miometrium/otot rahim berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga rahim yang menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perekatan plasenta sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding rahim dan turun kebagian bawah rahim atau ke dalam vagina (JNPK-KR, 2017).

4. Kala empat

Kala empat persalinan dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (JNPK-KR, 2017).

7.3 Tanda Dan Gejala Persalinan

Inpartu (persalinan dimulai) terjadi sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan serviks yaitu membuka dan menipis yang berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Berikut tanda dan gejala inpartu/persalinan (IBI, 2021):

1. Penipisan dan pembukaan serviks
2. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit)
3. Cairan lendir bercampur darah (*show*) dari vagina.

7.4 Mekanisme Persalinan

Serangkaian gerakan untuk menyesuaikan bagian bawah janin dapat melewati panggul:

- a. Engagement
Terjadi ketika diameter biparietal janin telah masuk melalui pintu atas panggul secara sinklitismus dan sinklitismus(anterior dan posterior)
- b. Penurunan kepala
Terjadi bersamaan dengan mekanisme lainnya penurunan kepala merupakan hasil dari kontraksi otot-otot abdomen,tekanan cairan amnion /air ketuban, tekanan langsung fundus pada bokong janin, dan ekstensi serta pelurusan badan atau tulang belakang janin.
- c. Fleksi
Terjadi ketika kepala janin bertemu tahanan yaitu serviks kemudian sisi dari panggul, dan akhirnya dasar panggul.
- d. Rotasi dalam atau putaran paksi dalam
Rotasi dalam atau putaran paksi dalam merupakan putaran terendah janin dari posisi sebelumnya kearah depan sampai di bawah simfisis gerakan ini upaya janin untuk menyesuaikan dengan bidang tengah panggul.
- e. Ekstensi
Merupakan ketika ubun –ubun kecil berada dibawah simfisis pubis sehingga mengarah kedepan sesuai dengan sumbu jalan lahir selanjutnya ubun-ubun kecil akan semakin tampak dan bekerja sebagai hipomoklion atau pusat gerakan maka akan berangsur-angsur lahir ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar, dahi, mata, hidung, mulut, dan, dagu.
- f. Rotasi atau putaran paksi luar
Setelah terjadi putaran paksi luar merupakan gerakan memutar ubun- ubun kecil ke arah punggung janin jika

ubun-ubun kecil pada awalnya disebelah kiri akan memutar kearah kiri dan begitu juga sebaliknya.

g. Ekspulsi

Setelah terjadi rotasi luar, bahu anterior berfungsi sebagai hipomoklion untuk melahirkan bahu belakang bahu depan terlihat pada orifisium vulva vagina yang menyantuh bagian dibawah simfisis pubis dan bahu postertior menghubungkan perineum dan lahir dengan fleksi lateral setelah bahu lahir, bagian badan janin lahir secara keseluruhan mengikuti sumbu jalan lahir.

7.5 Persalinan Dengan Komplikasi

Persalinan dengan komplikasi yaitu keadaan patologis yang menyebabkan kematian langsung.

Beberapa persalinan dengan komplikasi :

Perdarahan pasca persalinan di bagi menjadi perdarahan pascapersalinan primer dan sekunder. Perdarahan pascapersalinan primer (*Early Postpartum Haemorrhage* atau perdarahan pascapersalinan segera) Perdarahan pascapersalinan primer terjadi dalam 24 jam pertama. Penyebab utama perdarahan pascapersalinan primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, dan robekan jalan lahir. Terbanyak dalam 2 jam pertama.

Perdarahan pascapersalinan sekunder (*Late Postpartum Haemorrhage* atau perdarahan masa nifas atau perdarahan pascapersalinan lambat) Perdarahan pascapersalinan sekunder terjadi 24 jam pertama. Penyebab utama perdarahan pasca persalinan sekunder adalah robekan jalan lahir dan sisa plasenta atau membran.

1. Jenis-Jenis Perdarahan Postpartum

a. Atonia uteri

Atonia uteri adalah uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan rangsangan taktil (pemijatan) fundus uteri.

- 1) Penyebab atonia uteri :
 - a) Overdistention uterus seperti: gemeli makrosomia, polihidramnion atau paritas tinggi.
 - b) Umur yang terlalu muda atau terlalu tua.
 - c) Multipara dengan jarak kelahiran pendek
 - d) Partus lama / partus terlantar
 - e) Malnutrisi.
 - f) Penanganan salah dalam usaha melahirkan plasenta, misalnya plasenta belum terlepas dari dinding uterus.
- 2) Gejala klinis atonia uteri :
 - a) Uterus tidak berkontraksi dan lunak
 - b) Perdarahan segera setelah plasenta dan janin lahir
 - c) Fundus uteri naik
 - d) Terdapat tanda-tanda syok:
 - (1) Nadi cepat dan lemah (110 kali/ menit atau lebih)
 - (2) Tekanan darah sangat rendah : tekanan sistolik < 90 mmHg
 - (3) Pucat
 - (4) Keriangat/ kulit terasa dingin dan lembap
 - (5) Pernafasan cepat frekuensi 30 kali/ menit atau lebih
 - (6) Gelisah, bingung atau kehilangan kesadaran
 - (7) Urine yang sedikit (< 30 cc/ jam)
- 3) Pencegahan perdarahan postpartum

Cara yang terbaik untuk mencegah terjadinya perdarahan postpartum adalah memimpin kala II dan kala III persalinan sesuai dengan prosedur dan tidak terburu-buru.

4) Tindakan segera

- a) Memaantau keadaan ibu dan tanda- tanda vital ibu untuk mencegah terjadinya tanda dan gejala syok
- b) Melakukan masase fundus uteri dan merangsang puting susu
- c) Pemberian oksitosin dan turunan ergot melalui suntikan secara IM, IV, atau SC
- d) Memberikan drivat prostaglandin F2a (*carboprost tromethamine*) yang kadang memberikan efek samping berupa diare, hipertensi, mual muntah, febris, dan taki kardia. Pemberian misoprostol 800-1000ug per rectal
- e) Melakukan kompresi bimanual internal
- f) mengajarkan keluarga cara Kompresi bimanual eksternal Kompresi aorta abdominalis
- g) Memasang infuse RL untuk mencegah dehidrasi pada ibu akibat perdarahan yang di alami
- h) Jika perdarahan tidak berhenti segera rujuk pasien ke fasilitas yang lebih memadai untuk menghindari terjadinya komplikasi yang lebih berat yang akan berujung pada kematian, disertai inform consent (Keman, 2020)

b. Retensio plasenta

Retensio plasenta adalah terlambatnya kelahiran plasenta selama setengah jam setelah kelahiran bayi.

1) Jenis-jenis retensio plasenta

a) Plasenta adhesiva

Plasenta adhesiva adalah implantasi yang kuat dari jonjot korion plasenta sehingga menyebabkan kegagalan mekanisme separasi fisiologis.

- b) Plasenta akreta
Plasenta akreta adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga memasuki sebagian lapisan miometrium.
 - c) Plasenta inkreta
Plasenta inkreta adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga mencapai/memasuki miometrium.
 - d) Plasenta perkreta
Plasenta perkreta adalah implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan otot hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus.
- c. Plasenta Inkarserata
- Plasenta inkarserata adalah tertahannya plasenta di dalam kavum uteri disebabkan oleh konstriksi ostium uteri.
- 1) Penanganan retensio plasenta
 - a) Resusitasi
Pemberian oksigen 100%. Pemasangan IV-line dengan kateter yang berdiameter besar serta pemberian cairan kristaloid (sodium klorida isotonik atau larutan ringer laktat yang hangat, apabila memungkinkan). Monitor jantung, nadi, tekanan darah dan saturasi oksigen. Transfusi darah apabila diperlukan yang dikonfirmasi dengan hasil pemeriksaan darah.
 - b) Drip oksitosin (oxytocin drips) 20 IU dalam 500 ml larutan Ringer laktat atau NaCl 0.9% (normal saline) sampai uterus berkontraksi. Plasenta coba dilahirkan dengan Brandt Andrews, jika berhasil lanjutkan dengan drips oksitosin untuk mempertahankan uterus.

- c) Jika plasenta tidak lepas dicoba dengan tindakan manual plasenta. Indikasi manual plasenta adalah: Perdarahan pada kala tiga persalinan kurang lebih 400 cc, retensio plasenta setelah 30 menit anak lahir, setelah persalinan buatan yang sulit seperti forseps tinggi, versi ekstraksi, perforasi, dan dibutuhkan untuk eksplorasi jalan lahir, tali pusat putus (Manuaba, 2012)

DAFTAR PUSTAKA

- IBI. 2021. *Modul Pelatihan Midwifery update*. Ikatan Bidan Indonesia.
- JNPK-KR. 2017. *Asuhan Persalinan Normal* (Revisi Kel).
- Keman, K. 2020. *Fisiologi Dan Mekanisme Persalinan Normal*. In *Ilmu Kebidanan* (hal. 296–314). PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Manuaba, C.A.I dan Manuaba, G.B.I. 2012. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB untuk Pendidikan Bidan*. Ed.2. Jakarta: ECG
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, 1 (2017).
- Prawiroharjo, S. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka SarwonoPrawirohardjo; 2014.
- Kementerian Kesehatan RI. 2022. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2021*.
- Wirakusumah, F. 2019. *Obstetri Fisiologi*. Sagung Seto.

BAB 8

PERAWATAN BAYI BARU LAHIR

Oleh Hanifa Zaini. S

8.1 Pendahuluan

Perawatan bayi baru lahir adalah serangkaian tindakan dan praktik yang dilakukan untuk menjaga kesehatan dan kenyamanan bayi yang baru saja dilahirkan. Perawatan ini mencakup berbagai aspek, termasuk perawatan fisik, kebersihan, nutrisi, tidur, dan kesehatan bayi. Tujuan dari perawatan bayi baru lahir adalah untuk memenuhi kebutuhan dasar bayi, memastikan pertumbuhan dan perkembangannya yang optimal, serta mencegah timbulnya masalah kesehatan. Aspek penting dalam perawatan bayi baru lahir adalah Perawatan kebersihan ini mencakup mandi bayi, membersihkan area genital dan lipatan kulit, mengganti popok secara teratur, serta menjaga kebersihan kulit dan rambut bayi. (Astuti, Puji Hutari: 2012)



Gambar 8.1. Persiapan Bayi Baru Lahir

Memberikan ASI (Air Susu Ibu) eksklusif adalah yang terbaik untuk bayi baru lahir. Jika ASI tidak tersedia, memberikan susu formula yang sesuai dengan kebutuhan bayi juga penting. Perawatan ini melibatkan pemberian makan secara teratur dan memastikan bayi mendapatkan nutrisi yang cukup. Bayi baru lahir tidur sebagian besar waktu, dan perawatan tidur meliputi menciptakan lingkungan tidur yang nyaman dan aman, mengatur rutinitas tidur, dan memberikan dukungan yang tepat saat bayi terbangun. Mengatur lingkungan di sekitar bayi agar bebas dari bahaya, seperti menjaga benda-benda tajam atau berbahaya jauh dari jangkauan bayi, memastikan suhu ruangan yang nyaman, serta menggunakan perlengkapan bayi yang aman dan sesuai. (Helen V;2014)



Gambar 8.2. Memberikan ASI Bayi Baru Lahir

Interaksi yang penuh kasih sayang dan stimulasi yang sesuai dengan usia membantu dalam perkembangan bayi. Ini melibatkan mengajak bayi berbicara, menyanyikan lagu, bermain, dan memberikan stimulasi sensorik yang sesuai dengan tahap perkembangan bayi. Kunjungan ke dokter secara teratur untuk pemeriksaan kesehatan, vaksinasi, dan pemantauan pertumbuhan

dan perkembangan bayi. Juga termasuk dalam perawatan kesehatan adalah mengenali tanda-tanda penyakit atau masalah kesehatan, dan segera berkonsultasi dengan dokter jika diperlukan. (Junizaf; 2011)

Perawatan bayi baru lahir harus dilakukan dengan penuh perhatian, kasih sayang, dan pengetahuan yang memadai. Mengikuti pedoman perawatan yang direkomendasikan oleh tenaga medis dan mencari nasihat dari dokter anak atau petugas kesehatan akan membantu memastikan bahwa perawatan bayi Anda sesuai dengan kebutuhan mereka.

8.2 Persiapan sebelum bayi lahir

Persiapan sebelum bayi lahir sangat penting untuk memastikan kesiapan Anda dalam menyambut kedatangan bayi. Berikut ini adalah beberapa hal yang dapat Anda persiapkan sebelum bayi lahir:

1. Pemeriksaan medis dan konsultasi

Pastikan Anda mengikuti pemeriksaan medis secara teratur selama kehamilan. Diskusikan dengan dokter tentang persiapan yang perlu dilakukan sebelum bayi lahir, termasuk persiapan fisik dan mental.

2. Ruang tidur bayi

Siapkan tempat tidur yang aman dan nyaman untuk bayi. Ini bisa berupa ranjang bayi, tempat tidur gantung, atau tempat tidur yang ditempatkan di samping tempat tidur orang tua (*co-sleeper*). Pastikan tempat tidur memiliki kasur yang sesuai, sprei yang bersih, serta bantal dan selimut yang aman untuk bayi.

3. Perlengkapan mandi dan perawatan bayi

Siapkan ember, handuk bayi, sabun bayi, sampo bayi, kapas, dan kain kasa steril untuk perawatan mandi bayi.

Anda juga bisa menyediakan minyak bayi atau minyak telon untuk membantu menjaga kulit bayi tetap lembut.

4. Pakaian dan popok

Persiapkan pakaian bayi yang cukup, seperti baju, celana, kaus kaki, dan sarung tangan bayi. Pilihlah pakaian yang terbuat dari bahan yang lembut dan mudah diganti. Juga, sediakan popok bayi yang sesuai dengan preferensi Anda, baik itu popok sekali pakai atau popok kain.

5. Perlengkapan menyusui

Jika Anda berencana menyusui, siapkan perlengkapan menyusui, termasuk bra menyusui, bantal menyusui, dot dan botol susu bayi (jika diperlukan), dan pompa ASI (jika diperlukan).

6. Perlengkapan kebersihan

Pastikan Anda memiliki tisu basah bayi, kapas, minyak telon, termometer bayi, serta kain kasa steril untuk membersihkan bayi dan menjaga kebersihannya.

7. Tas rumah sakit

Siapkan tas khusus yang berisi perlengkapan yang akan Anda butuhkan saat melahirkan di rumah sakit. Termasuk di dalamnya adalah pakaian, perlengkapan mandi, popok, botol susu, handuk, dan dokumen penting seperti kartu identitas, kartu kesehatan, dan surat rujukan medis.

8. Menghadiri kelas persiapan melahirkan

Ikuti kelas persiapan melahirkan yang disediakan oleh rumah sakit atau penyedia layanan kesehatan. Kelas ini akan memberikan informasi dan pelatihan tentang proses

persalinan, teknik pernapasan, dan perawatan bayi baru lahir.

8.3 Perawatan setelah bayi lahir

Perawatan setelah bayi lahir sangat penting untuk menjaga kesehatan dan kenyamanan bayi Anda. Berikut adalah beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam perawatan setelah bayi lahir:

1. Pengeringan Bayi

Setelah bayi lahir, bayi perlu dikeringkan dengan lembut menggunakan handuk bersih. Pastikan untuk menjaga suhu ruangan hangat agar bayi tidak kedinginan.

2. Perawatan tali pusat

Jaga kebersihan tali pusat bayi dengan membersihkannya menggunakan kapas steril yang telah direndam dalam alkohol sesuai petunjuk medis. Perhatikan juga petunjuk dokter atau tenaga medis tentang perawatan tali pusat bayi.

3. Memastikan kenyamanan bayi

Pastikan bayi merasa nyaman dengan menjaga suhu ruangan yang hangat, mengenakan pakaian yang sesuai dengan suhu ruangan, dan memastikan popoknya tetap kering. Juga, pastikan bayi terlindungi dari paparan sinar matahari langsung.

4. Pemberian makanan

Jika Anda menyusui, upayakan untuk memberikan ASI (Air Susu Ibu) sesuai permintaan bayi. Jika Anda menggunakan susu formula, ikuti petunjuk penyusuan yang diberikan oleh dokter atau ahli gizi. Penting untuk mencatat waktu dan jumlah makanan yang dikonsumsi bayi serta memastikan bayi mencapai berat badan yang sesuai.

5. Perawatan kulit

Jaga kebersihan kulit bayi dengan membersihkannya secara lembut menggunakan air hangat dan sabun bayi yang lembut. Hindari menggosok kulit bayi terlalu keras. Setelah membersihkan, keringkan kulit bayi dengan lembut dan oleskan pelembap bayi jika diperlukan.

6. Perawatan tidur

Bantu bayi Anda membangun rutinitas tidur yang baik dengan menciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman. Pastikan tempat tidur bayi aman, seperti ranjang bayi yang memenuhi standar keselamatan. Perhatikan juga posisi tidur bayi yang disarankan untuk mengurangi risiko sindrom kematian bayi mendadak (SIDS).

7. Perawatan kebersihan

Gantilah popok bayi secara teratur untuk menjaga kebersihan dan kesehatan kulitnya. Gunakan tisu basah bayi atau kain basah yang lembut untuk membersihkan area popok.

8. Kesehatan bayi

Pantau tanda-tanda kesehatan bayi secara teliti, termasuk suhu tubuh, frekuensi buang air besar dan kecil, serta perilaku dan respons bayi. Jika Anda melihat tanda-tanda yang mengkhawatirkan, seperti demam, muntah berlebihan, atau perubahan perilaku, segera konsultasikan dengan dokter atau petugas kesehatan.

Selain itu, jangan ragu untuk meminta bantuan dan dukungan dari pasangan, keluarga, atau profesional kesehatan jika Anda memiliki pertanyaan atau kekhawatiran tentang perawatan bayi baru lahir.

8.4 Mandi dan perawatan kebersihan



Gambar 8.3. Perlengkapan Mandi Bayi

Mandi dan perawatan kebersihan bayi sangat penting untuk menjaga kebersihan dan kesehatan kulitnya. Berikut adalah beberapa langkah yang dapat Anda ikuti:

1. Frekuensi mandi: Pada awalnya, Anda mungkin hanya perlu membersihkan bagian-bagian tertentu seperti wajah, leher, lipatan kulit, dan area genital bayi setiap hari. Setelah beberapa minggu, Anda dapat mulai memberikan mandi penuh bayi 2-3 kali dalam seminggu. Jika bayi Anda suka mandi, Anda dapat memberikan mandi setiap hari.
2. Persiapan mandi: Pastikan ruangan tempat Anda akan memberikan mandi bayi cukup hangat, biasanya sekitar 24-26°C. Sediakan semua perlengkapan yang diperlukan sebelum memulai mandi, termasuk air hangat, ember atau bak mandi bayi, handuk bayi, sabun bayi, sampo bayi, kapas, dan kain kasa steril.

3. Air mandi: Isi ember atau bak mandi bayi dengan air hangat sekitar 37°C. Anda dapat menggunakan termometer air untuk memastikan suhu yang aman. Selalu uji suhu air dengan bagian dalam pergelangan tangan Anda sebelum memasukkan bayi ke dalam air.
4. Membersihkan bagian-bagian tubuh: Mulailah dengan membersihkan wajah bayi dengan lembut menggunakan kapas atau kain lembut yang dibasahi dengan air hangat. Bersihkan mata dari sudut dalam ke luar dengan kapas yang bersih untuk setiap mata. Kemudian bersihkan leher, lipatan kulit, dan bagian lain dari tubuh bayi dengan lembut menggunakan tangan atau kain yang dibasahi dengan air dan sabun bayi.
5. Mencuci rambut: Jika rambut bayi cukup panjang, gunakan sabun bayi atau sampo bayi yang lembut untuk mencuci rambutnya. Pertahankan kepala bayi dengan satu tangan sambil mencuci rambut dengan tangan yang lain. Pastikan Anda menyemprotkan air dengan lembut untuk membilas sabun atau sampo.
6. Mengeringkan bayi: Angkat bayi dari air dan bungkus dia dalam handuk bersih. Keringkan bayi dengan lembut, dengan mengusap-usap atau menepuk-nepuk kulit bayi dengan lembut. Pastikan Anda mengeringkan semua bagian tubuh, terutama lipatan kulit, antara jari-jari, dan di belakang telinga.
7. Merawat tali pusat: Jika tali pusat bayi belum kering sepenuhnya atau masih dalam proses penyembuhan, hindari menyuburkan tali pusat dengan air selama mandi.

Anda dapat membersihkan area sekitar tali pusat dengan kapas atau kain lembut yang dibasahi dengan alkohol sesuai petunjuk medis.

8. Perawatan kulit setelah mandi: Setelah mandi, Anda dapat menggunakan pelembap bayi yang lembut untuk menjaga kulit bayi tetap lembap dan terhidrasi. Hindari penggunaan produk dengan wewangian atau bahan kimia yang keras yang dapat menyebabkan iritasi pada kulit bayi.

8.5 Perawatan kulit

Perawatan kulit bayi sangat penting untuk menjaga kebersihan, kenyamanan, dan kesehatan kulitnya yang sensitif. Berikut adalah beberapa langkah dalam perawatan kulit bayi:

1. Membersihkan kulit: Bersihkan kulit bayi dengan lembut menggunakan air hangat dan sabun bayi yang lembut. Hindari menggunakan sabun yang mengandung bahan kimia yang keras atau pewangi yang kuat, karena dapat menyebabkan iritasi pada kulit bayi. Gunakan tangan Anda atau kain lembut untuk membersihkan tubuh bayi secara perlahan. Jangan menggosok kulit bayi terlalu keras.
2. Mengatasi lipatan kulit: Pastikan Anda membersihkan dan mengeringkan dengan baik lipatan kulit bayi, seperti di leher, ketiak, bawah payudara, lipatan paha, dan lipatan leher belakang. Kelembaban di lipatan kulit dapat menyebabkan iritasi atau ruam. Gunakan kain lembut untuk membersihkan dan keringkan dengan lembut. Anda juga dapat menggunakan bedak bayi untuk menjaga kekeringan di area tersebut.
3. Menggunakan pelembap: Setelah membersihkan kulit bayi, Anda dapat menggunakan pelembap bayi yang lembut

untuk menjaga kelembapan kulit. Pilihlah pelembap yang bebas pewangi dan hypoallergenic. Oleskan pelembap secara lembut ke seluruh tubuh bayi, terutama pada area yang cenderung kering seperti pipi, kaki, dan tangan.

4. Perawatan popok: Jika menggunakan popok sekali pakai, gantilah popok secara teratur untuk menjaga kulit bayi tetap kering. Jika menggunakan popok kain, pastikan untuk mencuci popok dengan deterjen yang lembut dan bilas dengan baik untuk menghindari iritasi pada kulit bayi. Selalu bersihkan area popok dengan lembut menggunakan tisu basah bayi atau kain lembut.
5. Hindari penggunaan produk keras: Hindari penggunaan produk yang mengandung bahan kimia keras, seperti pewangi, alkohol, atau pewarna buatan. Hal ini dapat menyebabkan iritasi atau alergi pada kulit bayi yang sensitif.
6. Pertahankan kelembapan udara: Jaga agar udara di sekitar bayi tetap lembap dengan menggunakan penghumidifier atau dengan meletakkan wadah air di dekat tempat tidur bayi. Kulit bayi cenderung kering jika terpapar udara yang terlalu kering.
7. Hindari paparan sinar matahari langsung: Kulit bayi yang sangat sensitif dapat terbakar oleh sinar matahari. Jika Anda perlu membawa bayi keluar, pastikan untuk melindungi kulit bayinya dengan menggunakan pakaian yang menutupi dan memakai topi serta menggunakan tabir surya khusus untuk bayi yang aman untuk digunakan.

Selalu perhatikan reaksi kulit bayi terhadap produk atau perawatan yang Anda gunakan. Jika Anda melihat tanda-tanda iritasi, ruam, atau reaksi alergi pada kulit bayi, hentikan penggunaan produk tersebut dan konsultasikan dengan dokter anak atau petugas kesehatan.

8.6 Perawatan tidur

Perawatan tidur yang baik sangat penting untuk kesehatan dan perkembangan bayi. Berikut adalah beberapa tips untuk perawatan tidur bayi (Kliegman; 2020):

1. Ciptakan lingkungan tidur yang nyaman: Pastikan tempat tidur bayi nyaman, aman, dan sesuai dengan standar keselamatan. Gunakan kasur yang pas untuk bayi, dengan bantal yang datar atau tanpa bantal. Jaga suhu ruangan yang nyaman, sekitar 20-22°C, dan pastikan ruangan cukup gelap dan tenang.
2. Tetapkan rutinitas tidur: Membangun rutinitas tidur yang konsisten membantu bayi mengenali kapan waktunya tidur. Mulailah dengan aktivitas menenangkan seperti memandikan bayi, membacakan cerita, atau menyanyikan lagu pengantar tidur. Lakukan rutinitas yang sama setiap hari dan usahakan agar bayi tidur pada waktu yang konsisten.
3. Menyusui atau memberi makan sebelum tidur: Jika Anda menyusui, berikan ASI (Air Susu Ibu) atau susu formula sebelum tidur. Memberi makan bayi sebelum tidur dapat membantu bayi merasa kenyang dan nyaman, sehingga mereka lebih mudah tidur.
4. Perhatikan tanda-tanda kantuk: Perhatikan tanda-tanda kantuk pada bayi, seperti menguap, menggosok mata, atau

merengkek. Jika Anda melihat tanda-tanda ini, bawa bayi ke tempat tidur dan bantu mereka untuk tidur.

5. Posisi tidur yang aman: Letakkan bayi Anda untuk tidur dalam posisi terlentang. Ini mengurangi risiko Sindrom Kematian Mendadak pada Bayi (SIDS). Hindari meletakkan bantal, bantal guling, atau mainan di sekitar bayi yang dapat menyebabkan risiko tersedak atau kekurangan oksigen.
6. Tetap tenang saat bayi terbangun: Saat bayi terbangun di malam hari, coba tetap tenang dan tenangkan mereka dengan suara lembut atau memeluk mereka. Hindari mengaktifkan lampu terang atau melakukan aktivitas yang merangsang agar bayi bisa kembali tidur.
7. Hindari membiarkan bayi tidur dalam keadaan terlalu lapar atau terlalu kenyang: Jika bayi terlalu lapar, mereka mungkin sulit tidur. Sebaliknya, jika bayi terlalu kenyang, mereka mungkin merasa tidak nyaman. Pahami kebutuhan makan bayi Anda dan coba jaga keseimbangan antara kenyang dan lapar saat menjadwalkan waktu tidur.
8. Mengenali perubahan pola tidur: Ingatlah bahwa pola tidur bayi dapat berubah seiring pertumbuhan dan perkembangan mereka. Bayi mungkin membutuhkan lebih banyak tidur di awal kehidupan mereka, dan kemudian pola tidur mereka akan mulai berkembang seiring waktu. Ikuti pola tidur bayi Anda dan sesuaikan dengan kebutuhan mereka.

8.7 Perawatan kesehatan

Perawatan kesehatan bayi baru lahir melibatkan beberapa aspek penting untuk menjaga kesehatan dan kesejahteraannya. Berikut adalah beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam perawatan kesehatan bayi:

1. Kunjungan ke dokter: Penting untuk membawa bayi Anda ke dokter secara teratur untuk pemeriksaan kesehatan dan vaksinasi. Pemeriksaan rutin membantu memantau pertumbuhan dan perkembangan bayi serta mendeteksi dan mencegah masalah kesehatan yang mungkin timbul.
2. Vaksinasi: Mengikuti jadwal vaksinasi yang direkomendasikan sangat penting untuk melindungi bayi dari penyakit yang berbahaya. Pastikan bayi Anda menerima vaksinasi lengkap sesuai dengan rekomendasi dari otoritas kesehatan setempat.
3. Menjaga kebersihan: Menjaga kebersihan bayi sangat penting untuk mencegah infeksi dan penyakit. Selalu cuci tangan sebelum menangani bayi, gunakan pakaian bersih dan kain lap, dan pastikan tempat tidur dan perlengkapan bayi tetap bersih.
4. Perawatan imunisasi: Jaga jarak aman dari orang yang sedang sakit atau memiliki infeksi. Hindari membawa bayi Anda ke tempat-tempat ramai atau berdekatan dengan orang yang sedang sakit.
5. ASI (Air Susu Ibu) atau makanan bayi yang tepat: Jika Anda menyusui, berikan ASI eksklusif pada bayi Anda selama enam bulan pertama. ASI memberikan nutrisi penting dan kekebalan bagi bayi. Jika Anda menggunakan susu formula, pastikan Anda mengikuti petunjuk penyusuan yang tepat dan memberikan formula yang sesuai dengan usia dan kebutuhan bayi Anda.
6. Perhatikan tanda-tanda penyakit atau masalah kesehatan: Jika Anda melihat tanda-tanda tidak normal pada bayi

Anda, seperti demam, ruam yang tidak biasa, muntah yang berlebihan, atau ketidaknyamanan yang menetap, segera konsultasikan dengan dokter.

7. Kebersihan gigi dan mulut: Setelah gigi bayi mulai tumbuh, perawatan gigi juga penting. Gosok gigi bayi dengan sikat gigi bayi yang lembut dan pasta gigi yang aman untuk bayi setelah makan.
8. Penanganan sakit: Jika bayi Anda sakit atau demam, ikuti petunjuk dokter atau petugas kesehatan. Berikan obat sesuai dosis yang direkomendasikan jika diperlukan.

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, Puji Hutari. 2012. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Ibu I (Kehamilan).Yogyakarta: Rohima Press.
- Helen V. Buku Ajar Asuhan Kebidanan. 4th Ed. Jakarta: EGC; 2014
- Junizaf,. Anatomi Dasar Panggul Wanita Dalam Junizaf,Santoso BI (editor). Juni 2011; Buku Ajar Uroginekologi Indonesia. Jakarta ; Himpunan Uroginekologi Indonesia Bagian Obstetri Ginekologi FKUI.
- Kliegman B. Ilmu Kesehatan Anak Nelson. Watrianthos R, editor. Jakarta: EGC; 2020.

BAB 9

PEMERIKSAAN PASCA PERSALINAN

Oleh Ni Made Ari Febriyanti

9.1 Pendahuluan

Pemeriksaan fisik pasca persalinan sangat penting, karena dapat mendeteksi ada komplikasi dan akan segera mendapatkan penanganan. Kebijakan pemerintah kunjungan nifas minimal dilakukan sebanyak 4 kali, yakni di 6-8 jam post partum, 6 hari post partum, 2 minggu post-partum, serta 6 minggu post partum. Adapun pemeriksaan yang dijalankan pasca melahirkan, yaitu memeriksa gejala-gejala vital, saluran kemih, rahim, pemeriksaan payudara, pemeriksaan tungkai dan psikologis ibu.

9.2 Pemeriksaan tanda-tanda vital

a. Tekanan darah

Tekanan darah normalnya yakni $< 140/90$ mmHg, Tekanan darah dapat naik menjelang persalinan hingga 1 sampai 3 hari sesudah persalinan. Sesudah melahirkan, mayoritas wanita merasakan kenaikan tekanan darah sementara. Bila ada penurunan tekanan darah menunjukkan adanya perdarahan setelah melahirkan, sementara tekanan darah tinggi ialah gejala awal preeklampsia saat nifas.

b. Suhu

Suhu tubuh yang normal ialah $< 38^{\circ}\text{C}$. Pasca melahirkan terjadi peningkatan suhu kurang lebih $0,5^{\circ}\text{C}$ dari keadaan normalnya. Hal ini disebabkan oleh karena ibu mengalami dehidrasi, kelelahan dan kerja keras saat melahirkan. Pada hari keempat setelah bersalin, suhu ibu mengalami

peningkatan disebabkan aktivitas payudara, yaitu pembentukan ASI. Bila suhu tubuh naik lebih dari 38°C waspada terkena infeksi pasca persalinan.

c. Nadi

Denyut nadi normalnya 60-80x/menit. Setelah persalinan denyut nadi ibu bisa mengalami takikardi ataupun bradikardi. Denyut nadi yang cepat diatas 100x/menit menandai bahwa ibu mengalami gejala syok sehingga harus waspada terjadinya perdarahan dan infeksi post partum.

d. Pernafasan

Pernafasan normal yakni 20-30x/menit. Biasanya respirasi ibu postpartum normal atau lambat. Hal ini disebabkan oleh karena penyembuhan ataupun pada keadaan beristirahat. Jika didapatkan pernafasan cepat (>30x/menit) kemungkinan itu bawaan dari gejala syok.(Walyani, 2017)

9.3 Pemeriksaan Rahim

Setelah persalinan, ukuran rahim menyusut serta dapat dirasakan menggunakan tangan di sekitar pusar. Periksa kontraksi uterus apakah lembek atau keras. Rahim yang keras menandakan kontraksi yang baik. Lakukan pemeriksaan pada fundus uteri apakah selaras terhadap involusi uteri atautkah tidak. Bila pertama rahim berkontraksi dengan baik, maka pelepasan lokia dalam palpasi tidak meningkat (Walyani, 2015).

9.4 Pemeriksaan Saluran Kemih

Pemeriksaan postpartum yang terpenting ialah memeriksa saluran kemih, sebab ibu bisa saja mengalami kesulitan saat BAK maupun BAB. Normalnya ibu sudah dapat berkemih 6-8 jam pasca

postpartum. Jika ibu tidak bisa berkemih, bantulah ibu BAK dengan menuangkan air bersih yang hangat pada perineum dan vulva, bila ibu tetap tidak bisa berkemih maka bantu ibu mengosongkan dengan katering. Penuhnya kandung kemih juga mempengaruhi kontraksi uterus.(Yanti, 2014)

9.5 Pemeriksaan Perineum

Pada pemeriksaan ini ibu dianjurkan untuk berbaring dan posisi dua tungkai kaki melebar. Ketika memeriksa perineum, periksa juga jahitan laserasi. Perhatikan apakah jahitan menyatu atau tidak. Periksa juga pengeluaran darah, bau dan jumlahnya pada vagina.(Roito H, Juraida, 2013)

9.6 Pemeriksaan Payudara

Pemeriksaan ini akan menentukan apakah terbentuk benjolan ataupun kelenjar yang membesar serta apakah puting susu ibu menonjol atau tidak, apakah terdapat nanah pada payudara ibu atau tidak. (Wulandari, 2018)

9.7 Pemeriksaan tungkai

Selama pemeriksaan ini, perhatikan apakah: pembengkakan, varises, nyeri atau panas pada betis, refleks patela. Tanda hormon yakni meletakkan tangan di atas lutut ibu kemudian menekannya selembut mungkin supaya lutut tetap lurus. Bila ibu terasa nyeri di betis, artinya gejala hormon (+) (Roito H, Juraida, 2013)

9.8 Psikologis ibu

Pemeriksaan kesehatan mental sangat penting dilakukan, pada 2 minggu pertama setelah melahirkan, sering terjadi baby blues ataupun depresi pascapersalinan. Sehingga, penting guna memantau ataupun menyelidiki perasaan ibu sesudah melahirkan.

Penyebab emosional ibu ialah lantaran hormon yang berubah dengan cepat serta emosi yang tidak stabil lantaran penyakit fisik ibu berupa jahitan yang menyakitkan dan kurang tidur. (Wulandari, 2018)

DAFTAR PUSTAKA

- Roito H, Juraida, M. 2013. *Asuhan Kebidanan Ibu Nifas & Deteksi Dini Komplikasi*. Jakarta: EGC.
- Walyani, E. 2015. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: PB.
- Walyani, E. S. 2017. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Wulandari. 2018. *Asuhan Kebidanan Ibu Masa Nifas*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Yanti, D. 2014. *Asuhan Kebidanan Masa Nifas: Belajar Menjadi Bidan Profesional*. Bandung: PT Refika Aditama.

BAB 10

PERAWATAN KESEHATAN REPRODUKSI PASCA PERSALINAN

Oleh Triswanti

10.1 Pendahuluan

Kesehatan reproduksi menurut WHO adalah kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang utuh, bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan, dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi serta prosesnya.

Bila dikaji lebih lanjut, kesehatan reproduksi juga berarti bahwa orang dapat mempunyai kehidupan seks yang memuaskan dan aman; memiliki kemampuan untuk bereproduksi dan kebebasan untuk menentukan apakah mereka ingin melakukannya, kapan, dan seberapa sering; termasuk juga hak pria dan wanita untuk memperoleh informasi maupun akses terhadap cara/metode keluarga berencana yang aman, efektif, terjangkau, serta pengaturan fertilitas yang tidak melawan hukum; hak memperoleh pelayanan pemeliharaan kesehatan yang memungkinkan para wanita menjalani kehamilan dan melahirkan anak dengan selamat, serta memberikan kesempatan untuk memiliki bayi yang sehat.

Masa nifas adalah masa setelah melahirkan dimana organ tubuh mengalami pemulihan hingga bisa kembali ke bentuk semula seperti sebelum hamil dan melahirkan (Nandia&Anggorowati, 2020).

Periode masa nifas berlangsung dari persalinan sampai 6 minggu setelah melahirkan, yang merupakan waktu penyembuhan dan kembalinya organ reproduksi ke keadaan sebelum hamil.

Dikemukakan adanya resiko terjadinya kematian ibu setelah melahirkan pada jam, hari, dan minggu pertama setelah melahirkan, dan periode tersebut merupakan waktu yang berbahaya bagi ibu dan bayi baru lahir (Astuti,Judistiani,Rahmiati&Susanti, 2015).

Beberapa kasus kematian setelah melahirkan paling banyak terjadi karena perdarahan ketika menjalani masa nifas. Saat memasuki masa nifas ini, berbagai organ reproduksi ibu mengalami pemulihan setelah hamil dan melahirkan. Maka tak heran jika masa nifas yang berlangsung kurang lebih selama 6 hingga 8 minggu ini disebut masa paling penting bagi kesehatan ibu dan bayi.

Tenaga kesehatan sangat diperlukan perannya untuk menurunkan angka kematian ibu pasca melahirkan. Ketidaktahuan akan masalah setelah melahirkan pada ibu nifas berdampak pada keterlambatan penatalaksanaan masalah ibu nifas. Salah satu upaya meningkatkan pengetahuan melalui edukasi tentang perawatan kesehatan reproduksi masa nifas.

Edukasi nifas pada umumnya dilakukan oleh tenaga medis seperti perawat, bidan serta dokter spesialis kandungan. Edukasi nifas tersebut antara lain dengan memberikan informasi kepada ibu nifas terkait perihal perawatan pada ibu dan bayinya selama masa nifas (Nandia&Anggorowati, 2020).

Perawatan masa nifas meliputi *personal hygiene*, perawatan perineum, mobilisasi dini dan senam nifas, perawatan payudara, kebutuhan nutrisi, kebutuhan istirahat dan tidur, serta laktasi (Nandia, Anggorowati,&Asmara, 2021).

10.2 Perawatan Kesehatan Reproduksi

10.2.1 Pengertian Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi menurut WHO (1994), adalah suatu kondisi/status kesehatan secara fisik, mental, dan sosial yang bukan hanya sekedar bebas dari kesakitan atau kelemahan, tetapi

dalam semua hal yang menyangkut proses, fungsi dan sistem reproduksi pada seluruh tahap kehidupan (Ayu, 2019).

Kesehatan reproduksi menurut ICPD (1994), adalah keadaan sempurna fisik, mental dan kesejahteraan sosial dan tidak semata-mata ketiadaan penyakit atau kelemahan, dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi dan fungsi serta proses.

Kesehatan reproduksi menurut BKKBN (1996) adalah suatu keadaan sehat mental, fisik dan kesejahteraan sosial secara utuh pada semua hal yang berhubungan dengan sistem dan fungsi serta proses reproduksi dan bukan hanya kondisi yang bebas dari penyakit dan kecacatan serta dibentuk berdasarkan perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan psiritual dan materaial yang layak, bertakwa kepada Tuhan Yanga Maha Esa, spiritual yang memiliki hubungan yang serasi, selaras dan seimbang antara anggota keluarga dan antara keluarga dengan masyarakat dan lingkungan.

10.2.2 Pengertian Perawatan Kesehatan Reproduksi

Menjaga kesehatan reproduksi penting dilakukan dengan cara memulai menjaga kesehatan reproduksi terutama alat-alat vital. Ada banyak cara yang bisa dilakukan untuk menjaga kesehatan reproduksi baik wanita dengan melakukan kebiasaan baik untuk menjaga kesehatan alat-alat vital.

Demikian pula dengan memberikan asuhan kebidanan pada masa nifas dan menyusui, maka seorang tenaga kesehatan terutama bidan sudah menjalankan perawatan pasca persalinan yang terdiri dari :

- a. Perawatan vulva
- b. Perawatan payudara
- c. Laktasi (Kumalasari, 2015).

10.3 Masa Nifas

10.3.1 Pengertian Masa Nifas

Periode postnatal dimulai segera setelah melahirkan bayi sampai enam minggu (42 hari) setelah lahir (WHO, 2010).

Masa nifas atau puerperium berasal dari bahasa Latin yaitu dari kata “*puer*” yang artinya bayi dan “*parous*” yang berarti melahirkan. Definisi masa nifas adalah masa dimana tubuh ibu melakukan adaptasi pascapersalinan, meliputi perubahan kondisi tubuh ibu hamil kembali ke kondisi sebelum hamil. Masa ini dimulai setelah plasenta lahir, dan sebagai penanda berakhirnya masa nifas adalah ketika alat-

alat kandungan sudah kembali seperti keadaan sebelum hamil. Sebagai acuan, rentang masa nifas berdasarkan penanda tersebut adalah 6 minggu atau 42 hari.

Masa nifas merupakan masa penting bagi ibu maupun bayi baru lahir. Dalam masa nifas, perubahan besar terjadi dari sisi perubahan fisik, emosi, dan kondisi psikologis ibu (Astuti, Judistiani, Rahmiati & Susanti, 2015).

Masa nifas atau puerperium adalah setelah kala IV sampai dengan enam minggu berikutnya (pulihnya alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil) (IBI, 2016).

10.3.2 Tujuan Perawatan Nifas

Adapun tujuan dari perawatan masa nifas adalah :

- a. Memelihara kebersihan diri setelah melahirkan
- b. Meningkatkan kualitas kesehatan ibu dan bayi
- c. Mencegah penyakit (Irna, 2022).

10.4 Perawatan Kesehatan Reproduksi Masa Nifas

10.4.1 Perawatan Vulva

Perawatan vulva (*vulva hygiene*) dan perawatan perineum adalah upaya memberikan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman dengan cara menyehatkan daerah antara kedua paha yang dibatasi

antara lubang dubur dan bagian alat kelamin luar pada wanita yang habis melahirkan agar terhindar dari infeksi.

Tujuan perawatan vulva antara lain:

- a. Menjaga kebersihan daerah kemaluan
- b. Mengurangi nyeri dan meningkatkan rasa nyaman pada ibu
- c. Mencegah infeksi dari masuknya mikroorganisme ke dalam kulit dan membran mukosa
- d. Mencegah bertambahnya kerusakan jaringan
- e. Mempercepat penyembuhan dan mencegah perdarahan
- f. Membersihkan luka dari benda asing atau debris
- g. Drainase untuk memudahkan pengeluaran eksudat

Perawatan luka perineum menurut Asuhan Persalinan Normal (APN) sebagai berikut :

- a. Menjaga agar perineum selalu bersih dan kering
- b. Menghindari pemberian obat tradisional
- c. Menghindari pemakaian air panas untuk berendam
- d. Mencuci luka dan perineum dengan air dan sabun 3-4 kali sehari
- e. Kontrol ulang maksimal seminggu setelah persalinan untuk pemeriksaan penyembuhan luka

Macam-macam perawatan perineum :

- a. Kompres es
- b. Obat-obatan seperti antiseptik
- c. Senam kegel

Waktu perawatan :

- a. Kompres es : dilakukan setelah dua jam pertama kelahiran (postpartum) untuk mengurangi nyeri pasca persalinan
- b. Pagi dan sore sebelum mandi, sesudah BAB/BAK
- c. Bila ibu merasa tidak nyaman karena cairan yang keluar dari kemaluan, berbau/nyeri

Penghambat kebersihan penyembuhan luka :

a. Malnutrisi

Malnutrisi secara umum dapat mengakibatkan berkurangnya kekuatan luka, meningkatnya dehisensi luka, meningkatnya kerentanan terhadap infeksi, dan parut dengan kualitas yang buruk

b. Merokok

Nikotin dan karbon monoksida diketahui memiliki pengaruh yang dapat merusak penyembuhan luka, dan bahkan merokok yang dibatasi pun dapat mengurangi aliran darah perifer. Merokok juga mengurangi kadar vitamin C yang sangat penting untuk penyembuhan

c. Kurang tidur

Gangguan tidur dapat menghambat penyembuhan luka, karena tidur meningkatkan anabolisme (sintesis molekul kompleks dari molekul sederhana), dan penyembuhan luka termasuk ke dalam proses anabolisme. Jarang kita temukan wanita baru melahirkan dapat menikmati waktu tidur sepenuhnya setiap malam. Oleh karena itu, semua klien tersebut berisiko mengalami hambatan penyembuhan luka

d. Stres

Diduga bahwa ansietas dan stres dapat mempengaruhi sistem imun sehingga menghambat penyembuhan luka

e. Kondisi medis dan terapi

Berbagai kondisi medis dapat memengaruhi sistem imun sehingga menghambat penyembuhan luka pada wanita. Status imun yang lemah (imunosupresi) karena sepsis atau malnutrisi, penyakit tertentu seperti AIDS, ginjal, atau penyakit hepatic, atau obat seperti kortikosteroid dapat menyebabkan menurunnya kemampuan untuk mengatur faktor pertumbuhan, inflamasi, dan sel-sel proliferasi untuk perbaikan luka

- f. Asuhan kurang optimal
- Berbagai aktivitas yang dilakukan pemberi asuhan dapat menghambat penyembuhan luka yang efisien. Melakukan apusan atau pembersihan luka dapat mengakibatkan organisme tersebar kembali disekitar area, kapas, atau serat kasa yang lepas ke dalam jaringan granulasi dan mengganggu jaringan yang baru terbentuk.

Dampak perawatan luka perineum adalah infeksi, komplikasi, dan kematian ibu postpartum (Kumalasari, 2015).

10.4.2 Perawatan Payudara

Perawatan payudara adalah suatu tindakan untuk merawat payudara terutama pada masa nifas untuk memperlancar pengeluaran ASI. Perawatan payudara dapat dilakukan dua kali sehari yaitu saat mandi pagi dan mandi sore.

Manfaat perawatan payudara :

- a. Memelihara kebersihan payudara sehingga bayi mudah menyusu pada ibunya
- b. Melenturkan dan menguatkan putting susu sehingga bayi mudah menyusu
- c. Mengurangi resiko luka saat bayi menyusu
- d. Merangsang kelenjar air susu sehingga produksi ASI menjadi lancar
- e. Persiapan psikis ibu menyusui dan menjaga bentuk payudara
- f. Mencegah penyumbatan pada payudara

Akibat yang timbul jika tidak melakukan perawatan payudara:

- a. Anak susah menyusu karena payudara yang kotor
- b. Puting susu tenggelam sehingga bayi susah menyusu
- c. ASI menjadi lama keluar sehingga berdampak pada bayi

- d. Produksi ASI terbatas karena kurang dirangsang melalui pemijayan dan pengurutan
- e. Terjadi pembengkakan, peradangan pada payudara dan kulit payudara terutama pada bagian puting mudah lecet

Langkah-langkah perawatan payudara :

- a. Persiapan ibu
 1. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir
 2. Buka pakaian
- b. Persiapan alat
 1. Handuk
 2. Kapas yang dibentuk bulat
 3. Minyak kelapa atau *baby oil*
 4. Waslap atau handuk kecil untuk kompres
 5. Dua baskom masing-masing berisi air hangat dan air dingin
- c. Pelaksanaan
 1. Buka pakaian ibu
 2. Letakkan handuk diatas pangkuan ibu tutuplah payudara dengan handuk
 3. Buka handuk pada daerah payudara dan taruh dipundak
 4. Kompres puting susu dengan menggunakan kapas minyak selama 3-5 menit agar epitel yang lepas tidak menumpuk lalu bersihkan kerak-kerak pada puting susu
 5. Bersihkan dan tariklah puting susu keluar terutama untuk puting susu yang datar
 6. Ketuk-ketuk sekeliling puting susu dengan ujung-ujung jari
- d. Langkah-langkah pengurutan payudara :
 1. Pengurutan I
 - a) Licinkan kedua tangan dengan baby oil
 - b) Menyokong payudara kiri dengan tangan kiri, lakukan gerakan kecil dengan dua atau tiga jari

tangan, mulai dari pangkal payudara dengan gerakan memutar berakhir pada daerah puting (dilakukan 20-30 kali)

2. Pengurutan II
Membuat gerakan memutar sambil menekan dari pangkal payudara dan berakhir pada puting susu (dilakukan 20-30 kali) pada kedua payudara
3. Pengurutan III
Meletakkan kedua tangan diantara payudara, mengurut dari tengah ke atas sambil mengangkat kedua payudara dan melepaskan keduanya perlahan
4. Pengurutan IV
 - a) Mengurut payudara dengan sisi kelingking dari arah pangkal ke arah puting susu
 - b) Payudara dikompres dengan air hangat lalu dingin secara bergantian kira-kira lima menit (air hangat dahulu)
 - c) Keringkan dengan handuk dan pakailah BH khusus yang dapat menopang dan menyangga payudara (Kumalasari, 2025).

Perawatan mammae telah dimulai sejak wanita hamil supaya puting susu lemas, tidak keras dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya. Bila bayi meninggal, laktasi harus dihentikan dengan cara :

- a. Pembalutan mamma sampai tertekan
- b. Pemberian obat estrogen untuk supresi LH seperti tablet lynoral dan parlodel

Dianjurkan sekali supaya ibu menyusukan bayinya karena sangat baik untuk kesehatan bayinya (Mochtar, 2012)

10.4.3 Laktasi

Sejak kehamilan muda, sudah terdapat persiapan-persiapan pada kelenjar-kelenjar mamma untuk menghadapi masa laktasi ini. Perubahan yang terdapat pada kedua mamma antara lain sebagai berikut :

1. Proliferasi jaringan, terutama kelenjar-kelenjar dan alveolus mamma dan lemak
2. Pada duktus laktiferus terdapat cairan yang kadang-kadang dapat dikeluarkan, berwarna kuning (kolostrum)
3. Hipervaskularisasi terdapat pada permukaan maupun pada bagian dalam mamma. Pembuluh –pembuluh vena berdilatasi dan tampak dengan jelas. Tanda ini merupakan pula salah satu tanda tidak pasti untuk membantu diagnosis kehamilan.
4. Setelah partus, pengaruh menekan dari estrogen dan progesteron terhadap hipofisis hilang. Timbul pengaruh hirmon-hormon hipofisis kembali antara lain *lactogenic hormon* (prolaktin) yang akan dihasilkan pula. Mamma yang telah dipersiapkan pada masa hamil terpengaruhi, dengan akibat kelenjar-kelenjar berisi air susu. Pengaruh oksitosin mengakibatkan mioepitelium kelenjar-kelenjar susu berkontraksi, sehingga pengeluaran air susu dilaksanakan. Umumnya produksi air susu baru berlangsung betul pada hari ke 2-3 postpartum. Pada hari-hari pertama air susu mengandung kolostrum, yang merupakan cairan kuning lebih kental daripada air susu, mengandung banyak protein albumin dan globulin dan benda-benda kolostrum dengan diameter 0,001-0,025 mm (Wiknjosastro, 2007).

Laktasi merupakan teknik menyusui mulai dari air susu ibu (asi) dibuat sampai pada keadaan bayi menghisap dan menelan asi. Laktasi merupakan bagian kelengkapan dari siklus reproduksi

mamalia termasuk manusia. Masa laktasi berguna untuk menambah pemberian asi dan meneruskan pemberian asi sampai anak berumur 2 tahun dengan baik dan benar serta anak memperoleh kekebalan tubuh secara alami.

Proses laktasi menurut (Wiji&Mulyani, 2013) mempengaruhi hormonal, adapun hormon-hormon yang berperan dalam proses laktasi adalah :

1. Progesteron, berperan untuk mempengaruhi pertumbuhan dan ukuran alveoli
2. Estrogen, berperan untuk menstimulasi sistem saluran asi agar membesar sehingga dapat menampung asi lebih banyak. Kualitas estrogen mengalami penurunan saat melahirkan dan tetap rendah untuk beberapa bulan selama tetap menyusui. Ibu menyusui sebaiknya menghindari KB hormonal berbasis hormon estrogen, karena menjadikan jumlah produksi asi berkurang
3. *Follicle Stimulating Hormone* (FSH)
4. *Luteinizing Hormone* (LH)
5. Prolaktin, *ketika* masa kehamilan prolaktin berperan dalam membesarnya alveoli
6. Oksitosin, aktif untuk mengencangkan otot halus dalam rahim pada saat melahirkan dan pasca melahirkan, seperti halnya juga dalam orgasme. Pasca melahirkan oksitosin berperan untuk mengencangkan otot halus di sekitar alveoli untuk memeras asi menuju saluran susu. Oksitosin berperan dalam proses turunnya susu *let down atau milk ejection reflex*
7. *Human Placental Lactogen* (HPL). Mulai menginjak bulan kedua kehamilan, plasenta menghasilkan banyak HPL yang berfungsi dalam pertumbuhan payudara, puting dan areola sebelum melahirkan. Pada bulan kelima dan keenam kehamilan, payudara bersedia untuk memproduksi asi.

Laktasi atau menyusui merupakan proses integral dari daur reproduksi dan mempunyai dua pengertian yaitu produksi dan pengeluaran asi. Keduanya harus sama baiknya. Secara alamiah akibat pengaruh hormon maka akan terjadi perubahan secara bertahap sesuai umur dan kondisi menurut (Wiji&Mulyani, 2013) terdiri dari proses :

1. Mammogenesis, yaitu pembentukan kelenjar payudara

Pembentukan kelenjar payudara dimulai dari sebelum pubertas, masa siklus menstruasi dan masa kehamilan. Pada masa kehamilan akan mengalami peningkatan yang jelas dari duktulus yang baru, percabangan dan lobulus yang dipengaruhi oleh hormon placenta dan korpus luteum. Hormon yang ikut membantu mempercepat pertumbuhan adalah prolaktin, laktogen placenta, korionik gonadotropin, insulin, kortisol, hormon tiroid, hormon paratiroid dan hormon pertumbuhan. Pada usia tiga bulan kehamilan prolaktin dari adenohipofise (*hipofise anterior*) mulai merangsang kelenjar air susu untuk menghasilkan air susu yang disebut kolostrum.

Pada masa ini estrogen dan progesteron menyebabkan pengeluaran kolostrum masih terhambat, tetapi jumlah prolaktin meningkat ketika aktifitasnya dalam pembuatan kolostrum yang ditekan. Setelah melahirkan estrogen dan progesteron akan menurun dan prolaktin akan meningkat, oksitosin (*hipofise posterior*) meningkat bila ada rangsangan hisap, sel miopitelium buah dada berkontraksi

2. Galaktogenesis, yaitu proses pembentukan atau produksi asi

Pada seorang ibu menyusui dikenal 2 refleks yang masing-masing berperan sebagai pembentukan dan pengeluaran air susu yaitu refleks oksitosin atau *let down refleks* dan reflek prolaktin

3. Galaktopoesis, yaitu proses mempertahankan produksi asi

Hubungan yang utuh antara hipotalamus dan hipofise akan mengatur kadar oksitosin dan prolaktin dalam darah. Hormon-hormon ini berfungsi untuk pengeluaran dan pemeliharaan penyediaan air susu selama menyusui.

Proses pemberian asi memerlukan pembuatan dan pengeluaran air susu dari alveoli ke sistem duktus. Bila susu tidak dikeluarkan mengakibatkan berkurangnya sirkulasi darah kapiler yang menyebabkan terlambatnya proses menyusui.

Kekuatan isapan kurang disebabkan oleh berkurangnya rangsangan menyusui oleh bayi, frekuensi isapan yang kurang dari singkatnya waktu menyusui berarti pelepasan prolaktin dari hipofise berkurang, sehingga pembuatan air susu berkurang, karena diperlukan kadar prolaktin yang cukup untuk mempertahankan pengeluaran air susu mulai sejak minggu pertama kelahiran.

Komponen penghambat pengeluaran prolaktin yang belum jelas bahanya menyebabkan terhambatnya pengeluaran prolaktin, beberapa bahan seperti dopamin, serotonin, katekolamin, dihubungkan ada kaitannya dengan pengeluaran prolaktin.

Oksitosin berfungsi pada sel-sel mioepitelium pada alveoli kelenjar mammae. Hormon ini berperan untuk memacu kontraksi otot polos yang ada di dinding alveolus dan dinding saluran sehingga asi dipompa keluar. Semakin sering menyusui, pengosongan alveolus dan saluran semakin baik sehingga kemungkinan terjadinya bendungan susu semakin kecil dan menyusui akan semakin lancar. Jadi peranan oksitosin dan prolaktin mutlak diperlukan dalam laktasi.

Reflek Laktasi

Dimasa laktasi, terdapat dua mekanisme refleks pada ibu yaitu refleks prolaktin dan refleks oksitosin yang berperan dalam

produksi asi dan involusi uterus (khususnya pada masa nifas). Pada bayi, terdapat 3 jenis refleks yaitu :

- a. Refleks mencari puting susu (*Rooting reflex*)
Mulut bayi akan mendekat ke arah dimana terjadi sentuhan pada pipinya. Bayi akan membuka mulutnya apabila bibirnya disentuh dan berusaha untuk menghisap benda yang disentuhkan tersebut
- b. Refleks menghisap (*sucking reflex*)
Rangsangan puting susu pada langit-langit bayi menyebabkan reflek menghisap yang dilakukan oleh bayi. Isapan ini akan menimbulkan areola dan puting susu ibu tertekan, lidah dan langit-langit bayi sehingga sinus laktiferus dibawah areola dan asi terpancar keluar
- c. Refleks menelan (*swallowing reflex*)
Kumpulan asi di dalam mulut bayi menekan otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan reflek menelan dan mendorong asi ke dalam lambung bayi

10.5 Nasehat Untuk Ibu Postpartum

1. Fisioterapi postnatal sangat baik bila diberikan
2. Sebaiknya bayi disusui
3. Kerjakan gymnastik sehabis bersalin
4. Untuk kesehatan ibu, bayi, dan keluarga sebaiknya melakukan KB untuk menjarangkan anak
5. Bawalah bayi anda untuk memperoleh imunisasi (Mochtar, 2012)

DAFTAR PUSTAKA

- Ayu Musvita Suci. 2019. *Buku Ajar Dasar Kesehatan Reproduksi dan KIA*. Yogyakarta: CV Mine.
- Endriyani, Agustin. 2020. *Pengalaman Ibu Nifas Terhadap Budaya Dalam Perawatan Masa Nifas*. Jurnal Kebidanan-Vol 9, N0 1 (2020), 45-52.doi:10.26714/jk.9.1.2020.45-52.
- Irna, Obsgin. 2022. *Flyer Edukasi*. Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit RSUD Dr. Soetomo.
- Jumiati, dkk. 2021. *Perawatan Diri Ibu Primipara Selama Periode Nifas*. <http://doi.org/10.31539/jks.v4i2.1874>.
- Kumalasari, Intan. 2015. *Perawatan Antenatal, Intranatal, Postnatal Bayi Baru Lahir Dan Kontrasepsi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mochtar, Rustam. 1998. *Sinopsis Obstetri*. Jakarta: EGC
- Nandia.J.R.D., & Anggorowati. 2020. *Pendidikan Kesehatan Pada Ibu Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Susanti, dkk. 2015. *Asuhan Kebidanan Nifas & Menyusui*. Jakarta: Erlangga
- Wiknojosastro, Hanifa. 2007. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.

BAB 11

KOMPLIKASI PASCA PERSALINAN DAN PENANGANANNYA

Oleh Ni Nyoman Deni Witari

11.1 Pendahuluan

Komplikasi postpartum merupakan kondisi abnormal yang diakibatkan oleh faktor obstetrinya yakni kelainan yang menyertai pada kehamilan, persalinan serta postpartum. Komplikasi ataupun kelainan nifas biasanya dapat dicegah dengan mendeteksi dini tanda bahaya dan komplikasi sejak awal. Komplikasi pada masa postpartum umumnya jarang terjadi selama menerima perawatan berkualitas dari kehamilan hingga persalinan. Melalui observasi, diskusi, dan pemeriksaan, bidan dapat mengidentifikasi beberapa potensi komplikasi masa postpartum pada tahap awal. Bidan berperan penting dalam mendeteksi dini dan mengidentifikasi tanda bahaya nifas sejak dini sehingga bisa mencegah terjadinya komplikasi serta kelainan nifas. Mengenal tanda bahaya masa nifas sangat penting guna mencegah morbiditas dan mortalitas ibu.

11.2 Perdarahan Pascapersalinan

Pendarahan pascapersalinan merupakan perdarahan yang terjadi setelah lahirnya plasenta. Perdarahan postpartum adalah perdarahan dengan jumlah darah yang melebihi 500 cc pada persalinan normal dan 1.000 cc lebih pada Sectio Secarea. Perdarahan postpartum bisa diakibatkan oleh ruptur jalan lahir, atonia uteri, retentio plasenta, rest plasenta, gangguan pembekuan darah, serta inversio uterus. (Oxorn, 2010)

11.2.1 Etiologi Perdarahan Post Partum

Perdarahan postpartum bisa diakibatkan 4 faktor yakni lemahnya kontraksi uterus untuk menghentikan perdarahan dari bekas implantasi plasenta (tone), robekan jalan lahir dari perineum, vagina sampai uterus (trauma), sisa-sisa plasenta ataupun bekuan darah yang menghalangi kontraksi rahim (tissue) serta kelainan aspek pembekuan darah (trombin) (Oxorn, 2010) Berdasarkan waktu kejadiannya, perdarahan nifas bisa digolongkan pada 2 jenis, yakni : (Roito, 2013)

1. Perdarahan pascapersalinan dini (*Early postpartum haemorrhage* ataupun Perdarahan pasca persalinan segera ataupun perdarahan postpartum primer). Perdarahan postpartum primer terjadi dalam 24 jam awal. Penyebab perdarahan yakni retensio plasenta, atonia uteri, ruptur jalan lahir, rest plasenta dan inversio uteri.
2. Perdarahan pascapersalinan lanjut (*Late postpartum hemorrhage* ataupun Perdarahan postpartum sekunder). Terjadi sesudah 24 jam hingga 6 minggu pascapersalinan. Perdarahan pasca-persalinan sekunder seringkali disebabkan subinvolusio uteri) dan rest plasenta

11.2.2 Gejala Klinis Perdarahan Postpartum

Kehilangan darah yang banyak menyebabkan tanda -tanda syock seperti tekanan darah rendah, pucat, denyut nadi cepat dan kecil, ekstremitas dingin, dll.

11.2.3 Penilaian Klinik Diagnosis Perdarahan Postpartum

No	Gejala dan Tanda	Penyulit	Diagnosa
1	a. Rahim lembek serta tidak berkontraksi b. Perdarahan segar sesudah bayi lahir	Syock, bekuan darah di serviks	Atonia uteri
2	a. Segera setelah bayi lahir keluar darah segar mengalir b. Rahim berkontraksi c. Plasenta lengkap	lemah, pucat, menggigil	Robekan jalan lahir
3	a. Plasenta tidak lahir sesudah 30 menit b. Pendarahan segera c. Rahim berkontraksi	Tali pusat putus karena traksi secara berlebih, dan inversio uteri lantaran traksi	Retensio plasenta
4	a. Rahim tidak teraba b. Lumen vagina penuh massa c. Tali pusat plasenta terlihat (jika plasenta belum lahir)	Neurogenik syock, limbung, dan pucat	Inversio uteri
5	a. Subinvolusi uterus b. Nyeri tekan di perut bagian bawah uterus c. Pendarahan sekunder	Anemia , demam	Endometritis

No	Gejala dan Tanda	Penyulit	Diagnosa
6	Plasenta tidak lengkap	Rahim tetap berkontraksi kuat, TFU tidak berkurang	Retensi sisa plasenta

Sumber : (Marmi, 2015)

a. Atonia Uteri

Atonia uteri adalah penyebab tersering pendarahan pascapersalinan. Atonia uteri merupakan kondisi di mana kontraksi uterus lemah hingga uterus tidak mampu menghentikan perdarahan dari tempat implantasi plasenta. Atonia uteri terjadi bila rahim gagal berkontraksi dalam waktu 15 detik sesudah dilakukan massage fundus uteri segera setelah plasenta lahir. (Roito, 2013)

Penatalaksanaan atonia uteri (Roito, 2013)

1. Lakukan massase fundus uteri segera sesudah plasenta lahir (15 detik).
2. Bersihkan gumpalan darah dan selaput ketuban pada lubang serviks dan vagina
3. Pastikan kandung kemih kosong, bila penuh lakukan kateterisasi dengan teknik antiseptik.
4. Lakukan kompresi bimanual internal (KBI) dalam waktu 5 menit.
5. Sarankan keluarga melakukan kompresi bimanual eksternal (KBE).
6. Keluarkan tangan secara perlahan
7. Beri ergometrine 0,2 mg IM (kontraindikasi untuk hipertensi) ataupun misoprostol 600-1000 mcg per rektal.

8. Beri Infus dengan jarum ukuran 16 ataupun 18 serta beri 500 mL RL (ringer laktat) + 20 oksitosin. Habiskan 500cc pertama dengan cepat.
9. Lakukan ulang KBI (kompresi bimanual internal).
10. Segera rujuk.

b. Laserasi

Robekan saat melahirkan bisa menyebabkan perdarahan yang signifikan baik pada persalinan normal dan persalinan dengan tindakan. Tempat perdarahan bisa terjadi di vagina, vulva, servik, portio dan uterus. Robekan jalan lahir merupakan penyebab kedua tersering dari perdarahan postpartum dimana kondisi konstrasiksi uterus baik. Robekan bisa terjadi bersamaan dengan atonia uteri. Pertolongan persalinan yang semakin manipulatif dan traumatik akan memudahkan robekan jalan lahir dan karena itu dihindarkan memimpin persalinan pada saat pembukaan serviks belum lengkap. Faktor resiko robekan jalan lahir: makrosomia, malpresentasi, partus presipitatus, distosia bahu.

Macam-macam robekan jalan lahir, yakni (Nurmailis, 2013)

1. Robekan serviks
Robekan pada serviks yang luas menyebabkan pendarahan serta bisa mencapai ke bagian bawah uterus.
2. Perlukaan vagina
Perlukaan pada vagina seringkali akibat ekstraksi dengan cunam dan robekan terdapat pada dinding lateral dan akan terlihat pada pemeriksaan spekulum.
3. Robekan perineum
Terjadi pada garis tengah dan dapat menjadi luas ketika kepala janin lahir terlalu cepat, sudut arkus pubis cenderung kecil dari biasanya, kepala janinnya dengan

ukuran yang lebih besar daripada sirkumferensia suboksipito bregmatika

Derajat Robekan perineum dan penanganannya

1. Derajat I: terjadi pada kulit perineum serta jaringan langsung di bawah kulit.
2. Derajat 2: Robekan luka terjadi dari kulit, otot perineum dan dapat meluas jauh ke dalam vagina. Membutuhkan jahitan.
3. Derajat 3: Robekan terjadi sampai otot yang mengelilingi anus (*anal sphincter*). Robekan ini terkadang memerlukan perbaikan dengan anestesi di ruang operasi
4. Derajat 4: Robekan sampai pada otot anus dan ke dalam selaput lendir yang melapisi rektum. Memerlukan perbaikan dengan anestesi di ruang operasi

c. Retensio Plasenta

Definisi retensio plasenta merupakan plasenta yang tidak lahir lebih dari 30 menit sesudah bayi lahir. Tertahannya sebagian plasenta atau seluruh plasenta pada rahim akan mengganggu kontraksi membuat pembuluh darah tetap terbuka sehingga dapat terjadi pendarahan pascapersalinan. Retensi plasenta bisa diakibatkan oleh plasenta perkreta, akreta, serta inkreta. (Nurmailis, 2013)

Tanda gejala retensio plasenta, yakni.

1. Plasenta tidak lahir setelah 30 menit lahirnya bayi
2. Pendarahan segera.
3. Kontraksi uterus lemah

Retensio uteri sering diikuti dengan putus tali pusat akibat penarikan secara berlebih, inversio uteri dan perdarahan lanjut.

Penatalaksanaan Retensio Plasenta

1. Plasenta tidak dilahirkan lebih dari 30 menit sudah dilakukan aktif manajemen kala III dan jika terdapat perdarahan lakukan plasenta manual apabila tidak ada perdarahan lakukan rujukan untuk operasi
2. Jika plasenta manual berhasil lanjutkan pemberian ergometrin 0,2 mg IM dan observasi kala IV dan jika tidak berhasil lakukan rujukan

d. Rest Plasenta

Sisa plasenta dan selaput ketuban yang masih tersisa di rongga rahim bisa menyebabkan pendarahan pascapersalinan dini atau perdarahan pascapersalinan lambat.

Gejala klinis rest plasenta adalah terjadi subinvolusi uterus, perdarahan sedikit yang terus menerus, perdarahan banyak yang terjadi secara tiba-tiba, perut bagian bawah terasa tidak nyaman (Roito, 2013)

Penanganan Rest Plasenta

1. Periksa tanda vital dan KU pasien berikan resusitasi cairan RL dan 10 IU oksitosin dalam 500 ml
2. Periksa kelengkapan plasenta
3. Lakukan pengeluaran sisa plasenta jika berhasil lakukan monitoring KU pasien dan apabila tidak berhasil lakukan rujukan untuk kuretase

e. Thrombophilia (Kelainan Perdarahan)

Kegagalan mekanisme pembekuan darah menyebabkan perdarahan yang tidak dapat dihentikan. Secara etiologi bahan tromboplastik yang timbul dari degenerasi dan autolisis decidua serta placenta dapat memasuki sirkulasi maternal dan menimbulkan koagulasi intravaskuler serta penurunan fibrinogen yang beredar (Oxorn, 2010)

f. Endometritis

Endometritis merupakan infeksi desidua endometrium, dengan ekstensi ke dalam miometrium dan jaringan paremetrial endometritis dan terjadi akibat infeksi naik dari saluran kelamin bawah. Endometritis sering terjadi setelah kejadian aborsi, kelahiran kembar, serta kerusakan jalan kelahiran sesudah melahirkan. Endometritis dapat terjadi sebagai kelanjutan kasus retensi plasenta yang mengakibatkan involusi uterus pada periode sesudah melahirkan (Oxorn, 2010)

g. Sub involusi

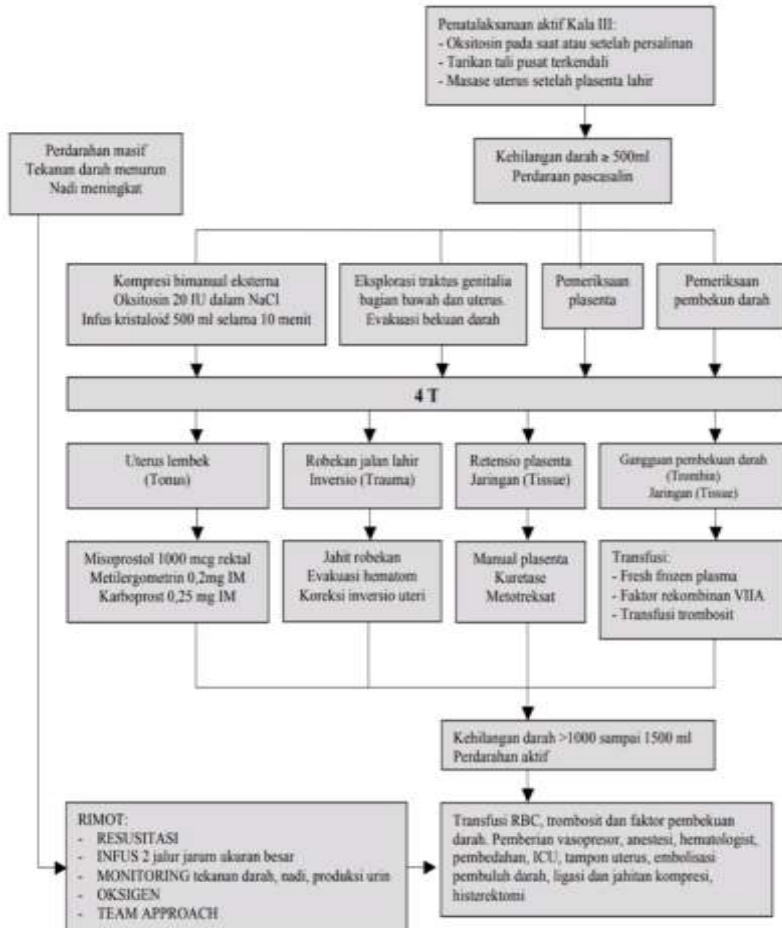
Sub involusi adalah kelambatan involusi yang disertai perpanjangan periode pengeluaran lochea dan kadang terjadi perdarahan yang banyak. Proses ini dapat diikuti dengan leukorea yang berlangsung lama dan perdarahan uterus yang tidak teratur atau berlebihan. Uterus akan teraba lebih besar dan lebih lunak daripada keadaan normalnya. Gejala yang ditimbulkan adalah; nyeri tekan perut bawah pada uterus, kadang dipersulit dengan anemia dan demam (Roito, 2013)

h. Inversio Uteri

Kondisi di mana fundus uteri terbalik sebagian ataupun semuanya masuk ke dalam kavum uteri. Penyebab inversi uteri bisa secara spontan atau akibat tindakan. Faktor yang mendukung yaitu dimana uterus yang lembek, lemah, dinding tipis. Inversi secara spontan dapat terjadi pada grandemultipara, atonia uteri, kelemahan alat kandungan, dan tekanan intra abdominal yang tinggi (Roito, 2013)

11.2.3 Penatalaksanaan Perdarahan Postpartum

ALGORITMA PENATALAKSANAAN PERDARAHAN PASCA-SALIN



Sumber : (POGI, 2016)

11.3 Infeksi

Infeksi nifas merupakan infeksi yang diakibatkan kuman ataupun bakteri yang masuk pada organ genital selama persalinan dan masa postpartum. Infeksi bakteri pada traktus genitalia yang terjadi setelah melahirkan ditandai dengan kenaikan suhu sampai 38°C atau lebih selama 2 hari dalam 10 hari pertama pasca persalinan, dengan mengecualikan 24 jam pertama.(Anggraini, 2010)

11.3.1 Etiologi

Infeksi postpartum bisa diakibatkan oleh transmisi masuknya bakteri ke organ reproduksi, baik melalui tubuh ibu sendiri, jalan lahir, serta kuman/bakteri dari luar.

Berdasarkan masuknya bakteri ke dalam organ kandungan, infeksi nifas terbagi menjadi:

1. Ektogen (infeksi dari luar tubuh)
2. Autogen (infeksi dari tempat lain di dalam tubuh)
3. Endogen (infeksi dari jalan lahir sendiri)

Faktor-faktor yang mempengaruhi infeksi

1. Segala kondisi yang bisa menurunkan ketahanan tubuh, seperti preeklampsia/eklampsia, perdarahan, anemia, malnutrisi, infeksi lainnya
2. Persalinan dengan masalah seperti partus lama dengan ketuban pecah dini, korioamnionitis, persalinan traumatik, proses pencegahan infeksi yang kurang baik dan manipulasi yang berlebihan saat pertolongan persalinan, misalnya manipulasi pada vulva, vagina dan perineum.
3. Tindakan obstetrik operatif baik per vaginam maupun per abdominal.
4. Tertinggalnya sisa plasenta, selaput ketuban, dan bekuan darah dalam rongga rahim.
5. Episiotomi atau laserasi jalan lahir.

11.3.2 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala infeksi pasca melahirkan diantaranya nyeri pada daerah yang terinfeksi, kemerahan, bengkak, demam, penurunan fungsi organ, lochea berbau, subinvolunsi uterus, tekanan darah turun, nafas meningkat, kesadaran menurun

11.3.3 Penyebaran Infeksi

Penyebaran infeksi nifas dibagi menjadi atas 4 kelompok yaitu : (Anggraini, 2010)

1. Penyebaran infeksi nifas pada vulva, perineum, serviks, vagina, serta endometrium:
 - a. Vulvitis
Vulvitis merupakan peradangan dalam vulva biasanya terjadi pada bekas sayatan episiotomi dan luka perineum. Tepi luka menjadi bengkak dan merah, jahitan gampang lepas, luka terbuka menjadi ulkus serta bernanah.
 - b. Vaginitis
Vaginitis yakni infeksi di area vagina pada luka di perineum ataupun vagina. Permukaan mukosa memerah dan bengkak, terbentuk ulkus, berisi nanah dari area luka.
 - c. Servisititis
Infeksi yang seringkali terjadi pada daerah serviks namun tidak memunculkan banyak gejala
 - d. Endometritis
Paling sering terjadi biasanya demam mulai 48 jam postpartum dan bersifat naik turun. Kuman-kuman memasuki endometrium (biasanya pada luka implantasi plasenta) dalam waktu singkat dan menyebar ke seluruh endometrium.

2. Infeksi nifas yang menyebar lewat pembuluh darah yaitu

a. Septikemia

Keadaan di mana kuman-kuman atau toksinnya langsung masuk ke dalam peredaran darah (hematogen) dan menyebabkan infeksi. Gejala klinik antara lain: lemah sejak awal, menggigil, nadi cepat 140 – 160 x per menit atau lebih, suhu meningkat antara 39-40 derajat celcius, tekanan darah turun, keadaan umum memburuk, sesak nafas, kesadaran turun, gelisah.

b. Piemia

Piemia diawali dengan tromboflebitis pembuluh darah di area cedera, dan kemudian pecah menjadi gumpalan kecil yang masuk ke aliran darah, setelah itu infeksi serta abses muncul di organ yang terkena. Tanda-tanda klinis piemia meliputi: nyeri di area tromboflebitis saat bekuan darah menyebar, pertanda umum infeksi muncul, hasil laboratorium memperlihatkan leukositosis; bernanah, Lochea berbau, serta sub-involusi.

c. Tromboflebitis

Radang pada vena terdiri dari tromboflebitis pelvica dan tromboflebitis femoralis. Tromboflebitis pelvica yang sering mengalami peradangan adalah pada vena ovarika, terjadi karena penyebaran melalui aliran darah dari luka bekas plasenta di daerah fundus uteri. Sedangkan tromboflebitis femoralis dapat merupakan tromboflebitis vena safena magna atau peradangan vena femoralis sendiri, atau merupakan penjaran tromboflebitis vena uterin, dan akibat parametritis. Infeksi nifas yang penyebarannya melalui jalan limfe

- d. Peritonitis
Peradangan yang terjadi di area panggul (pelvic peritonitis). Gejala klinis meliputi: nyeri perut, demam, suhu naik, nadi cepat dan kecil, perut kembung dan nyeri, terdapat abses pada cavum douglas, defense muscultur (perut tegang dan nyeri), fasies hypocratica.
 - e. Parametritis (cellulitis pelvica)
Gejala klinis parametritis yakni nyeri pada saat pemeriksaan dalam, demam tinggi, nyeri perut, nadi cepat, salah satu ataupun kedua bagian bawah membentuk infiltrat teraba pada pemeriksaan dalam. Infiltrasi kadang-kadang menjadi abses.
3. Infeksi nifas yang penyebaran melalui permukaan endometrium
- Infeksi nifas yang penyebaran melalui permukaan endometrium adalah salpingitis dan ooforitis. Gejala salpingitis dan ooforitis hampir sama dengan pelviperitonitis.

11.3.4 Pencegahan dan Penanganan Infeksi

Infeksi nifas dapat timbul selama kehamilan, persalinan dan masa nifas, sehingga pencegahannya masing-masing fase berbeda. (Nurjanah, 2013)

1. Pencegahan infeksi selama kehamilan, antara lain sebagai berikut.
 - a. Perbaiki gizi.
 - b. Menghindari hubungan seksual pada umur kehamilan tua, karena dapat menjadi predisposisi.
2. Pencegahan infeksi selama persalinan, antara lain sebagai berikut:
 - a. Membatasi masuknya kuman-kuman ke dalam jalan lahir.
 - b. Membatasi perlukaan jalan lahir.

- c. Mencegah perdarahan.
 - d. Menghindari persalinan lama.
 - e. Menjaga sterilitas ruang bersalin dan alat yang digunakan.
3. Pencegahan infeksi selama nifas, antara lain sebagai berikut.
- a. Perawatan luka postpartum dengan teknik aseptik dan antiseptik.
 - b. Semua alat dan kain yang berhubungan dengan daerah genital harus suci hama.
 - c. Penderita dengan infeksi nifas sebaiknya dirawat dalam ruangan khusus, tidak bercampur dengan ibu nifas yang sehat.
 - d. Membatasi tamu yang berkunjung.
 - e. Mobilisasi dini (*early ambulation*).

11.4 Komplikasi Preeklamsi

Preeklamsia pasca persalinan (*postpartum pre-eclampsia*) atau tekanan darah tinggi setelah melahirkan ini bisa terjadi pada wanita memiliki tekanan darah tinggi dan kelebihan protein dalam urinenya setelah melahirkan. Menangani preeklamsia setelah melahirkan diperlukan penanganan medis segera karena dapat membahayakan ibu mengalami komplikasi serius setelah melahirkan. *Postpartum pre-eclampsia* merupakan hipertensi yang terjadi dalam waktu 48 jam dan bisa sampai 6 minggu pasca persalinan disertai gangguan organ. (Wibowo N, Irwinda R, Frisdiantiny E, Karkata MK, 2016)

Preeklamsia setelah melahirkan ini memiliki kriteria tensi $\geq 140/90$ mmHg dan disertai minimal satu gejala seperti; proteinuria $\geq +1$, sakit kepala/penglihatan kabur, edema paru, nyeri epigastrium, peningkatan fungsi hati dan ginjal, trombositopenia, pembengkakan pada kaki dan mudah lelah

Menangani preeklampsia setelah melahirkan (*postpartum pre-eclampsia*) dengan tepat diperlukan agar terhindar dari komplikasi. Pencegahan preeklampsia dapat dilakukan dengan cara .(Wibowo N, Irwinda R, Frisdiantiny E, Karkata MK, 2016)

1. Beri KIE tentang tanda-tanda bahaya pre-eclampsia
2. Observasi keadaan umum dan tanda-tanda vital,
3. Pantau tekanan darah, protein urin
4. Anjurkan pada ibu untuk banyak istirahat
5. Anjurkan pada ibu untuk diet rendah garam.
6. Keseimbangan cairan dan pengganti elektrolit untuk memperbaiki hipovolemik mencegah kelebihan sirkulasi dan pemeriksaan serum harian. yang seimbang

Penatalaksanaan pre eklampsia berat secara aktif pada masa nifas: (Rana S, Lemoine E, Granger JP, 2019)

1. Keseimbangan cairan dan pengganti elektrolit untuk memperbaiki hipovolemik mencegah kelebihan sirkulasi dan pemeriksaan serum harian.
2. Melakukan kolaborasi dengan dokter SpOG.
3. Pemberian Sedativa: Phenobarbital 3 x 100 mg, Valium 3 x 20 mg
4. Untuk menghindari kejang, beri sulfas magnesikus 40% sebanyak 10 ml (4 gr) disuntikkan Intra Musculus (IM) bokong kiri dan kanan sebagai dosis permulaan dan dapat diulang pada 4 gr tiap 6 jam menurut keadaan, Klopromazin 50 mg Intra Musculus (IM).

11.5 Komplikasi Masalah Payudara

11.5.1 Bendungan ASI

Bendungan ASI adalah pembendungan air susu karena penyempitan duktus lakteferi atau oleh kelenjar-kelenjar tidak dikosongkan dengan sempurna atau karena kelainan pada puting susu (Maritalia, 2012)

Beberapa faktor yang bisa menyebabkan bendungan ASI, yakni diantaranya:

1. Pengosongan payudara yang tidak maksimal
2. Tidak kuatnya hisapan bayi
3. Posisi menyusui yang salah
4. Puting susu terbenam

Gejala klinis bendungan ASI

1. Payudara terasa bengkak, keras dan panas
2. Nyeri tekan pada payudara.

Penatalaksanaan bendungan ASI

1. Menyusui bayi sesegera mungkin sesudah lahir.
2. Menyusui bayi tanpa jadwal (urutan).
3. Lakukan perawatan payudara.
4. Jika hendak menyusui, keluarkan ASI sedikit untuk memudahkan bayi meraih serta menghisap puting susu.
5. Pengosongan payudara.
6. Menyusui pada kedua payudara secara bergantian

11.5.2 Mastitis

Mastitis merupakan suatu proses peradangan pada satu atau lebih segmen payudara yang mungkin disertai infeksi atau tanpa infeksi. Dalam proses ini dikenal pula istilah stasis ASI, mastitis tanpa infeksi, dan mastitis terinfeksi. Apabila ASI menetap di bagian tertentu payudara, karena saluran tersumbat atau karena payudara bengkak, maka ini disebut stasis ASI. Bila ASI tidak juga

dikeluarkan, akan terjadi peradangan jaringan payudara yang disebut mastitis tanpa infeksi, dan bila telah terinfeksi bakteri disebut mastitis terinfeksi. Diagnosis mastitis ditegakkan berdasarkan kumpulan gejala sebagai berikut: (Marliandiani, Y., Ningrum, 2015)

1. Demam, suhu di atas 38,5C
2. Menggigil
3. Nyeri maupun ngilu di sekujur tubuh
4. Payudara tampak merah, tegang, bengkak, panas, serta terasa begitu nyeri.
5. Naiknya kadar natrium pada ASI yang menjadikan bayi tidak mau menyusu lantaran ASI menjadi asin
6. Munculnya garis-garis merah ke arah ketiak.

Bakteri dapat masuk melalui saluran susu menuju ke dalam lobus ekskretoris, lewat puting susu yang retak ke kelenjar getah bening di sekitar saluran susu (periductal), maupun lewat sebaran hematogen (vaskular). Organisme yang sangat umum ialah *Staphylococcus aureus*, *Escherecia coli* serta *Streptococcus*. (Nurjanah, 2013)

Faktor risiko terjadinya mastitis ialah diantaranya:

1. Sebelumnya menderita mastitis.
2. puting lecet
3. Jarang menyusui atau periode menyusui yang singkat.
4. Tidak sempurnanya pengosongan payudara
5. Perlekatan bayi yang tidak tepat.
6. Ibu yang sakit atau bayi yang sakit.
7. Pendeknya frenulum.
8. Terlalu banyak produksi susu.
9. Berhenti menyusui dengan cepat/mendadak
10. Penekanan payudara, seperti akibat bra yang sangat ketat
11. Penyumbatan saluran susu atau terbukanya saluran susu karena ASI, jamur, ketombe, dll.

12. Kelelahan maupun stresnya.
13. ibu kurang gizi terkait pada daya tahan tubuh yang rendah.

Penatalaksanaan

1. Ajarkan tehnik menyusui yang benar
2. Menyusui secara bergantian pada payudara kiri dan kanan
3. Pengosongan payudara
4. Mencegah luka di area puting susu
5. Konsumsi cairan yang banyak
6. Merawat kebersihan puting.
7. Kompres dingin untuk mengurangi nyeri dan kompres hangat Ketika payudara bengkak
8. Lakukan pijat oksitosin
9. Cuci tangan ketika hendak menyusui serta sesudahnya.
10. Pereda nyeri yang disarankan adalah antiradang seperti ibuprofen.
11. Jika gejala tidak membaik pada 12 sampai 24 jam maupun ibu tampak sakit parah, antibiotik harus segera diberikan.

11.5.3 Abses Payudara

Abses payudara ialah komplikasi dari mastitis yang diakibatkan oleh mastitis yang luas serta diakibatkan infeksi bakteri antara lain *Staphylococcus aureus* yang dapat masuk ke luka di bagian payudara khususnya di sekitar area (Marliandiani, Y., Ningrum, 2015)

Gejala klinis

1. Payudara tampak merah mengkilap, bengkak, terasa panas, teraba massa dan tampak abses diikuti nanah
2. Gejala umum termasuk demam tinggi, menggigil dan malaise
3. Membesarnya kelenjar getah bening aksila di sisi yang sama seperti payudara yang terkena

Penatalaksanaan

1. Jika sedang mengalami abses, hentikan menyusui, namun ASI tetap perlu diperah.
2. Bila abses semakin parah rujuk untuk penorehan mengeluarkan nanah dan pemberian antibiotic

11.6 Komplikasi Masalah Psikologis

11.6.1 Postpartum Blues

Postpartum blues adalah perasaan sedih yang dialami oleh ibu setelah melahirkan, hal ini berkaitan dengan bayinya. Kondisi ini sering terjadi dalam 14 hari pertama setelah melahirkan, dan cenderung lebih buruk pada hari ketiga atau keempat. Postpartum blues dapat disebabkan oleh beberapa faktor seperti faktor biologis, fisik, psikis, maupun social. (Hawari, 2016)

Munculnya gangguan postpartum blues ditandai dengan gejala sebagai berikut:

1. Individu sering merasa sedih, terlihat murung, dan sering menangis meski tanpa disertai sebab yang jelas.
2. Mudah lelah dan sakit kepala, dalam beberapa kasus sering migrain.
3. Ada kekawatiran tidak bisa mengurus bayinya dengan baik.
4. Adanya perasaan tidak berdaya yang disebabkan kelelahan sewaktu melahirkan dan persepsi yang terlampaui jauh mengenai tugastugasnya.

Beberapa tindakan yang dapat dilakukan untuk mengatasi gangguan postpartum blues pada ibu

1. Persiapan diri yang baik selama kehamilan untuk menghadapi masa nifas
2. Komunikasikan segala permasalahan atau hal yang ingin disampaikan
3. Menceritakan kecemasan yang dirasakan

4. Bersikap tulus serta ikhlas terhadap apa yang dialami dan berusaha melakukan peran barunya sebagai seorang ibu dengan baik
5. Cukup istirahat
6. Berolahraga ringan
7. Makan yang bergizi
8. Berikan dukungan dari keluarga, suami atau saudara,
9. Konsultasikan pada tenaga kesehatan atau orang profesional agar dapat memfasilitasi faktor resiko lainnya selama masa nifas dan membantu dalam melakukan upaya pengawasan.

11.6.2 Postpartum Depression

Postpartum Depression (Depresi Postpartum) Depresi postpartum hampir sama dengan dengan postpartum blues, namun dengan intensitas, frekuensi, dan durasi gejala yang timbul lebih lama. Depresi postpartum dapat dialami oleh ibu paling lambat 8 minggu setelah melahirkan.

Adapun gejala-gejala yang timbul pada depresi postpartum adalah dipenuhi perasaan sedih dan depresi yang disertai dengan menangis tanpa sebab, tidak memiliki tenaga atau hanya sedikit saja, tidak dapat berkonsentrasi, ada perasaan bersalah dan tidak berharga, menjadi tidak tertarik dengan bayi atau terlalu memperhatikan dan mengkhawatirkan bayinya, adanya gangguan nafsu makan, ada perasaan takut untuk menyakiti diri sendiri atau bayinya, dan munculnya gangguan tidur (Armyati, 2015)

Penatalaksanaan pada depresi postpartum antara lain:

1. Skrining tes, yaitu dengan menggunakan *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS)
2. Dukungan psikologis dari suami, keluarga, dan petugas kesehatan.
3. Istirahat cukup untuk mengurangi perubahan perasaan.

4. Dibutuhkan dukungan psikolog apabila keadaan ibu tampak sangat mengganggu.

11.6.3 Postpartum Psychosis

Postpartum psychosis merupakan masalah kejiwaan serius yang dialami oleh ibu selepas melahirkan yang ditandai dengan agitasi yang hebat, pergantian perasaan yang cepat, depresi, dan delusi.

Gejala-gejala postpartum psychosis biasanya terjadi dalam dua minggu setelah melahirkan. Postpartum psychosis dapat berbentuk ringan, berat, hingga seorang ibu tidak dapat melakukan sesuatu untuk dirinya serta bayinya. Adapun karakteristik dari gejala-gejala postpartum psychosis (Hawari, 2016)

1. Delusi, yaitu kekeliruan dalam kesimpulan yang dipikirkan secara berulang-ulang yang terjadi akibat kekacauan mental.
2. Halusinasi, yaitu kesalahan persepsi di mana seseorang seolah-olah melihat sesuatu yang secara realitas tidak ada atau tidak terjadi.
3. Perubahan kepribadian dan abnormalitas pikiran. Seorang ibu dengan postpartum psychosis tidak dapat mengatur pikiran-pikiran yang diwujudkan dalam ucapan, dan biasanya ibu akan berperilaku dan bersikap diluar kebiasaan.
4. Berkurangnya pemahaman.
5. Kekacauan selera makan.
6. Pikiran-pikiran yang membahayakan.

Penatalaksanaan dan Pencegahan Depresi Postpartum

1. Terapi Farmakologis memberikan Obat-obatan antidepresan yang sesuai dengan keadaan ibu menyusui harus diresepkan oleh psikiater
2. Terapi Nonfarmakologis jika baru terjadi gejala ringan, maka dapat dilakukan intervensi sosial berupa peningkatan

dukungan bagi ibu seperti dukungan dari keluarga, teman sebaya, dan konseling dari praktisi kesehatan

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, & Y. 2010. *Asuhan kebidanan masa nifas. Edisi1*. : pastaka rihama.
- Armyati, E. O. 2015. *Buku Ajar Psikologi Kebidanan*. Unmuh Ponorogo Press.
- Hawari, D. 2016. *Manajemen Stres Cemas dan Depresi*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Maritalia, D. 2012. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Pustaka Pelajar.
- Marliandiani, Y., Ningrum, N. . 2015. *Buku Ajar AsuhanKebidanan Pada Masa Nifas dan Menyusui*. Salemba Medika.
- Marmi. 2015. *Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas "Puerperium Care."* Pustaka Pelajar.
- Nurjanah, S. 2013. *Asuhan Kebidanan Postpartu*. Pt.Reflika Aditama.
- Nurmailis, N. 2013. *Asuhan kebidanan ibu nifas dan deteksi dini komplikasi*. EGC.
- Oxorn, H. dan W. R. F. 2010. *Ilmu Kebidanan Patologi & Fisiologi Persalinan*. Yayasan Essentia Medica.
- POGI. 2016. *Buku Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Perdarahan Pasca-Salin*.
- Rana S, Lemoine E, Granger JP, K. S. 2019. Preeclampsia: pathophysiology, challenges, and perspectives. *Circ Research*, 124(7), 1094–1112.
- Roito, J. dkk. 2013. *Asuhan Kebidanan Ibu Nifas dan Deteksi Dini Komplikasi*. EGC.
- Wibowo N, Irwinda R, Frisdiantiny E, Karkata MK, J. 2016. *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Diagnosis dan Tatalaksana Preeklampsia*. Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia.

BAB 12

KEBIDANAN DALAM PRAKTIK

KELUARGA BERENCANA

Oleh Imelda Rosniyati Dewi

12.1 Pendahuluan

Keluarga Berencana (KB) merupakan salah satu komponen penting perawatan kesehatan untuk meminimalisir kehamilan yang tidak diinginkan, terutama di negara berkembang yang angka kelahirannya masih tinggi. Pertumbuhan penduduk yang cepat akan berimplikasi pada peningkatan kemiskinan, terabaikannya status kesehatan, menurunnya akses pendidikan, menyempitnya lapangan pekerjaan, bahkan dampak lingkungan. Oleh karena itu, banyak negara berkembang yang berusaha menekan laju pertumbuhan penduduk dengan mengoptimalkan program KB (Amin, Hadisiwi and Suminar, 2022).

Alat/metode keluarga berencana berguna untuk program keluarga berencana, namun alat/metode keluarga berencana berbeda untuk setiap individu dan keluarga. Ketika mengambil keputusan untuk memilih alat/metode KB, setiap individu harus memikirkan apakah alat/metode KB tersebut cocok untuk digunakan oleh dirinya sendiri karena alat/metode KB memiliki kelebihan dan kekurangan yang berbeda tergantung pada individu tersebut. Pemilihan alat/metode KB juga berkaitan erat dengan layanan KB yang tersedia (Febriawati *et al.*, 2021).

Data yang dirilis WHO pada tahun 2019 menunjukkan bahwa berdasarkan hasil evaluasi tahun 2016 di Indonesia rincian penggunaan metode kontrasepsi dari 71.611 wanita usai 15-49 tahun, paling banyak menggunakan metode suntikan (23.2%), Pil

(9.1 %), Implan (3.9%), IUD (3.2%), MOW (2.8%), kondom pria (0.6 %), MOP (0.1%) (United Nations - Department of Economic and Social Affairs, 2019).

Bidan dalam menjalankan tugas dan wewenangnya berperan dalam pelayanan kontrasepsi. Hal ini diatur dalam Kepmenkes 320 tentang Standar Profesi Bidan, Undang-Undang Nomor 4 tahun 2019 tentang Kebidanan yang mengatur tentang landasan praktik bidan dalam pelayanan keluarga berencana. Keberhasilan praktik Keluarga Berencana dipengaruhi oleh banyak faktor termasuk di dalamnya adalah peran bidan dalam memberdayakan keluarga yang terdiri dari Pasangan Usia Subur dan khususnya terhadap perempuan.

Pemberdayaan perempuan adalah proses di mana perempuan memperoleh sumber daya yang memungkinkan, seperti pendidikan, yang dapat meningkatkan kemampuan untuk menentukan pilihan hidup dalam konteks historis dan sosial yang terus berkembang. Mencakup kemampuan untuk merumuskan pilihan strategis sendiri, mengendalikan sumber daya, dan membuat perubahan sikap di bawah kendala yang terus berkembang. Berhubungan dengan layanan kontrasepsi dalam kebidanan langkah-langkah seperti memberikan pilihan antara metode kontrasepsi jangka pendek dan jangka panjang, juga dapat memberikan wawasan lebih lanjut kepada perempuan tentang pilihan kontrasepsi (Samari, 2018).

Sebagai bagian dari lingkup praktiknya, bidan memiliki kewajiban untuk memberikan nasihat keluarga berencana yang baik serta diharuskan untuk memberikan informasi yang memungkinkan perempuan untuk membuat pilihan terkait skrining penyakit menular seksual seperti sifilis, hepatitis B dan C, serta Human Immunodeficiency Virus (HIV). Konseling Keluarga Berencana dapat ditawarkan kepada perempuan dan pasangannya oleh bidan di masyarakat, di rumah atau klinik dokter umum, di puskesmas atau di rumah sakit.

12.2 Konsep Dasar Keluarga Berencana

1. Penduduk dan Kependudukan

a. Penduduk

Penduduk adalah orang-orang yang tinggal di wilayah Indonesia baik dari dalam maupun luar Indonesia. Penduduk dinilai kualitasnya berdasarkan kondisi sehat atau sakit, kualitas pendidikan, produktivitas, tingkat kehidupan sosial, ketahanan individu dan keluarga, mandiri, kemampuan kognitif yang baik yang dijadikan dasar dalam mengembangkan dan menikmati kehidupan yang bertaqwa, berbudaya, berkebangsaan dan mengembangkan kehidupan yang layak (Gatiningsih dan Sutrisno, 2017).

Program Keluarga Berencana di Indonesia ditetapkan sebagai rencana strategis untuk meningkatkan kualitas penduduk melalui pengaturan kelahiran, meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu, meningkatkan kualitas pelayanan KB dan kesehatan reproduksi, serta meningkatkan kesadaran dan pemahaman tentang kesehatan reproduksi dan penyiapan kehidupan berkeluarga bagi remaja. Program keluarga berencana di Indonesia tidak lagi menjadi prioritas nasional karena adanya desentralisasi (kewenangan di tingkat kabupaten/kota) (Mahmud *et al.*, 2021).

Penduduk dikelompokkan ke dalam kelompok-kelompok berdasarkan ciri dan karakteristik dalam penduduk diantaranya berdasarkan aspek biologis penduduk dibedakan berdasarkan umur dan jenis kelamin, berdasarkan aspek sosial dikelompokkan dengan mangacu pada tingkat pendidikan atau status perkawinan, berdasarkan aspek ekonomi penduduk di kelompokkan sesuai dengan pekerjaan atau jumlah pendapatan, berdasarkan aspek geografis dapat dikelompokkan

dengan mengacu pada lokasi daerah atau wilayah tempat tinggal (Gatiningsih dan Sutrisno, 2017).

b. Kependudukan

Dinamika penduduk yang berhubungan dengan jumlah, struktur, umur, jenis kelamin, agama, kelahiran, perkawinan, kehamilan, kematian, persebaran, mobilitas dan kualitas serta ketahanannya yang menyangkut politik, ekonomi, sosial, dan budaya dipelajari dalam suatu konsep yang dinamakan kependudukan. Keberhasilan pembangunan berkelanjutan berhubungan dengan perkembangan kependudukan (Gatiningsih dan Sutrisno, 2017).

Kontrasepsi membantu pasangan dan individu untuk mencapai tujuan reproduksi mereka dan memungkinkan mereka untuk menggunakan hak mereka untuk memiliki anak sesuai pilihan. Meningkatnya penggunaan metode kontrasepsi telah menghasilkan peningkatan dalam hasil yang berhubungan dengan kesehatan seperti penurunan kehamilan yang tidak diinginkan dan kehamilan berisiko tinggi, dan kematian ibu dan bayi, serta peningkatan dalam hasil pendidikan dan ekonomi, terutama bagi perempuan (World Health Organization, 2020).

Dinamika atau perubahan kependudukan di pengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya adalah perkawinan, kelahiran, kematian dan perpindahan penduduk. Dinamika ini berproses sepanjang siklus kehidupan manusia, kelahiran berdampak pada pertambahan jumlah penduduk, kematian berdampak pada pengurangan jumlah penduduk sedangkan migrasi berdampak pada keseimbangan jumlah penduduk pada beberapa daerah. Tinggi rendahnya jumlah dari faktor-

faktor ini (perkawinan, kelahiran, kematian, migrasi) berpengaruh terhadap laju pertumbuhan penduduk (Kusumawardani and Azizah, 2021).

Dinamika kependudukan berdampak pada pertumbuhan ekonomi dan kemakmuran, sumber daya manusia, pangan dan pertanian, kesehatan dan pendidikan, ketersediaan layanan sosial, dan banyak lagi.

2. Tujuan, Manfaat dan Sasaran Program Keluarga Berencana
 - a. Tujuan Program Keluarga Berencana Berbasis Hak
Tujuan strategis program KB berbasis hak perempuan adalah sebagai berikut (Surapaty *et al.*, 2020):
 - 1) Semua pihak dimungkinkan untuk mencapai tujuan reproduksi mereka dengan sistem pelayanan KB yang adil dan berkualitas tersedia di berbagai sektor baik publik maupun swasta.
 - 2) Metode kontrasepsi modern digunakan secara berkelanjutan dan permintaanya meningkat.
 - 3) Semua pihak dimungkinkan untuk mencapai tujuan reproduksi mereka dengan bimbingan dan pengelolaan pelayanan KB yang adil, berkualitas dan berkesinambungan di berbagai sektor baik publik maupun swasta.
 - 4) Inovasi dan bukti untuk meningkatkan efisien dan efektif pelayanan KB dikembangkan dan diaplikasikan.

Penggunaan kontrasepsi memberikan dampak langsung dan tidak langsung terhadap hasil pembangunan, termasuk yang tercakup dalam SDGs. Secara langsung, kontrasepsi bertujuan mengurangi risiko kematian ibu dan bayi baru lahir dengan mengurangi paparan terhadap kehamilan. Selain itu penggunaan kontrasepsi menghasilkan lebih sedikit kehamilan berisiko tinggi, rata-rata kehamilan pertama ditunda

setelah masa remaja dan selanjutnya kehamilan berikutnya memiliki jarak yang lebih baik.

Kontrasepsi juga mempengaruhi jumlah total anak dalam sebuah keluarga. Faktor-faktor ini berdampak pada tingkat kesuburan total suatu negara serta variabel demografis lainnya seperti jumlah anak-anak relatif terhadap orang dewasa usia kerja (suatu ukuran beban ekonomi), pertumbuhan penduduk (beban ekonomi).

b. Sasaran dan Manfaat Program Keluarga Berencana

Sasaran program keluarga berencana diantaranya adalah perempuan dan remaja. Laki-laki dan usia reproduktif 15-49 tahun. Keluarga Berencana mempengaruhi orang dengan berbagai cara. Hal yang paling mendasar adalah memajukan hak-hak asasi manusia, membantu remaja, perempuan dan laki-laki mendapatkan hak-hak mereka untuk memutuskan secara bebas kapan, dan berapa banyak anak yang ingin mereka miliki (Starbird, Norton and Marcus, 2016).

Keluarga berencana mendukung hak-hak perempuan untuk tetap tidak menikah dan tidak memiliki anak sampai siap secara fisik, psikologis, dan ekonomi, dan adanya keinginan untuk memiliki anak. Hal ini juga mendukung hak-hak untuk mendapatkan informasi tentang bagaimana kehamilan yang cepat dan berulang akan mempengaruhi masa depan. Keluarga Berencana mendukung hak semua orang untuk mendapatkan informasi yang akurat dan tidak bias tentang metode kontrasepsi yang dapat membantu individu mencapai pilihan kontrasepsinya (Starbird, Norton and Marcus, 2016).

12.3 Pilihan-Pilihan Kontrasepsi dalam Keluarga Berencana

1. Kontrasepsi Hormonal Kombinasi

a. Mekanisme Kerja dan Efektivitas

Kontrasepsi hormonal kombinasi merupakan salah satu jenis obat yang paling sering diresepkan. Saat ini, kontrasepsi oral kombinasi dapat diberikan melalui pil, koyo, atau cincin vagina dengan tingkat kegagalan yang serupa kurang dari 1% untuk penggunaan yang sempurna dan 7% hingga 9% untuk penggunaan biasa. Pada kontrasepsi oral kombinasi, baik progestin maupun estrogen menghambat aksis hipotalamus-hipofisis-ovarium, yang mengendalikan siklus reproduksi. Progestin mencegah kehamilan dengan cara menghambat lonjakan hormon *Luteinizing Hormone* (LH), sehingga menekan ovulasi, mengentalkan lendir serviks, menurunkan motilitas tuba falopii, dan menyebabkan endometrium menjadi atrofi. Sementara itu, estrogen mencegah kehamilan dengan menekan produksi hormon *Folikel Stimulating Hormone* (FSH), yang mencegah perkembangan folikel yang dominan (Britton *et al.*, 2020).

Progestin bertanggung jawab atas sebagian besar metode kontrasepsi dan efek sampingnya, penambahan estrogen membantu mencegah perdarahan yang tidak teratur atau tidak terjadwal. Secara tradisional, pengguna menggunakan kontrasepsi oral kombinasi selama tiga minggu, kemudian pil plasebo atau tidak menggunakan kontrasepsi oral kombinasi selama satu minggu. Minggu bebas hormon mendorong terjadinya perdarahan putus obat, yang disebabkan oleh penghentian penggunaan bahan aktif kontrasepsi oral kombinasi, yang meniru siklus menstruasi dan dapat memastikan bahwa pengguna tidak hamil (Britton *et al.*, 2020).

Metode kontrasepsi oral kombinasi juga berhubungan dengan penurunan risiko kanker ovarium, endometrium dan usus besar, dan sangat penting dalam mengobati sindrom ovarium polikistik.

b. Efek Samping

Efek samping yang umum dari metode kontrasepsi oral kombinasi adalah sebagai berikut (Britton *et al.*, 2020):

- 1) Menstruasi yang lebih ringan dan lebih pendek
- 2) Perdarahan yang tidak teratur atau bercak
- 3) Amenore, mual, nyeri payudara, emosi yang tidak stabil, sakit kepala, dan berkurangnya gejala sindrom pramenstruasi seperti kembung, kram, dan jerawat

Efek samping ini sulit diprediksi apakah akan dialami oleh setiap individu atau tidak termasuk mengalami efek samping yang mana dan seberapa parah efek samping yang dialami.

c. Kontraindikasi

Kontraindikasi kontrasepsi hormonal adalah sebagai berikut (Britton *et al.*, 2020)

- 1) Usia 35 tahun atau lebih dan merokok 15 batang atau lebih per hari
- 2) Kurang dari 21 hari pascapersalinan
- 3) Memiliki tekanan darah sistolik 160 mmHg atau lebih, atau tekanan darah diastolik 100 mmHg atau lebih
- 4) Pernah menjalani pembedahan besar dengan imobilisasi yang berkepanjangan
- 5) Mengalami migrain dengan aura
- 6) Memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami trombosis vena dalam atau emboli paru yang berulang.

Kontrasepsi oral hormonal kombinasi masih efektif bila dikonsumsi bersamaan dengan banyak obat, termasuk antibiotik yang paling sering digunakan, namun

penggunaan obat-obatan tertentu secara bersamaan seperti terapi rifampisin atau rifabutin, obat antiretroviral fosamprenavir (Lexiva), dan antikonvulsan tertentu dapat mengurangi efektivitas kontrasepsi oral kombinasi dan dianjurkan untuk menggunakan metode kontrasepsi cadangan nonhormonal (Britton *et al.*, 2020).

2. Kontrasepsi Pil Kombinasi

Kontrasepsi pil kombinasi pada umumnya mengandung kombinasi 10 hingga 35 mcg etinil estradiol dan salah satu dari empat generasi progestin. Formulasi yang berbeda memiliki profil efek samping yang berbeda, sehingga pasien mungkin perlu mencoba formulasi lain jika terjadi efek samping yang tidak diinginkan.

Pil harus diminum pada waktu yang hampir sama setiap hari untuk mempertahankan penekanan ovulasi. Dosis yang sering ini merupakan salah satu kelemahan utama penggunaan pil, dan melewatkan satu pil adalah hal yang biasa terjadi, berapapun usianya. Secara umum, petugas kesehatan dalam pelayanan kontrasepsi harus memberi tahu pasien bahwa pil yang terlewat harus segera diminum begitu teringat. Penekanan ovulasi tidak dijamin jika lebih dari 48 jam telah berlalu sejak pil terakhir diminum. Melewatkan satu pil tidak akan berpengaruh banyak terhadap efektivitas, tetapi jika dua pil terlewatkan, pil yang terakhir harus diminum sesegera mungkin, dan metode kontrasepsi cadangan (seperti kondom) harus digunakan selama tujuh hari. Kontrasepsi oral kombinasi memiliki tingkat kegagalan yang lebih tinggi ketika tidak diminum pada waktu yang sama setiap hari, karena kadar obat yang efektif dipertahankan di dalam aliran darah hanya selama 22 jam (Britton *et al.*, 2020).

3. Metode Kontrasepsi yang Hanya Mengandung Progesteron

a. Pil Progestin

Pil progestin pada umumnya dibuat dengan progesteron generasi pertama, dan jumlah dosisnya jauh lebih rendah dibandingkan dengan pil kombinasi. Seperti halnya kontrasepsi oral kombinasi, kontrasepsi oral progestin harus diminum pada waktu yang sama setiap harinya. Kontrasepsi ini digunakan terus menerus tanpa jeda waktu bebas hormon seperti pada pil kombinasi (Britton *et al.*, 2020).

Efek samping yang paling umum dari pil progestin adalah perdarahan dan flek yang tidak terjadwal, kemungkinan disebabkan oleh waktu kerja harian yang lebih pendek dan tidak adanya estrogen. Tidak berbeda halnya dengan kontrasepsi hormonal kombinasi, pasien harus menggunakan metode cadangan non hormonal ketika menggunakan obat tertentu, termasuk terapi rifampisin atau rifabutin, obat antiretroviral fosamprenavir, dan antikonvulsan tertentu.

b. Injeksi DMPA (*Depo Medroxyprogesterone Acetate*)/Depo-Provera

DMPA tersedia dalam bentuk injeksi intramuskular 150 mg/mL atau injeksi subkutan 104 mg/mL yang diberikan setiap 12 sampai 13 minggu atau tiga bulan sekali. Suntikan harus diberikan oleh tenaga kesehatan. Tingkat kegagalannya kurang dari 1% pada penggunaan yang teratur dan benar sedangkan sebesar 4% pada penggunaan biasa. DMPA juga mempengaruhi aksis hipotalamus-hipofisis-ovarium di hipotalamus, menghambat ovulasi melalui penekanan terhadap hormon pelepas gonadotropin. Menstruasi yang tidak teratur adalah efek samping yang umum terjadi. Dalam beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa, setelah

satu tahun penggunaan secara teratur, hanya sebesar 12% pengguna DMPA yang mengalami menstruasi secara teratur dan sebesar 46% mengalami amenore (Britton *et al.*, 2020).

Efek samping potensial lainnya termasuk penambahan berat badan, gangguan metabolisme glukosa, kehilangan kepadatan mineral tulang, sakit kepala, dan perubahan suasana hati. DMPA memiliki sedikit kontraindikasi dan hampir tidak ada interaksi obat. Manfaat tambahannya termasuk penurunan risiko kanker endometrium dan penyakit radang panggul, penurunan kejadian serangan epilepsi, dan penurunan frekuensi krisis sel sabit.

c. Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)

Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK) atau Implan merupakan salah satu metode kontrasepsi jangka panjang dengan tingkat kesuburan yang cepat kembali setelah pelepasan dan efektif, namun pemasangan dan pelepasannya berada dalam lingkup praktik tenaga kesehatan dan dilakukan di fasilitas kesehatan yang memadai sehingga klien tidak dapat memasang dan melepas implan sendiri.

Jenis-jenis Implan adalah sebagai berikut:

- 1) Implan batang tunggal (Implanon, Nexplanon), yang seukuran batang korek api, dimasukkan ke dalam lengan atas dan dapat bertahan hingga tiga tahun, mengandung 68 mg etonogestrel yang dilepaskan secara bertahap dengan kecepatan yang perlahan-lahan berkurang, dari 60 sampai 70 mcg/hari pada awalnya menjadi 25 sampai 30 mcg/hari pada akhir tahun ketiga. Tingkat kegagalan pada penggunaan biasa dan penggunaan tepat dan benar di bawah 1%. Metode implan aman untuk sebagian besar orang, meskipun terdapat kontraindikasi untuk beberapa kondisi

tertentu seperti kanker payudara yang masih aktif atau kanker payudara stadium lanjut (Britton *et al.*, 2020).

4. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Metode non hormonal reversibel yang paling efektif adalah AKDR tembaga yang memiliki tingkat kegagalan di bawah 1% baik pada penggunaan biasa maupun penggunaan yang benar dan tepat dengan masa efektif hingga 10 tahun serta harus dipasang oleh penyedia layanan kesehatan yang ahli dan terampil di fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai. Di Asia Timur dan Asia Tenggara, IUD merupakan metode kontrasepsi yang paling umum digunakan (18,6 persen wanita mengandalkan metode ini) (United Nations - Department of Economic and Social Affairs, 2019).

IUD dengan tembaga bersifat spermisida. IUD tembaga tidak mempengaruhi ovulasi atau waktu siklus menstruasi, tetapi dikaitkan dengan perdarahan menstruasi yang lebih berat dan keluhan pada abdomen seperti kram. Metode kontrasepsi ini dapat menjadi pilihan yang tepat bagi klien yang memiliki kontraindikasi terhadap metode kontrasepsi oral kombinasi atau metode progestin serta klien dengan alergi terhadap tembaga, infeksi rahim, atau kanker rahim (Britton *et al.*, 2020).

5. Metode Kontrasepsi Sederhana

a. Metode Barrier dengan atau tanpa spermisida

Metode kontrasepsi yang termasuk di dalamnya adalah kondom dan diafragma Efektivitasnya sangat tergantung pada perilaku pengguna dan tingkat kegagalan sangat bervariasi. Kondom tersedia tanpa resep. Kondom yang terbuat dari poliuretan atau lateks dapat mencegah penularan IMS, termasuk infeksi HIV. Kondom non lateks yang terbuat dari kulit domba tersedia untuk individu yang memiliki sensitivitas terhadap lateks, tetapi tidak melindungi dari IMS.

Diafragma dimasukkan ke dalam liang vagina sehingga menghalangi leher rahim dan dapat dipasang hingga satu jam sebelum berhubungan intim. Alat ini memerlukan resep dokter, dan biasanya tersedia dalam berbagai ukuran, sehingga memerlukan pemasangan oleh penyedia layanan kesehatan. Diafragma digunakan dengan spermisida untuk meningkatkan keefektifannya. Penggunaan spermisida merupakan kontraindikasi pada orang yang berisiko tinggi tertular HIV dan tidak dianjurkan untuk orang yang mengidap HIV.

- b. Metode Sederhana Tanpa Alat atau Metode Perilaku
Metode ini termasuk didalamnya adalah Metode Amenore Laktasi (MAL), Metode Sadar Masa Subur, Coitus Interruptus serta Metode Lendir Serviks, Metode Suhu Basal.

- 1) Metode Amenore Laktasi (MAL)

- Metode ini bergantung pada penekanan alamiah terhadap lonjakan LH yang terjadi selama pemberian ASI eksklusif. Metode ini sangat efektif bila bayi diberi ASI eksklusif sesuai permintaan, ketika bayi berusia di bawah enam bulan dan ketika perempuan belum kembali menstruasi dan efektifitasnya kurang apabila pemberian ASI tidak eksklusif dan usia bayi telah lebih dari enam bulan.

- 2) Metode Sadar Masa Subur (mempelajari Siklus Menstruasi, Suhu Tubuh Basal, Metode Mengenali Lendir serviks atau Mengecek Kadar LH).

- Metode sadar masa subur melibatkan kegiatan pantang berkala atau menghindari hubungan seksual tanpa kondom selama masa subur yang diperkirakan. Pada pertengahan siklus menstruasi, lonjakan LH yang mendahului ovulasi diikuti oleh peningkatan progesteron yang menyebabkan peningkatan suhu

tubuh basal yang kecil namun terukur. Waktu ovulasi pada setiap perempuan bervariasi bahkan di antara perempuan dengan panjang siklus yang sama. Jika menggunakan metode ini dengan benar setiap saat dan memiliki menstruasi yang teratur, ada 95-97 persen kemungkinan tidak akan hamil.

Hari-hari subur adalah hari-hari dalam sebulan ketika seorang wanita paling mungkin untuk hamil. Masa subur subur adalah hari-hari sebelum, selama, dan tepat setelah sel telur dilepaskan (ovulasi). Dengan menggunakan metode ini, seorang perempuan mencatat suhu tubuhnya, jenis cairan vagina dan periode (siklus menstruasi) pada kalender setiap hari. Catatan ini membantu memprediksi kapan kemungkinan besar ia akan hamil.

6. Metode Kontrasepsi Mantap/Sterilisasi

Baik pria maupun wanita dapat menggunakan kontrasepsi mantap atau sterilisasi. Kontrasepsi mantap adalah metode pengendalian kelahiran yang permanen sehingga tidak dapat hamil lagi bagi wanita yang di MOW dengan efektivitas sebesar 99.9 %. Wanita atau pria tidak boleh menggunakan metode MOW kecuali jika telah yakin bahwa tidak menginginkan anak lagi. Untuk menyetujui tindakan sterilisasi, beberapa syarat diantaranya adalah harus berusia minimal 21 tahun, mengerti apa yang dimaksud dengan sterilisasi, dan dapat membuat keputusan sendiri. Sterilisasi pria disebut vasektomi. Pembedahan ini dilakukan di fasilitas penyedia layanan kesehatan. Penyedia layanan kesehatan akan memotong dan menutup tabung yang membawa sperma pria. Sterilisasi wanita disebut tubektomi atau ligasi tuba. Pembedahan ini dapat dilakukan sebagai prosedur rawat jalan. Saluran tuba yang membawa sel telur wanita dipotong dan

disegel (South Carolina Department of Health and Environmental Control).

7. Metode Kontrasepsi Darurat

Menggunakan kontrasepsi darurat dapat menghentikan kehamilan sebelum kehamilan dimulai. Kontrasepsi darurat Pil KB atau IUD dapat digunakan dalam waktu 5 hari (atau 120 jam) setelah melakukan hubungan seks tanpa pelindung. Hormon-hormon mencegah pelepasan sel telur dan mengganggu pergerakan sperma. Kontrasepsi darurat harus digunakan lebih cepat untuk mengurangi kemungkinan hamil. Jika sudah hamil, kontrasepsi darurat tidak akan berhasil. Jika menggunakan kontrasepsi darurat dengan tepat, ada sekitar 75 % kemungkinan tidak akan hamil. Kontrasepsi darurat bekerja paling baik jika digunakan sesegera mungkin setelah melakukan hubungan seks tanpa pengaman

Berikut ini merupakan tabel rangkuman mekanisme berbagai metode kontrasepsi yaitu:

Tabel 12.1. Metode Kontrasepsi dan Mekanisme Kerja

Metode Kontrasepsi	Mekanisme kerja
Kontrasepsi oral kombinasi	Mencegah pelepasan sel telur dari indung telur (ovulasi)
Mini pil	Mengentalkan lendir serviks untuk memblokir sperma dan sel telur agar tidak bertemu dan mencegah ovulasi
Implan	Mengentalkan lendir serviks untuk memblokir sperma dan sel telur agar tidak bertemu dan mencegah ovulasi
Suntikan Kombinasi	Mencegah pelepasan sel telur dari

Metode Kontrasepsi	Mekanisme kerja
	indung telur (ovulasi)
Suntikan Progestin	Mengentalkan lendir serviks untuk memblokir sperma dan sel telur agar tidak bertemu dan mencegah ovulasi
AKDR	Komponen tembaga merusak sperma dan mencegahnya bertemu dengan sel telur
Kondom Pria/Wanita	Membentuk penghalang untuk mencegah sperma dan sel telur agar tidak bertemu
Kontrasepsi Darurat Pil	Mencegah atau menunda pelepasan sel telur dari indung telur. Pil yang diminum untuk mencegah kehamilan hingga 5 hari setelah hubungan seks
Kontrasepsi Mantap Pria	Menjaga sperma keluar dari air mani yang diejakulasikan
Kontrasepsi Mantap Wanita	Sel telur terhalang untuk bertemu dengan sperma
Metode sederhana tanpa alat	Mencegah kehamilan dengan menghindari hubungan seks vaginal tanpa kondom selama sebagian besar masa subur
Metode Amenore Laktasi	Mencegah pelepasan sel telur dari indung telur (ovulasi)

12.4 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

1. Konsep Perencanaan Keluarga

Perencanaan keluarga dilakukan dengan menunda kehamilan, mengetahui masa pengaturan kesuburan dan menentukan keputusan untuk mengakhiri kesuburan. Perencanaan ini dilakukan bidan dan diitergrasikan dalam layanan kebidanan. Hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan sebelumnya pada bulan Maret 2022 menunjukkan hasil bahwa bidan biasanya memberikan konseling tentang penggunaan kontrasepsi dimulai dari kehamilan Trimester ke dua, dengan anjuran penggunaan kontrasepsi segera setelah persalinan terutama bagi ibu hamil resiko tinggi (Kusuma, Damayanti and Prasetyo, 2022).

Prosedur mekanisme pelayanan Keluarga Berencana di fasilitas pelayanan kesehatan dimulai dengan calon akseptor melakukan pendaftaran. Langkah kedua akseptor harus menuju ruang pelayanan KB. Pada saat di ruang pelayanan KB, ibu akan ditanyai mengenai identitas, jumlah anak, haid terakhir, dan riwayat penyakit. Ibu diperiksa melalui pemeriksaan fisik berat badan, tekanan darah dan pemeriksaan khusus. Setelah ibu dinyatakan lolos skrining, dilakukan konseling pra pemasangan, kemudian dilakukan pemasangan alat kontrasepsi. Jika ibu memiliki penyakit yang berisiko, maka ibu diberikan obat atau dipertimbangkan untuk dirujuk. Jika ibu dalam keadaan sehat, maka setelah pemasangan diperbolehkan pulang (Kusuma, Damayanti and Prasetyo, 2022).

Kriteria kelayakan medis penggunaan kontrasepsi nilai dengan menilai kondisi calon akseptor diantaranya kondisi yang tanpa batasan untuk dapat menggunakan metode kontrasepsi, kondisi keuntungan penggunaan kontrasepsi lebih besar daripada resiko, resiko lebih besar daripada keuntungan penggunaan kontrasepsi dan kondisi yang memiliki resiko

kesehatan yang tidak dapat dimaklumi apabila menggunakan metode kontrasepsi tertentu (WHO, 2015).

2. Asuhan Pemilihan Kontrasepsi (WHO, 2013)

Konseling keluarga berencana dapat membantu seorang wanita, dan/atau pasangannya untuk memilih metode mana yang paling cocok. Ada berbagai model konseling keluarga berencana yang dapat diterapkan, termasuk model **GATHER** (*Great* = Sambut klien, *Ask*=Tanyakan situasi dan kebutuhan, *Tell*=Ceritakan tentang berbagai metode dan pilihan, *Help*=Bantu klien memilih, *Explain*=Jelaskan cara menggunakan metode, *Return*= kunjungan ulang) atau model **REDI** (*Rapport building*=Membangun hubungan baik, *Exploration*=Eksplorasi, *Decision making*=Membuat keputusan, dan *Implementing the decision* =Melaksanakan keputusan). Secara umum, langkah-langkah atau tindakan yang diuraikan harus tercakup dalam konseling keluarga berencana. Untuk memulai proses konseling, langkah-langkah dan keterampilan yang di perlukan bidan adakah sebagai berikut:

a. Menilai situasi, kebutuhan dan kesenjangan informasi

Untuk membantu memberikan konseling kepada seorang perempuan mengenai keluarga berencana, sangatlah penting untuk mendiskusikan kebutuhan dan situasi spesifiknya dan pasangannya.

- 1) Bidan dapat menanyakan apakah klien mengetahui tentang Keluarga Berencana, apa yang pernah didengar, dan apakah klien mengetahui bahwa Keluarga Berencana itu penting.
- 2) Jelaskan bahwa penting untuk mengetahui bahwa klien dapat hamil segera setelah melahirkan jika tidak menyusui secara eksklusif, dapat juga menanyakan apakah perempuan atau pasangan tersebut sudah memiliki metode Keluarga Berencana

- 3) Membantu klien menilai apakah metode yang dipilih sesuai dengan situasi dan kebutuhan mereka (misalnya, dengan mengajukan pertanyaan apakah yakin dapat mengingat untuk meminum pil setiap hari?), atau mungkin juga akan sangat membantu untuk mendiskusikan pilihan-pilihan lain seandainya ada metode lain yang lebih sesuai dengan kebutuhannya atau kebutuhan klien bersama pasangan.
 - 4) Ketika mendiskusikan kebutuhan dan situasi klien, dapat menanyakan tentang rencana untuk memiliki lebih banyak anak, apakah ingin menggunakan keluarga berencana, metode yang pernah digunakan sebelumnya dan alasan keberhasilan atau kegagalannya, pengalaman dengan efek samping, kepercayaan umum mengenai Keluarga Berencana dan bagaimana hal tersebut mempengaruhi keputusan untuk memilih metode tertentu, apakah klien memiliki hubungan yang stabil, seberapa sering klien bertemu dengan pasangannya, berapa banyak pasangan yang dimiliki, apakah perlu perlindungan ganda dari IMS, termasuk HIV, status HIV klien dan pasangannya atau faktor risiko HIV, keteraturan hubungan seksual (terutama untuk remaja atau perempuan yang belum menikah, pandangan pasangan atau keluarga tentang metode Keluarga Berencana dan kemampuan untuk mengikuti rutinitas (berhubungan dengan keteraturan kunjungan ulang penggunaan kontrasepsi).
- b. Membantu memprioritaskan solusi, mempersempit pilihan dan membuat pilihan yang baik. Bidan dapat mendiskusikan berbagai metode Keluarga Berencana berdasarkan kebutuhan dan situasi perempuan dan

pasangannya. Karakteristik metode utama yang dapat didiskusikan adalah dapatkah metode tersebut digunakan saat menyusui, seberapa efektifkah metode tersebut, apakah ada efek sampingnya, apakah metode ini memberikan perlindungan dari IMS atau HIV, apakah metode ini berdampak pada hubungan seksual, seberapa mudah metode ini digunakan, apakah mudah untuk berhenti menggunakan metode ini, apakah metode ini dapat dibalik, seberapa cepat kesuburan akan kembali setelah metode ini dihentikan, apakah ada yang perlu dilakukan sebelum berhubungan seks? (misalnya memakai kondom, memasukkan diafragma), apakah metode ini digunakan secara terus menerus, atau hanya digunakan saat dibutuhkan.

- c. Periksa apakah klien memenuhi syarat untuk menggunakan metode yang dipilih. Sebelum memberikan informasi secara rinci mengenai penggunaan metode kontrasepsi, periksa apakah klien tersebut memenuhi syarat untuk menggunakan metode tersebut. Beberapa perempuan yang baru saja melahirkan atau yang sedang menyusui mungkin tidak dapat menggunakan metode tertentu. Perlu juga memeriksa apakah klien langsung mulai menggunakan metode KB. Beberapa kondisi kesehatan dapat menghalangi seorang perempuan untuk menggunakan metode tertentu.
- d. Berikan informasi yang berguna tentang metode yang dipilih. Klien dan pasangannya membutuhkan informasi yang akurat untuk menggunakan metode KB dengan benar.

Meskipun terlalu banyak informasi dapat menjadi tidak bermanfaat atau tidak sesuai dengan kebutuhan, ada beberapa informasi penting yang harus dijelaskan tentang metode dan

bagaimana cara kerjanya, seberapa efektif metode tersebut dalam mencegah kehamilan, efek samping dan apa yang harus dilakukan untuk mengatasinya, cara menggunakan metode dengan benar, apa yang harus dilakukan jika terjadi kesalahan dalam penggunaan metode atau masalah (pil yang terlewat, terlambat untuk disuntikkan, kondom terbelah, dll), informasi tentang kapan harus kembali ke fasilitas kesehatan, tanda-tanda komplikasi yang harus diwaspadai.

Cara terbaik untuk memeriksa apakah seorang perempuan mengetahui cara menggunakan metode yang telah dijelaskan adalah dengan meminta klien untuk menjelaskan kembali dengan kata-katanya sendiri bagaimana cara menggunakan metode tersebut atau dapat meminta klien untuk mendemonstrasikan penggunaan metode tertentu seperti kondom atau diafragma, atau dapat mempertimbangkan untuk mendemonstrasikan penggunaannya terlebih dahulu, dan meminta klien untuk mengulangi kembali demonstrasi tersebut untuk memastikan bahwa klien sudah mengerti sepenuhnya.

3. Waktu Memulai Kontrasepsi Setelah Persalinan

Tabel 12.2. Waktu Memulai Kontrasepsi Setelah Persalinan

Metode Kontrasepsi	Menyusui	Tidak Menyusui	Efektivitas
MAL	Mulailah segera setelah melahirkan, dapat digunakan jika menyusui secara eksklusif siang dan	Tidak dianjurkan	Sangat efektif dengan penggunaan yang benar, sedikit efek samping

Metode Kontrasepsi	Menyusui	Tidak Menyusui	Efektivitas
	malam hingga 6 bulan atau sampai menstruasi kembali		
IUD	Pasang dalam waktu 2 hari setelah melahirkan, atau mulai 4 minggu setelah melahirkan		Selalu sangat efektif, metode jangka panjang tetapi mungkin memiliki efek samping
MOW	Lakukan dalam waktu 7 hari, atau sejak 6 minggu setelah melahirkan		Selalu sangat efektif, metode permanen, efek samping lebih sedikit
Pil Kombinasi	Mulai 6 bulan setelah melahirkan	Mulai 3 minggu setelah melahirkan	Sangat efektif dengan penggunaan yang hati-hati, mungkin memiliki efek samping
Suntikan Kombinasi	Dari 6 bulan setelah melahirkan	Dari 3 minggu setelah melahirkan	Sangat efektif dengan penggunaan yang hati-hati, mungkin memiliki efek samping
Mini Pil	Dari 6 minggu setelah melahirkan	Dari segera setelah melahirkan	Sangat efektif dengan penggunaan yang hati-hati, mungkin memiliki efek samping
DMPA	Dari 6 minggu setelah melahirkan	Dari segera setelah melahirkan	Sangat efektif dengan penggunaan yang hati-hati, mungkin memiliki efek samping

Metode Kontrasepsi	Menyusui	Tidak Menyusui	Efektivitas
Implan	Sejak 6 minggu setelah melahirkan	Sejak segera setelah melahirkan	Selalu sangat efektif, metode jangka panjang tetapi mungkin memiliki efek samping
Kondom	Dari segera setelah melahirkan		Efektif dengan penggunaan yang hati-hati
Diafragma	Dari 6 sampai 12 minggu setelah melahirkan (tergantung kapan rahim dan leher rahim kembali normal)		Efektif dengan penggunaan yang hati-hati
Metode Sadar Masa Subur	Saat menstruasi kembali normal		Efektif dengan penggunaan yang hati-hati

Sumber: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK304183/>

12.5 Asuhan Kontrasepsi Dalam Beberapa Kondisi

1. Kontrasepsi Untuk Wanita Dengan Gangguan Psikologis

Semua metode dapat diterima oleh wanita dengan depresi, meskipun komorbiditas medis dapat menentukan jenis tertentu. Dampak kontrasepsi hormonal terhadap risiko depresi masih kontroversial, namun studi klinis dan uji coba terkontrol plasebo secara acak pada wanita dengan gangguan kejiwaan umumnya melaporkan tingkat gejala perubahan suasana hati yang sama atau lebih rendah pada pengguna kontrasepsi hormonal dibandingkan dengan yang bukan pengguna. Meskipun interaksi antara obat psikotropika dan kontrasepsi jarang terjadi, kecuali untuk clozapine dan antikonvulsan (McCloskey *et al.*, 2021).

2. Kontrasepsi Dalam Masa Bencana

Ketika bencana alam melanda, ada penurunan mendadak dalam akses perawatan karena hilangnya infrastruktur dan pengungsian. Pandemi memiliki kemampuan yang sama untuk membatasi akses perawatan secara akut. Hubungan antara penurunan akses ke perawatan dan bencana alam telah dieksplorasi sebelumnya.

Berdasarkan hasil penelitian pada tahun 2022, kehamilan yang tidak diinginkan pada mereka yang terpapar pandemi COVID-19 atau bencana alam dinilai dan diperoleh data bahwa kehamilan yang tidak diinginkan dikaitkan dengan paparan bencana alam secara khusus ditemukan dalam kaitannya dengan Badai Katrina di Amerika Serikat pada tahun 2005, gempa bumi tahun 2003 di kota Bam, Iran, dan gempa bumi tahun 2010 gempa bumi di Haiti pada tahun 2010.

Di bagian barat laut Ethiopia, sebuah penelitian baru-baru ini menemukan bahwa 47,17% dari 424 orang yang menerima perawatan antenatal melaporkan bahwa kehamilan mereka tidak diinginkan selama pandemi COVID-19. Studi ini menunjukkan faktor-faktor spesifik seperti paparan terhadap pendidikan masyarakat dan kurangnya dukungan layanan kesehatan sebagai faktor yang meningkatkan kemungkinan kehamilan yang tidak diinginkan selama pandemi COVID-19 (Adkoli *et al.*, 2022).

Gangguan infrastruktur dan pasokan alat kontrasepsi dalam kondisi bencana membuat konsumen layanan Keluarga Berencana dirugikan untuk mengakses metode kontrasepsi reguler atau kontrasepsi darurat, sehingga menyebabkan peningkatan risiko kehamilan yang tidak direncanakan. Selain itu, penggunaan kontrasepsi secara keseluruhan, termasuk kontrasepsi oral dan IUD baru, semuanya mengalami penurunan pasca bencana alam, yang lebih jauh menggambarkan perlunya layanan keluarga berencana untuk

dapat diakses bahkan selama keadaan darurat kesehatan masyarakat (Adkoli *et al.*, 2022).

Beberapa pertimbangan lain adalah komponen sosial dan kebijakan dalam masyarakat yang dipengaruhi oleh bencana alam atau pandemi. Faktor-faktor seperti pekerjaan, status sosial ekonomi, politik, faktor penentu kesehatan, dan kebijakan keluarga berencana mempengaruhi hasil yang dicatat dalam tinjauan ini, yaitu keadaan darurat kesehatan masyarakat sebelumnya dan COVID-19 yang terus berdampak pada kesehatan masyarakat karena hambatan untuk mendapatkan layanan kontrasepsi dan keluarga berencana.

Perbaikan kebijakan di sektor-sektor ini diperlukan bersama dengan kebijakan untuk layanan keluarga berencana dan kontrasepsi.

Keluarga berencana memungkinkan perempuan dan laki-laki untuk memilih apakah, kapan dan seberapa sering memiliki anak. Bagi seorang perempuan yang sedang menghadapi situasi krisis, akses terhadap Keluarga Berencana merupakan bagian penting untuk melindungi kesehatannya sendiri dan kesejahteraan keluarganya.

DAFTAR PUSTAKA

- Adkoli, A. *et al.* 2022. 'Access to Family Planning Services Following Natural Disasters and Pandemics: A Review of the English Literature', *Cureus*, 14(7), pp. 3–11. doi: 10.7759/cureus.26926.
- Amin, K., Hadisiwi, P. and Suminar, J. R. 2022. 'Systematic Review: Information Exposure on Family Planning Associated with Contraceptive Use', *Jurnal PROMKES*, 10(2), pp. 204–213. doi: 10.20473/jpk.v10.i2.2022.204-213.
- Britton, L. E. *et al.* 2020. 'CE: An Evidence-Based Update on Contraception', *AJN, American Journal of Nursing*, 120(2), pp. 22–33. doi: 10.1097/01.naj.0000654304.29632.a7.
- Febriawati, H. *et al.* 2021. 'Contraceptive Choice Among Couples of Childbearing Age (Pus) in Bengkulu Province', *Jurnal Biometrika dan Kependudukan*, 10(2), p. 202. doi: 10.20473/jbk.v10i2.2021.202-214.
- Gatiningsih dan Sutrisno, E. 2017. *Kependudukan dan ketenagakerjaan, Modul mata kuliah*. Available at: [http://eprints.ipdn.ac.id/2402/1/Buku GATI dan EKO Kependudukan LENGKAP.pdf](http://eprints.ipdn.ac.id/2402/1/Buku_GATI_dan_EKO_Kependudukan LENGKAP.pdf).
- Kusuma, I. R., Damayanti, R. and Prasetyo, S. 2022. 'The Role of The midwife in Postpartum Family Planning Services: A Case Study on Three Different Health Facilities in South Central Java', *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 13(March), pp. 112–125.
- Kusumawardani, P. A. and Azizah, N. 2021. *Konsep Kependudukan dan KIE dalam Pelayanan KB*. Edited by T. Multazam and M. D. K. Wardana. Sidoarjo: UMSIDA Press.
- Mahmud, A. *et al.* 2021. 'Determinants Of Modern Contraceptives Use In Indonesia : A Spatial Analysis', *Sys Rev Pharm*, 12(3), pp. 769–777. Available at: <http://www.sysrevpharm.org/fulltext/196-1616361202.pdf?1616361978>.

- McCloskey, L. R. *et al.* 2021. 'Contraception for women with psychiatric disorders', *American Journal of Psychiatry*, 178(3), pp. 247–255. doi: 10.1176/appi.ajp.2020.20020154.
- Samari, G. 2018. 'Women's empowerment and short- and long-acting contraceptive method use in Egypt', *Culture, Health and Sexuality*, 20(4), pp. 458–473. doi: 10.1080/13691058.2017.1356938.
- South Carolina Department of Health and Environmental Control (no date) *Family Planning Contraceptive Methods*.
- Starbird, E., Norton, M. and Marcus, R. 2016. 'Investing in family planning: Key to achieving the sustainable development goals', *Global Health Science and Practice*, 4(2), pp. 191–210. doi: 10.9745/GHSP-D-15-00374.
- Surapaty, S. C. *et al.* 2020. *Strategi Pelaksanaan Program Keluarga Berencana Berbasis Hak untuk Percepatan Akses terhadap Pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi yang Terintegrasi dalam Mencapai Tujuan Pembangunan Indonesia*.
- United Nations - Department of Economic and Social Affairs. 2019. 'Contraceptive Use by Method 2019 - Data Booklet', *Contraception Use by Method 2019*, p. 25. Available at: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2019_contraceptiveusebymethod_databooklet.pdf.
- WHO. 2013. *Counselling for Maternal and Newborn Health Care: A Handbook for Building Skills*.
- WHO. 2015. 'Medical Eligibility Criteria for Contraceptive use Fifth edition 2015 Executive Summary', (July), pp. 1–14.
- World Health Organization. 2020. *World Fertility and Family Planning 2020, Department of Economic and Social Affairs Population Division*.

BIODATA PENULIS



Wenny Rahmawati, S.Keb., Bd., M.Keb.

Dosen Program Studi DIII Kebidanan
STIKES Widyagama Husada Malang

Penulis lahir di Jember tanggal 5 Juni 1991. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi DIII Kebidanan STIKES Widyagama Husada Malang. Menyelesaikan pendidikan S1 dan profesi di prodi Kebidanan Universitas Brawijaya pada tahun 2015. Empat tahun kemudian, penulis menyelesaikan studi S2 di prodi Kebidanan Universitas Brawijaya.

Penulis memiliki kepakaran dibidang Kesehatan Ibu dan Anak. Untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti di bidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian telah dilakukan dan di publish di beberapa jurnal terakreditasi internasional dan nasional. Penulis saat ini menjadi salah satu dosen di STIKES Widyagama Husada Malang. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email :wenny@widyagamahusada.ac.id

BIODATA PENULIS



Wahyu Sulfian

Dosen tetap di prodi Ners Universitas Widya Nusantara Palu

Wahyu Sulfian, lahir di Ujung Pandang pada tanggal 04 Agustus 1988, menyelesaikan Pendidikan SD Impres Paccerakkang tahun 2000, SMP Negeri 2 Panca Rijang tahun 2003, SMA Negeri 12 Makassar tahun 2006, Program Studi S1 Keperawatan STIKes Nani Hasanuddin tahun 2011, program studi Pendidikan STIKES Nani Hasanuddin tahun 2013, Program Magister Biomedik (Fisiologi Anatomi) Universitas Hasanuddin tahun 2019.

Saat ini penulis aktif sebagai dosen tetap di prodi Ners Universitas Widya Nusantara Palu dengan membawakan Mata Kuliah Keperawatan Jiwa, Keperawatan Komunitas dan Anatomi Fisiologi. Penulis juga menulis buku chapter salah satu diantaranya: Buku Ilmu Biomedik.

BIODATA PENULIS



Siswi Wulandari, SST., Bd., M.Keb
Dosen Program Studi Kebidanan (S1)
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kadiri

Penulis Lahir di Kota Kediri Jawa Timur tanggal 17 Juli 1985. Penulis adalah Dosen Tetap di Fakultas Ilmu Kesehatan Universtas Kadiri sejak tahun 2008. Penulis Menyelesaikan Pendidikan Diploma III Kebidanan di Stikes Karya Husada Pare Kediri, dan melanjutkan Pendidikan Diploma IV Bidan Pendidik. Di Tahun 2014, Penulis menyelesaikan Pendidikan Magister Kebidanan di Universitas Brawijaya Malang

Penulis aktif mempublikasikan karyanya di jurnal Nasional dan Internasional. Selain publikasi Artikel Penelitian, penulis juga menulis buku ajar dan referensi. Selain menjadi dosen tetap, penulis juga enterprenuer.

BIODATA PENULIS



Rully Fatriani, S.ST., M.Keb., CMBC.

Dosen Program Studi DIII Kebidanan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panca Bhakti

Penulis lahir di Kotabumi tanggal 16 Oktober 1985. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi DIII Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panca Bhakti. Menyelesaikan pendidikan D4 Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Tanjung Karang tahun 2011 dan pendidikan S2 Ilmu Kebidanan Universitas Andalas tahun 2017. Selain membimbing dan mengajar mahasiswa, penulis juga melakukan penelitian, kegiatan pengabdian kepada masyarakat, aktif mengikuti berbagai pelatihan, mempublikasikan hasil penelitian dan menulis buku. Buku yang telah ditulis bersama tim dan diterbitkan yaitu Modul Pemeriksaan Fisik pada Kehamilan, Panduan Laporan Tugas Akhir, Modul Praktikum Asuhan Kebidanan Pasca Bersalin.

BIODATA PENULIS



Nur Ekawati SST.,M.Keb
Dosen STIKes Amanah Makassar

Nur Ekawati SST., M.Keb Penulis lahir di GOWA 26 Januari 1990. Penulis menempuh pendidikan SD Negeri Raulo (1995-2001), SMP Negeri 3 Tinggimoncong (2001-2004), SMA Negeri 1 Tinggimoncong (2004-2007), Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar (2010), D4 Bidan Pendidik di STIKes Megabuana Palopo (2011) dan S2 Kebidanan di Universitas Hasanuddin Makassar (2016). Saat ini mengabdikan diri di STIKes Amanah Makassar.

BIODATA PENULIS



Kadek Yuke Widyantari, S.SiT., M.Keb

Dosen Program Studi DIII Kebidanan
STIKes Panca Bhakti Bandar Lampung

Penulis Lahir di Bumi Dipasena Utama (Lampung) pada 02 Oktober 1992 dan saat ini menetap di Kota Bandar Lampung. Penulis saat ini tengah aktif menjadi dosen tetap di STIKes Panca Bhakti Bandar Lampung pada program studi Diploma III Kebidanan dan Diploma III Keperawatan. Penulis menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di Akademi Kebidanan Al-Fathonah Jakarta, Diploma IV Kebidanan di STIKes Mitra RIA Husada Jakarta, dan Magister (S2) Kebidanan di Universitas Aisyiyah' Yogyakarta. Penulis menekuni bidang menulis buku mengenai kehamilan, persalinan, pasca persalinan, dan bayi baru lahir

BIODATA PENULIS



Gusti Ayu Tirtawati, S.SiT, M.Kes.,
Dosen Poltekkes Kemenkes Denpasar

Gusti Ayu Tirtawati, S.SiT, M.Kes., lahir di Desa Blahbatuh Kec. Blahbatuh Kabupaten Gianyar Bali, 15 Juni 1974. Memiliki suami bernama Anak Agung Gede Arimbawa dan 2 orang putri yaitu Anak Agung Istri Arinta Maharani (Arin) dan Anak Agung Istri Anindya Pramesti (Anin). Penulis bertempat tinggal di Jl. Batu Intan gang Batu Padas C.12 Batubulan Gianyar Bali.

Penulis telah menyelesaikan Akademi Kebidanan Cipto Mangunkusumo (Poltekkes Kemenkes Jakarta III) tahun 1999-2001. DIV Bidan Pendidik Universitas Gadjah Mada Yogyakarta (2004-2005). Program Magister Promosi Kesehatan peminatan Kespro HIV/AIDS Universitas Diponegoro Semarang (2011-2013).

Karir penulis dimulai sebagai Bidan PTT (Pegawai Tidak Tetap) di wilayah Puskesmas Pamaron Kabupaten Brebes Jawa Tengah (1995-1998). PMB (Praktek Mandiri Bidan) tahun 1998-2015. Dosen Poltekkes Kemenkes Jakarta I (2006-2015), Dosen Poltekkes Kemenkes Manado (2015-2023) serta Dosen Poltekkes Kemenkes Denpasar sejak 1 Juni 2023.

Email Penulis : tritagustiayu@gmail.com

BIODATA PENULIS



Hanifa Zaini.S, S.ST, M.KEB.

Dosen Program Studi Pendidikan Profesi Bidan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Sumatera Barat

Penulis lahir di Payakumbuh tanggal 14 April 1992. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Sumatera Barat. Menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di Poltekes Kemenkes Padang, DIV Kebidanan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju Jakarta dan melanjutkan S2 pada Jurusan S2 Kebidanan di Universitas Andalas. Penulis menekuni bidang Menulis, baik penulisan buku, kegiatan penelitian maupun pengabdian masyarakat dimana hasil kegiatan tersebut telah dipublikasikan kedalam jurnal penelitian bereputasi baik pada skala nasional. Email : hanifazaini92@gmail.com

BIODATA PENULIS



Bdn. Ni Made Ari Febriyanti, S.ST., M.Kes.

Dosen Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kartini Bali

Penulis lahir di Pejeng tanggal 16 Februari 1989. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan, Politeknik Kesehatan Kartini Bali. Menyelesaikan pendidikan Diploma IV Bidan Pendidik di Poltekkes Kemenkes Malang tahun 2012 dan melanjutkan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Udayana tahun 2014. Tahun 2022, penulis baru saja menyelesaikan pendidikan Profesi Bidan di Stikes Bina Usada Bali. Penulis menekuni bidang kebidanan dan saat ini penulis aktif dalam kegiatan tridarma perguruan tinggi yaitu pengajaran, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat. Penulis tertarik menulis buku, dengan harapan semoga dapat bermanfaat bagi pembaca.

BIODATA PENULIS



Triswanti, S.SiT., M.Kes

Dosen Akademi Kebidanan Bandung

Penulis lahir di Grobogan tanggal 6 Agustus 1985. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma III Kebidanan Akademi Kebidanan Bandung. Menyelesaikan pendidikan S1 Kebidanan yaitu Sarjana Sains Terapan dan melanjutkan S2 pada Program Studi Magister Kesehatan Keluarga Minat Utama Pendidikan Profesi Kesehatan. Penulis menjabat sebagai wakil direktur 1 bidang akademik dan menekuni bidang Menulis.

Penulis menyusun perawatan kesehatan reproduksi pasca persalinan adalah untuk meningkatkan kualitas kesehatan ibu dan bayi; memelihara kebersihan diri setelah melahirkan dan mencegah penyakit.

BIODATA PENULIS



Bdn. Ni Nyoman Deni Witari, S.ST, M. Kes
Dosen Program Studi Diploma IV Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kartini Bali

Penulis lahir di Denpasar tanggal 18 Mei 1984. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma IV Kebidanan Politeknik Kesehatan Kartini Bali. Saat ini masih aktif menjalankan Tri Darma Perguruan Tinggi. Penulis menyelesaikan pendidikan S2 pada Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Udayana tahun 2013 dan penulis baru saja tamat Profesi Bidan pada tahun 2022. Penulis menekuni bidang menulis sejak tahun 2019 dengan judul buku pertama “Self Management Mengatasi Mual Muntah Pada Awal Kehamilan, buku “Senam Hamil” 2020, Tim penulis “Obstetri dan Gynekologi Untuk Kebidanan” tahun 2023 PT Global Eksekutif Teknologi dan Tim penulis “Asuhan Kebidanan Pada Pranikah dan Prakonsepsi” tahun 2023, PT Global Eksekutif Teknologi. Penulis juga aktif melakukan kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat baik yang didanai oleh Ristekdikti maupun Institusi

BIODATA PENULIS



Imelda Rosniyati Dewi, S.Tr.Keb.,M.Keb

Dosen Program Studi Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Katolik Indonesia Santu Paulus Ruteng

Penulis lahir di Nekang, NTT pada tanggal 13 Mei 1995. Penulis adalah dosen pada Program Studi Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Santu Paulus Ruteng. Menyelesaikan pendidikan D III Kebidanan pada tahun 2016 di Universitas Katolik Indonesia Santu Paulus Ruteng, S1 pada Jurusan Sarjana sains Terapan Kebidanan di Universitas Karya Husada Semarang pada tahun 2019 dan melanjutkan S2 pada Jurusan Ilmu Kebidanan Universitas Hasanuddin, Makassar dan menyelesaikan studi pada tahun 2022.