BAB II
KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

1. Asuhan Kebidanan Kehamilan

a) Pengkajian Tanggal 11 Januari 2022

Kontak pertama dengan Ny. I pada tanggal 11 Januari 2022 di Puskesmas Jetis I saat Ny. I melakukan kontrol kehamilan rutin. Ny. I datang ke puskesmas bersama suaminya, Tn. R, Ny. I merupakan seorang ibu rumah tangga, menikah dengan Tn. R seorang buruh dan ini merupakan pernikahan pertamanya dan sudah berjalan 1 tahun. Ibu datang ingin kontrol rutin dan mengatakan saat ini pegel-pegel terutama di perut bagian bawah dan pinggang. Usia kehamilannya saat ini 38 minggu dengan HPHT 20-04-2021 dan HPL 27-01-2022. Pengkajian riwayat menstrasi, Ny. I pertama kali menstruasi usia 13 tahun , siklusnya 28 hari, biasanya 5-7 hari dengan konsistensi cair, darah berwarna merah segar, tidak disminore, dan keputihan, kebiasaan mengganti pembalut 3-4 kali dalam sehari.

Ny. I rutin melakukan ANC sejak usia kehamilan 5 minggu sampai saat ini sudah 13 kali ANC baik di puskesmas, bidan, dan dokter. Ny. I mengatakan selama kehamilan mengkonsumsi asam folat, B6, kalk, Tablet Fe rutin sesuai dengan anjuran bidan. Pola nutrisi normal yaitu makan 3 kali sehari dengan nasi lauk sayur, dan minum kurang lebih 1-1,5 L dalam sehari. Pola eliminasi normal, BAB 1x/hari dan BAK 5-7 x/hari tidak ada keluhan.

Ny. I mengatakan tidak memiliki riwayat atau sedang menderita penyakit sistemik seperti jantung, asma, ginjal, hipertensi, DM, maupun penyakit menular seperti HIV/AIDS, TBC, hepatitis maupun covid-19. Ny. I sangat senang dengan kehamilannya saat ini karena memang tidak ingin menunda untuk memilki anak. Kehamilannya ini disambut baik oleh suami, keluarganya dan keluarga suami. Semua

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

keluarga memberi dukungan moral dan membantu Ny. I melewati kehamilan ini dengan baik.

Berdasarkan hasil pemeriksaan, keadaan umum Ny. I dan bayinya dalam keadaan sehat. Hasil pemeriksaan tanda vital dalam batas normal yaitu TD 125/65, N: 78x/menit, R: 18x/menit, S: 36,6^{o}C, BB: 60,5 kg dan BB sebelum hamil 47 kg (mengalami kenaiakan 13,5 kg), TB 156 cm, IMT 19,3 kg/m^{2}, LLA 21,5 cm. Pemeriksaan fisik didapati hasil normal dan tidak ada kelainan. Hasil palpasi abdomen Leopold I didapat hasil TFU Mc Donald 30 cm, pada fundus teraba bokong janin, Leopold II menunjukkan punggung di sebelah kiri, Leopold III menunjukkan bagian terbawah atau presentasi adalah kepala, Leopold IV tangan pemeriksa konvergen artinya bagian terendah janin sudah masuk panggul, DJJ 138x/menit. Dilakukan pemeriksaan USG oleh dokter untuk memastikan posisi janin, hasilnya janin tunggal, hidup, presentasi kepala. Dilakukan pemeriksaan laboratorium berupa cek Hb 11,2 gr/dL, protein urin dan reduksi urin negatif.

Bidan memberikan KIE mengenai ketidaknyamanan, tanda bahaya TM III, tanda persalinan, persiapan persalinan, dan memberi terapi tablet Fe, Vit. C, dan kalsium. Bidan juga menganjurkan ibu untuk mengurangi kontak fisik dengan banyak orang dan menghindari aktivitas dengan orang banyak di masa pandemik ini. Bidan menjelaskan kunjungan ulang 1 minggu lagi pada tanggal 18 Januari 2022, atau jika ada keluhan atau tanda persalinan bisa langsung datang ke fasilitas kesehatan.

b) Pengkajian Tanggal 20 Januari 2022

Kontak kedua dilakukan pada tangal 20 Januari 2022 saat Ny. I melakukan kunjungan ulang ANC di Puskesmas Jetis I Bantul. Ibu datang bersama suaminya ke puskesmas. Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan, hanya saja sedikit cemas karena sudah mendekati HPL, tetapi ibu juga senang karena ini merupakan pengalaman

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

pertamanya untuk hamil dan akan melahirkan. Saat ini usia kehamilan ibu 39 minggu 2 hari dan HPL 27 Januari 2022.

Hasil pemeriksaan ibu dan bayi dalam keadaan sehat, dengan hasil pemeriksaan TD: 120/80 mmHg, N: 78x/m, RR: 20x/m, BB:61 kg, pemeriksaan abdomen menunjukkan hasil palpasi : Leopold I didapat hasil TFU Mc Donald 32 cm, pada fundus teraba bokong, Leopold II menunjukkan punggung di sebelah kiri, Leopold III menunjukkan bagian terbawah atau presentasi adalah kepala, Leopold IV tangan konvergen, bagian terendah sudah masul panggul). DJJ 140 kali/menit, ekstremitas tidak terdapat oedem, tidak ada varices, kuku bersih tidak pucat.

Bidan menjelaskan kembali mengenai tanda bahaya, tanda persalinan, dan persiapan persalinan. Bidan juga mengingatkan untuk mempersiapkan biaya untuk perslinan atau menyiapkan jaminan jika memilikinya. Bidan menganjurkan ibu untuk selalu memantau gerakan janin. Bidan menganjurkan ibu untuk segera ke fasilitas kesehatan apabila terasa gerakan janin berkurang, atau jika sudah ada salah satu tanda persalinan ibu bisa langsung ke fasilitas kesehatan. Di masa pandemi ini, ibu juga dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan swab untuk persiapan persalinan, biasanya pada fasilitas kesehatan sudah tersedia.

2. Asuhan Kebidanan Persalinan (Tanggal 24 Januari 2022)

Ibu datang ke PMB Tatik Suprihatin tanggal 24 Januari 2022 pukul 17.00 WIB dengan keluhan kenceng-kenceng semakin sering dan teratur. Ibu memang sudah berencana untuk melahirkan di praktik bidan mandiri. Sebelum datang ke bidan, ibu telah melakukan swab antigen dengan hasil negatif. Saat ini usia kehamilan Ny. I yaitu 39 minggu 6 hari. Hasil pemeriksaan tanda vital : TD: 120/80mmHg, nadi 80 x/menit, pernapasan 20 x/menit, suhu 36,6^{0}C dalam batas normal. Kesimpulan hasil palpasi yaitu presentasi kepala, punggung kiri dengan DJJ 139x/menit di bawah pusat sebelah kiri, TFU 32 cm dan his 3x/10 menit/40 detik. Dilakukan

pemeriksaan dalam atas indikasi kenceng-kenceng teratur, bertujuan untuk mengetahui kemajuan persalinan dan didapatkan hasil vulva uretra tenang, serviks tipis, pembukaan 5 cm, selaput ketuban positif, presentasi belakang kepala, Hodge II, penurunan kepala 3/5, tidak ada molase, sarung tangan lendir darah positif.

Bidan menjelaskan hasil pemeriksaan kepada pasien dan keluarga pasien. Bidan menganjurkan ibu untuk memposisikan diri senyaman mungkin dan memperbanyak mirig ke kiri untuk mempercepat penurunan kepala dan memaksimalkan pasokan oksigen untuk janin. Pada pukul 20.00 WIB ibu mengatakan ingin mengejan seperti ingin BAB. Dilakukan pemeriksaan dalam dan didapatkan hasil v/u: vagina licin, portio tidak teraba, pembukaan lengkap 10 cm, selaput ketuban tidak teraba, presentasi kepala turun pada hodge IV, terdapat sarung tangan lendir darah, air ketuban jernih. Bidan menyiapkan alat dan memposisikan ibu senyaman mungkin.

Bidan mulai memimpin mengejan. Bidan menyarankan ibu untuk tetap makan dan minum di sela-sela kontraksi. Selama proses persalinan ibu selau didampingi oleh suaminya. Ibu mengejan kurang lebih selama 55 menit dan bayi lahir spontan pada pukul 20.55 WIB menangis kuat, warna kulit kemerahan, tonus otot kuat. Jenis kelamin perempuan. Bayi dilakukan jepit potong tali pusat dan dikeringkan kemudian dilakukan IMD. Setelah mengecek bahwa janin tunggal dilakukan penyuntikan oksitosin di paha kiri ibu. Terdapat semburan darah kemudian dilakukan PTT dan melahirkan plasenta. Plasenta lahir lengkap pada jam 21.05 WIB. Setelah plasenta lahir dilakukan masase uterus, dan dilakukan pemeriksaan jalan lahir dengan hasil terdapat robekan pada mukosa vagina, *fourchet* posterior, otot dan kulit perineum (laserasi derajat 2), perdarahan dalam batas normal, ibu merasa perutnya mulas. Membantu merapikan ibu dan mengobservasi tanda- tanda vital ibu.

Kesimpulan dari proses persalinan tidak ada komplikasi dari kala I-IV. Ketidaknyamanan yang dirasakan ibu selama persalinan adalah nyeri

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

yang hebat. Dukungan suami yang selalu mendampingi juga memberi energi tersendiri untuk ibu dalam menjalani proses persalinan.

3. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

a) Pengkajian Tanggal 24 Januari 2022 (BBL segera setelah lahir < 6 jam)

By. Ny. I lahir spontan pada tanggal 24 Januari 2022 pukul 20.55 WIB, menangis kuat tonus otot dan gerakan aktif, kulit kemerahan, APGAR 1 menit/5 menit/10 menit: 9/9/10. Jenis kelamin perempuan. Setelah bayi lahir dilakukan jepit potong tali pusat dan dilakukan perawatan bayi baru lahir yaitu menghangatkan bayi, melakukan isap lendir, mengeringkan bayi, merangsang taktil, dan mengganti kain kering. Bayi melakukan IMD (*skin to skin contact*) selama kurang lebih 1 jam, kemudian bayi diberikan salep mata, injeksi vit K, dan imunisasi HB 0 satu jam setelah pemberian injeksi vitamin K. KU bayi baik dan tidak mengalami tanda bahaya. Dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital HR: 120 kali/menit, RR: 45 kali/menit,. Dilakukan pemeriksaan antropometri BB: 2920 gram PB: 48 cm LK: 32 cm LD: 33 cm LLA: 11 cm. Berdasarkan pemeriksaan fisik tidak ada kelainan.

b) Pengkajian Tanggal 25 Januari 2022 (KN I 6 jam-2 hari)

By. Ny I usia 10 jam, sudah BAB dan BAK, ibu mengatakan bayi tidak rewel dan bayi sudah mulai mau menyusu. Keadaan umum bayi baik, warna kulit kemerahan, tali pusat masih basah, tidak bau, tidak ada tanda-tanda infeksi tali pusat. Pemeriksaan vital sign menunjukkan N:132x/m, RR: 48x/m, dan suhu tubuh 36,8^{o}C. Keadaan umum bayi baik dan stabil, bayi dimandikan dan mengganti pakaian serta kain dengan baju dan bedong yang bersih. Dilakukan pemeriksaan fisik bayi secara *head to toe* dan didapatkan hasil dalam batas normal dan tidak ada indikasi kelainan pada bayi. Bayi juga memiliki refleks yang baik seperti *sucking, rooting, babinski, grasp.* Suhu tubuh bayi dijaga dengan cara membedong, memakaikan topi, menjauhkan bayi dari sumber dingin, dan memberi alas pada tempat tidur bayi.

c) Pengkajan Tanggal 28 Januari 2022 (KN II 3-7 hari)

Kunjungan berikutnya pada tanggal 28 Januari 2022, ibu mengatakan tidak ada keluhan pada bainya. Bayi dalam keadaan sehat dan tidak ada keluhan. Pemenuhan nutrisi: ASI *on demand*, BAK 6-8 kali/hari, BAK 2 kali/hari, tekstur lunak warna kekuningan. Hasil pemeriksaan fisik dan tanda vital dalam batas normal yaitu N: 140x/menit, R 45x/menit, S 36,6^{o}C, mata tidak ikterik, badan tidak ikterik atau sianosis, tali pusat belum puput, tidak ada tanda-tanda infeksi BB 2920 gram dan PB 48 cm.

d) Pengkajian tanggal 4 Februari 2022 (KN III 8-28 hari)

By. Ny. I berusia 11 hari normal, kunjungan dilakukan di PMB Tatik Suprihatin, ibu mengatakan bayinya tidak ada keluhan, menyusu kuat, BAB 1-2x/hari BAK 5-6x/hari dan saat ini ingin imunisasi BCG untuk bayinya. Hasil pemeriksaan fisik dalam batas normal dan bayi bisa mendapat imunisasi BCG. Menjelaskan kepada ibu mengenai manfaat, prosedur dan efek samping dari imunisasi BCG. Menjelaskan kepada ibu untuk kunjungan ulang imunisasi berikutnya pada tanggal 24 Maret 2022 atau keteika bayi berusia 2 bulan untuk mendapat imunisasi DPT I dan IPV I.

4. Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui

a) Pengkajian Tanggal 24 Januari 2022 pukul 23.00 WIB (2 jam Post Partum)

Ibu mengatakan senang dan lega anak pertamanya lahir normal dan sehat. Ibu mengeluh masih terasa nyeri pada jalan lahir. Ibu sudah makan dan minum obat yang diberikan serta sudah bisa berjalan ke kamar mandi dan BAK. Keadaan umum ibu baik, kesadaran *compos mentis*. Hasil pemeriksaan tanda vital TD: 110/70 mmHg, N: 80x/menit, R: 20x/menit, S: 36,5^{o}C dalam batas normal. Perdarahan $\underline{+}$ 50-70 cc darah berwarna merah segar (lochia rubra) dan tidak ada tanda infeksi, TFU 2 jari di bawah pusat dan teraba keras (kontraksi baik). Ibu mengatakan bayinya sudah mau menyusu tetapi ASI masih

sangat sedikit yang keluar. Bidan menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan dengan membersihkan alat genetalia dan mengganti pembalut maksimal tiap 4 jam. Bidan juga mengajari ibu teknik menyusui dan memberi semangat bahwa ASInya akan keluar dan dapat mencukupi kebutuhan nutrisi anaknya. Bidan menjelaskan kepada ibu mengenai tanda bahaya nifas seperti pusing yang sangat hebat, nyeri perut hebat, perdarahan yang banyak, dan menganjurkan ibu untuk segera lapor ke bidan jaga jika terjadi salah satu hal tersebut.

b) Pengakajian Tanggal 25 Januari 2022 (KF I 6 jam-2 hari)

Ny. I post partum spontan pada tanggal 24 Januari 2022 pukul 20.55 WIB, pengkajian dilakukan pada tanggal 25 Januari 2022 pukul 07.00 WIB. Ibu mengatakan masih sedikit pegal dan nyeri pada luka jahitan. Hasil pemeriksaan TTV: TD 110/70 mmHG, N: 80 x/menit, R: 20 x/menit, S: 36,5^{o}C, palpasi abdomen: TFU 2 jari di bawah pusat, teraba keras, pengeluaran darah merah segar tidak ada tanda infeksi. Ibu mengatakan sudah bisa berjalan-jalan 2 jam setelah melahirkan. Ibu juga sudah BAK. Ibu mengatakan ASI nya sudah keluar sedikit dan bayinya sudah mulai mau menyusu.

c) Pengkajian Tanggal 28 Januari 2022 (KF II 3-7 hari)

Ibu datang ke PMB Tatik Suprihatin untuk kontrol masa nifas. Ibu mengatakan ASI nya belum terlalu lancar, jahitan tidak berbau, ibu sudah BAB. Ibu mengatakan anaknya mau menyusu meskipun ASI yang keluar masih sangat sedikit. Hasil pemeriksaan didapatkan keadaan umum baik, kesadaran *compos mentis*, TD: 110/85 N: 77 x/, S: 36,7^{o}C, RR: 18 x/m, Payudara: tidak tampak bendungan, ASI lancar, puting menonjol, TFU tidak teraba, perdarahan $\pm$ 10 cc kuning kecokelatan, luka jahitan kering, tidak ada tanda infeksi seperti kemerahan atau bengkak pada luka jahitan. Ibu mengatakan tidak ada masalah dengan pola istirahat karena bayi tidak sering rewel. Bidan mengevaluasi cara menyusui ibu untuk menghindari puting lecet. Bidan juga menganjurkan ibu untuk tetap menyusui anaknya dengan

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

kedua payudaranya secara bergantian supaya tidak terjadi bendungan ASI. Bidan juga menjelaskan dan mengajari ibu teknik pijat oksitosin untuk membantu memperlancar produksi ASI.

d) Pengkajian Tanggal 4 Februari 2022 (KF III 8-28 hari)

Ny. I post partum spontan hari ke 11, datang ke bidan ingin kontrol nifas. Ibu mengataakan sudah tidak ada keluhan sama sekali dan sampai saat ini ibu terus memberikan anaknya ASI saja tanpa makanan atau minuman tambahan apapun. Hasil pemeriksaan keadaan umum ibu baik, kesadaran *Compos Mentis* Tekanan darah 120/85 mmHg, nadi 76x/menit, respirasi 18x/menit, suhu 36,7^{o}C. Sklera mata putih konjungtiva merah muda. ASI keluar lancar. TFU sudah tidak teraba, ekstremitas tidak terdapat oedem dan tidak ada varices. Bidan menganjurkan ibu untuk segera memantapkan pilihan kontrasepsi. Ibu mengatakan ingin menggunakan IUD karena ingin KB jangka panjang untuk memberi jarak kehamilan yang kedua.

5. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana (Pengkajian tanggal 10 Maret 2022)

Ny. I telah selesai masa nifas dan kembali datang ke PMB untuk menggunakan alat kontrasepsi. Ny. I sudah berencana untuk menggunakan KB IUD. Ibu sudah berdiskusi dengan suami dan suami menyetujui keputusan ibu untuk ber KB. Ibu memilih KB IUD karena sebelumnya sudah mencari tahu melalui internet mengenai kelebihan dan kekurangan serta efektifitasnya. Alasan lainnya adalah ibu ingin fokus mengurus anaknya dan ingin memberi jarak aman untuk kembali memiliki anak.

Ibu datang mengatakan sudah mantap ingin memakai KB IUD. Bidan segera memberi penjelasan kembali mengenai prosedur pemasanagan, lama pemakaian, kelebihan, kekurangan, serta efek samping yang terjadi. Setelah memberi penjelasan, bidan memberi *informed consent* sebagain bukti persetujuan tindakan yang ditandatangani ibu dan suami.

Hasil pemeriksaan tanda vital dalam batas normal yaitu TD: 120/80 mHg, N: 78x/menit, R: 18x/menit, S: 36,5^{o}C. ibu juga mengatakan bahwa dalam 14 hari terakhir tidak mengalami gejala batuk, pilek, demam, maupun tenggorokkan sakit atau berinteraksi dengan orang yang sedang menderita Covid-19. Bidan melakukan prosedur pemasangan. Hasil pemeriksaan inspekulo didapat pada bagian portio tidak ada erosi mapun keputihan. Dilakukan pengukuran panjang uterus dan didapatkan hasil 7 cm dengan posisi antefleksi. Pemasangan berlangsung kurang lebih 10 menit. Ibu mengeluh sedikit nyeri pada bagian perut bawah setelah pemasangan.

Bidan menjelaskan kembali mengenai efek samping dan cara penanganannya. Bidan memberikan ibu untuk jadwal kunjungan ulang 1 minggu setelah pemasangan (17 Maret 2022) untuk mengetahui posisi IUD. Apabila sebelum 1 minggu setelah pemasangan ada keluhan yang sangat mengganggu, ibu bisa segera menghubungi bidan atau datang ke fasilitas kesehatan terdekat.

B. Kajian Teori

1. Kehamilan

a. Pengertian

Kehamilan adalah mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari: ovulasi (pelepasan ovum), migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm. Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT).[6]

b. Perubahan Fisiologi Trimester III

Perubahan fisiologi pada masa kehamilan Trimester III adalah:[6]

1) Minggu ke-28/bulan ke-7

Fundus berada dipertengahan antara pusat dan sifoudeus. Hemoroid mungkin terjadi. Pernapasan dada menggantikan

pernapasan perut. Garis bentuk janin dapat dipalpasi. Rasa panas perut mungkin terasa.

2) Minggu ke-32/bulan ke-8

Fundus mencapai prosesus sifoideus, payudara penuh, dan nyeri tekan. Sering BAK mungkin kembali terjadi. Selain itu, mungkin juga terjadi dispnea.

3) Minggu ke-38/bulan ke-9

Penurunan bayi ke dalam pelvis/panggul ibu (*lightening*). Plasenta setebal hampir 4 kali waktu usia kehamilan 18 minggu dan beratnya 0,5-0,6 kg. Sakit punggung dan sering BAK meningkat. *Braxton Hicks* meningkat karena serviks dan segmen bawah rahim disiapkan untuk persalinan.

c. Perubahan Psikologi Trimester III

Menurut Sulistyawati (2013) Perubahan psikologis pada masa kehamilan Trimester III, yaitu:[6]

1) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.
2) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu.
3) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
4) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
5) Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya.
6) Merasa kehilangan perhatian.
7) Perasaan mudah terluka (sensitif) dan libido menurun.

d. Ketidaknyamanan pada Kehamilan Trimester III

1) Sering berkemih

Keluhan sering berkemih karena tertekannya kandung kemih oleh uterus yang semakin membesar dan menyebabkan kapasitas kandung kemih berkurang serta frekuensi berkemih meningkat. Dalam menangani keluhan ini, bidan dapat mejelaskan pada ibu

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

bahwa selama kehamilan merupakan hal yang normal akibat dari perubahan yang terjadi selama kehamilan, menganjurkan ibu untuk mengurangi asupan cairan 2 jam sebelum tidur agar istirahat ibu tidak akan terganggu.[5]

2) Varises dan wasir

Varises adalah pelebaran pada pembuluh darah balik vena sehingga katup vena melemah dan menyebabkan hambatan pada aliran pembuluh darah balik dan biasa terjadi pada pembuluh balik supervisial.[5]

3) Pusing

Rasa pusing menjadikan keluhan ibu hamil trimester II dan trimester III. Hal ini menimbulkan rasa ketidaknyamanan pada ibu hamil, kalau tidak ditangani penyebabnya maka dapat menyebabkan tekanan darah rendah dan sampai meninggal. Rasa pusing pada hamil kemungkinan disebabkan karena hipoglikemia. Agar ibu terhindar dari rasa pusing, saat bangun tidur secara perlahan-lahan, menghindari berdiri terlalu lama dalam lingkungan yang panas dan sesak. Dan juga diupayakan untuk tidak berbaring dalam posisi terlentang.[5]

4) Sesak nafas

Keluhan sesak nafas juga dapat terjadi karena asanya perubahan pada volume paru yang terjadi akibat perubahan anatomi toraks selama kehamilan. dengan semakin bertambahanya usia kehamilan, pembesaran uterus akan semakin mempengaruhi keadaan diafragma ibu hamil, dimana diafragma terdorong ke atas sekitar 4 cm disertai pergeseran ke atas tulang iga. Perubahan pernapasan akibat progesterone dan peningkatan laju metabolik maternal dan konsumsi oksigen janin menimbulkan ibu merasa seperti tidak dapat mengambil nafas.[7]

5) Bengkak dan kram pada kaki

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Bengkak atau oedem adalah penumpukan atau retensi cairan pada daerah luar sel akibat dari berpindahnya cairan intraseluler ke ekstraseluler. Oedem pada kaki bisa dikeluhkan pada usia kehamilan diatas 34 minggu. Hal ini dikarenakan tekanan uterus yang semakin meningkat dan mempengaruhi sirkulasi cairan. Dengan bertambahnya tekanan uterus dan tarikan gravitasi menyebabkan retensi cairan semakin besar.[5]

6) Gangguan tidur dan mudah lelah

Pada trimester III, hampir semua wanita mengalami gangguan tidur. Cepat lelah pada kehamilan disebabkan karena nokturia (sering berkemih dimalam hari), terbangun di malam hari dan mengganggu tidur yang nyenyak. Wanita hamil yang mengalami insomnia disebabkan ketidaknyamanan akibat uterus yang membesar, ketidaknyamanan lain selama kehamiandan pergerakan janin, terutama janin aktif.[5]

7) Nyeri perut bagian bawah

Nyeri perut bagian bawah ini dapat bersifat fisologis dan beberapa lainnya merupakan tanda bahaya pada kehamilan. secara normal nyeri perut bagian bawah disebabkan oleh mual muntah yang berlebihan dan konstipasi yang dialami oleh sebagian besar ibu. Nyeri ligamentum, torsi uterus yang parah dan adanya kontraksi Braxton Hicks juga mempengaruhi keluhan ibu terkait dengan nyeri perut bagian bawah.[5]

8) *Heartburn*

Perasaan panas pada perut atau heartburns atau pirosis didefinisikan sebagai rasa terbakar di saluran pencernaan bagian atas, termasuk tenggorokan. Untuk mengurangi keluhan ini bisa dengan mengubah pola gaya hidup dan pola nutrisi, menghindari berbaring dalam 3 jam setelah makan, mengurangi makanan berminyak dan pedas, tomat, jeruk yang asam, minuman bersoda dan zat-zat seperti kafein.[5]

9) Kontraksi Braxton Hicks

Pada kehamilan menjelang 7 bulan, jika dilakukan pemeriksaan palpasi atau periksa dalam, dapat diraba kontraksi-kontraksi kecil rahim berupa kontraksi *Braxton Hicks*. Kontraksi sering terjadi setiap 10-20 menit dan juga, sedikit banyak, mungkin berirama. Pada akhir kehamilan, kontraksi-kontraksi ini dapat menyebabkan rasa tidak nyaman dan menjadi penyebab persalinan palsu (*false labour*). Demikian persiapan persalinan dengan renggangnya uterus akhirnya mencapai batas kehamilan aterm atau berat janin cukup. Pada saat ini jumlah dan distribusi reseptor oksitosin yang dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior dapat mengubah kontraksi Braxton Hicks menjadi kontraksi persalinan.[5]

e. Tanda Bahaya Kehamilan

Menurut Prawirohardjo, deteksi dini gejala dan tanda bahaya selama kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah terjadinya gangguan yang serius terhadap kehamilan ataupun keselamatan ibu hamil.[8]

1) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan dibawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Sekitar 10-12% kehamilan akan berakhir dengan keguguran yang pada umumnya (60-80%) disebabkan oleh kelainan kromosom yang ditemui pada spermatozoa ataupun ovum. Perdarahan pada

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

kehamilan lanjut atau diatas 20 minggu pada umumnya disebabkan oleh plasenta previa. Perdarahan yang terjadi sangat terkait dengan luas plasenta dan kondisi segmen bawah rahim yang menjadi tempat implantasiplasenta tersebut. Pada plasenta yang tipis dan menutupi sebagian jalan lahir, maka umumnya terjadi perdarahan bercak berulang dan apabila segmen bawah rahim mulai terbentuk disertai dengan sedikit penurunan bagian terbawah janin, maka perdarahan mulai meningkat hingga tingkatan yang dapat membahayakan keselamatan ibu.

2) Pre-Eklamsia

Pada umumnya ibu hamil dengan usia kehamilan diatas 20 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darah diatas normal sering diasosiasikan dengan pre-eklamsia. Data atau informasi awal terkait dengan tekanan darah sebelum hamil akan sangat membantu petugas kesehatan untuk membedakan hipertensi kronis (yang sudah ada sebelumnya) dengan pre-eklamsia. Gejala dan tanda lain dari pre-eklamsia adalah sebagai berikut:

a. Hiperfleksia
b. Sakit kepala atau sefalgia yang tidak membaik dengan pengobatan umum
c. Gangguan penglihatan seperti pandangan mata kabur, skotomata, silau atau berkunang – kunang
d. Nyeri epigastrik
e. Oliguria (luaran kurang dari 500 ml/jam)
f. Tekanan darah sistolik 20 – 30 mmHg dan diastolik 10 – 20 mmHg di atas normal
g. Proteinuria (>+1)
h. Edema menyeluruh.

3) Nyeri Hebat di daerah Abdominopelvikum

Bila hal tersebut di atas terjadi pada kehamilan trimester kedua atau ketiga dan disertai dengan riwayat dan tanda dibawah

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

ini, maka diagnosisnya mengarah pada solusio plasenta, baik dari jenis yang disertai perdarahan (*revealed*) maupun tersembunyi (*concealed*):

a) Trauma abdomen
b) Preeklamsia
c) Tinggi fundus uteri lebih besar dari usia kehamilan (UK)
d) Bagian-bagian janin sulit diraba
e) Uterus tegang dan nyeri
f) Janin mati dalam rahim

Beberapa gejala dan tanda lain yang harus diwaspadai terkait dengan gangguan serius selama kehamilan adalah sebagai berikut:

a) Muntah berlebihan yang berlangsung selama kehamilan
b) Disuria
c) Menggigil atau demam
d) Ketuban pecah dini atau sebelum waktunya
e) Uterus lebih besar atau lebih kecil dari Usia Kehamilan (UK) yang sesungguhnya

f. Pelayanan Antenatal Terpadu

Pelayanan antenatal terpadu merupakan pelayanan komprehensif dan berkualitas mencakup pelayanan promotif, preventif, PTM, KTP selama kehamilan, yang bertujuan untuk memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh pelayanan antenatal yang berkalitas sehingga mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat, dan melahirkan bayi yang sehat. Yang disebut dengan standar pelayanan antenatal adalah pelayanan yang dilakukan kepada ibu hamil dengan memenuhi kriteria 10 T yaitu:[9]

1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
2) Ukur tekanan darah
3) Nilai status gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas/LILA)
4) Ukur tinggi puncak rahim (fundus uteri)

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

5) Tentukan presentasi janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ)
6) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan
7) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan
8) Tes laboratorium: tes kehamilan, pemeriksaan hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya), pemeriksaan protein urin (bila ada indikasi); yang pemberian pelayanannya disesuaikan dengan trimester kehamilan.
9) Tatalaksana/penanganan kasus sesuai kewenangan
10) Temu wicara (konseling)

2. Persalinan

a. Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lahir lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri).[8]

Persalinan dianggap normal jika terjadi pada kehamilan usia cukup bulan (>37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks. Persalinan dapat dibedakan menjadi tiga, yaitu:

1) Persalinan spontan

Persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir.

2) Persalinan buatan

Persalinan yang dibantu dengan tenaga dari luar, misalnya dengan ekstraksi vakum, forsep, ataupun *sectio caecarea*.

3) Persalinan anjuran

Persalinan yang berlangsung dengan pemberian obat untuk merangsang timbulnya kontraksi, misalnya dengan pemecahan ketuban, pemberian pitocin, atau prostaglandin.

b. Teori Persalinan

Terdapat berbagai teori persalinan, diantaranya adalah:

1) Teori Penurunan Progesteron

Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his. Proses penuaan plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.[10]

2) Teori Oksitosin

Menjelang persalinan, terjadi peningkatan reseptor oksitosin dalam otot rahim, sehingga mudah terangsang saat disuntikkan oksitosin dan menimbulkan kontraksi. Diduga bahwa oksitosin dapat meningkatkan pembentukan prostaglandin dan persalinan berlangsung.[10]

3) Teori Keregangan Otot Rahim

Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenter sehingga plasenta mengalami degenerasi. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang sampai batas tertentu. Apabila batas tersebut sudah

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

terlewati, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.[10]

4) Teori Prostaglandin

Prostaglandin sangat meningkat pada cairan amnion dan desidua dari minggu ke-15 hingga aterm, dan kadarnya meningkat hingga ke waktu partus. Diperkirakan terjadinya penurunan progesteron dapat memicu *interleukin*-1 untuk dapat melakukan "*hidrolisis gliserofosfolipid*", sehingga terjadi pelepasan dari asam arakidonat menjadi prostaglandin, PGE2 dan PGF2 alfa. Terbukti pula bahwa saat mulainya persalinan, terdapat penimbunan dalam jumlah besar asam arakidonat dan prostaglandin dalam cairan amnion. Di samping itu, terjadi pembentukan prostasiklin dalam miometrium, desidua, dan *korion leave*. Prostaglandin dapat melunakkan serviks dan merangsang kontraksi, bila diberikan dalam bentuk infus, per os, atau secara intravaginal.[10]

5) Teori Janin

Terdapat hubungan hipofisis dan kelenjar suprarenal yang menghasilkan sinyal kemudian diarahkan kepada maternal sebagai tanda bahwa janin telah siap lahir. Namun mekanisme ini belum diketahui secara pasti.[10]

6) Teori Plasenta Menjadi Tua

Plasenta yang semakin tua seiring dengan bertambahnya usia kehamilan akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron sehingga timbul kontraksi rahim.[10]

c. Tanda dan Gejala Persalinan[7]

1) Tanda-tanda Persalinan Sudah Dekat

a) Lightening

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

(1) Kontraksi *Braxton Hicks*

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

(2) Ketegangan otot perut

(3) Ketegangan ligamentum rotundum

(4) Gaya berat janin kepala ke arah bawah

b) Terjadinya His Permulaan

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

(1) Rasa nyeri ringan dibagian bawah

(2) Datangnya tidak teratur

(3) Tidak ada perubahan serviks

(4) Durasinya pendek

(5) Tidak bertambah jika beraktivitas

2) Tanda-tanda Persalinan

a) Terjadinya His Persalinan

His persalinan memiliki sifat: pinggang terasa sakit, yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, intervalnya makin pendek dan kekuatannya makin besar, dan kontraksi uterus mengakibatkan perubahan uterus.[4]

b) Bloody Show

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

c) Pengeluaran Cairan

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

d. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi persalinan antara lain:[7]

1) *Power* (Kekuatan)

Power adalah kekuatan atau tenaga yang mendorong janin keluar. Kekuatan tersebut meliputi:

a) His (Kontraksi Uterus)

Adalah kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominan, terkoordinasi dan relaksasi. Walaupun his itu kontraksi yang fisiologis akan tetapi bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya, bersifat nyeri. Tiap his dimulai sebagai gelombang dari salah satu sudut di mana tuba masuk ke dalam dinding uterus.

b) Tenaga Mengedan

Setelah pembukaan lengkap dan setelah selaput ketuban pecah atau dipecahkan, serta sebagian presentasi sudah berada di dasar panggul, sifat kontraksi berubah, yakni bersifat mendorong keluar dibantu dengan keinginan ibu untuk mengedan atau usaha volunter.

2) *Passage* (Jalan Lahir)

Passage atau jalan lahir dibagi menjadi dua:

a) Bagian keras: meliputi tulang panggul, ruang panggul, bidang hodge dan ukuran-ukuran panggul.

b) Bagian lunak: meliputi diafragma pelvis dari dalam ke luar dan perineum.

3) *Passanger* (Janin dan Plasenta)

a) Janin

Passanger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka dia dianggap

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

sebagai bagian dari passanger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan normal.

b) Plasenta

Plasenta merupakan organ yang luar biasa. Plasenta berasal dari lapisan trofoblas pada ovum yang dibuahi, lalu 45 terhubung dengan sirkulasi ibu untuk melakukan fungsifungsi yang belum dapat dilakukan oleh janin itu sendiri selama kehidupan intrauterine. Keberhasilan janin untuk hidup tergantung atas keutuhan dan efisiensi plasenta.

4) Psikologis

Kelahiran bayi merupakan peristiwa penting bagi kehidupan seorang ibu dan keluarganya. Banyak ibu mengalami psikis (kecemasan, keadaan emosional wanita) dalam menghadapi persalinan, hal ini perlu diperhatikan oleh seseorang yang akan menolong persalinan. Perasaan cemas, khawatir akan mempengaruhi hormon stres yang akan mengakibatkan komplikasi persalinan. Tetapi sampai saat ini hampir tidak ada catatan yang menyebutkan mengenai hormon stres terhadap fungsi uteri, juga tidak ada catatan mengenai hubungan antara kecemasan ibu, pengaruh lingkungan, hormon stres dan komplikasi persalinan. Namun demikian seseorang penolong persalinan harus memperhatikan keadaan psikologis ibu yang akan melahirkan karena keadaan psikologis mempunyai pengaruh terhadap persalinan dan kelahiran.

5) Penolong

Penolong persalinan perlu kesiapan dan menerapkan asuhan sayang ibu. Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikut sertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Banyak penelitian menunjukkan bahwa jika para

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

ibu diperhatikan dan diberi dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan yang akan mereka terima, mereka akan mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik.

e. Tahapan Persalinan

1) Kala I (Kala Pembukaan)

Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran-pergeseran, ketika serviks mendatar dan membuka.[11]

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

a) Fase laten: dimana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan danpembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam.

b) Fase aktif: pembukaan 4- 10 cm, berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase, yaitu:

(1) Periode akselerasi berlangsung selama 2 jam (pembukaan menjadi 4 cm)

(2) Periode dilatasi maksimal berlangsung selama 2 jam (pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm)

(3) Periode deselerasi berlangsung lambat, dalam 2 jam (pembukaan jadi 10 cm atau lengkap).

Pada fase persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian terbawah janin.

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Berdasarkan *kurve Friedman*, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam.[11]

2) Kala II (Kala Pengeluaran)

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II pada primigravida berlangsung selama 2 jam dan multigravida 1 jam. Tanda gejala kala II yaitu:

a) Pembukaan Lengkap (10cm)
b) Ibu ingin meneran
c) Perineum menonjol
d) Vulva vagina dan sfingter anus membuka

3) Kala III (Kala Uri)

Kala III (Kala Uri) adalah periode persalinan yang dimulai dari lahirnya bayi sampai dengan lahirnya plasenta. Kala III persalinan terdiri atas dua fase, yaitu pelepasan plasenta dan ekspulsi (pengeluaran) plasenta.

Segera setelah bayi dan air ketuban sudah tidak lagi berada di dalam uterus, kontraksi akan terus berlangsung dan ukuran rongga uterus akan mengecil. Pengurangan dalam ukuran uterus ini akan menyebabkan pengurangan dalam ukuran tempat melekatnya plasenta. Oleh karena tempat melekatnya plasenta tersebut menjadi lebih kecil, maka plasenta akan menjadi tebal atau mengkerut dan memisahkan diri dari dinding uterus. Sebagian dari pembuluh-pembuluh darah yang kecil akan robek saat plasenta lepas. Tempat melekatnya plasenta akan berdarah terus hingga uterus seluruhnya berkontraksi. Setelah plasenta lahir, dinding uterus akan berkontraksi dan menekan semua pembuluh-pembuluh darah ini yang akan menghentikan perdarahan dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Sebelum uterus berkontraksi, wanita tersebut bisa kehilangan darah 350-360 cc/menit dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Uterus tidak bisa sepenuhnya

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

berkontraksi hingga plasenta lahir dahulu seluruhnya. Oleh sebab itu, kelahiran yang cepat dari plasenta segera setelah ia melepaskan dari dinding uterus merupakan tujuan dari manajemen kebidanan dari kala III yang kompeten.[12] Tanda-tanda pelepasan plasenta:

a) Perubahan ukuran dan bentuk uterus
b) Uterus menjadi bundar dan uterus terdorong ke atas karena plasenta sudah terlepas dari segmen bawah rahim
c) Tali pusat memanjang
d) Semburan darah tiba tiba

4) Kala IV (Kala Pengawasan)

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah proses tersebut. Setelah plasenta lahir tinggi fundus uteri kurang lebih 2 jari dibawah pusat. Otot-otot uterus berkontraksi, pembuluh darah yang ada diantara anyaman-anyaman otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan. Pada fase ini perlu pemantaauan intensif yaitu pemantauan 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta, 30 menit pada jam kedua setelah persalinan, jika kondisi ibu tidak stabil, perlu dipantau lebih sering. Pemantauan atau observasi yang harus dilakukan pada kala IV yaitu: tingkat kesedaran, pemeriksaan tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi dan pernapasan), kontraksi uterus, Tinggi fundus uterus, kandung kemih terjadinya perdarahan (perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc.[10]

3. Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang berusia 0-28 hari. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram.[10]

b. Ciri-ciri

Bayi baru lahir normal mempunyai ciri-ciri berat badan lahir 2500-4000 gram, umur kehamilan 37-40 minggu, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, menghisap ASI dengan baik, dan tidak ada cacat bawaan.[12]

Bayi baru lahir normal memiliki panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar lengan 11-12 cm, frekuensi denyut jantung 120-160 kali per menit, pernapasan 40-60 kali per menit, lanugo tidak terlihat dan rambut kepala tumbuh sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR >7, reflek-reflek sudah terbentuk dengan baik (*rooting, sucking, morro, grasping*), organ genitalia pada bayi laki-laki testis sudah berada pada skrotum dan penis berlubang, pada bayi perempuan vagina dan uretra berlubang serta adanya labia minora dan mayora, mekonium sudah keluar dalam 24 jam pertama berwarna hitam kecoklatan.[12]

c. Klasifikasi Neonatus

Bayi baru lahir atau neonatus di bagi dalam beberapa kasifikasi, yaitu:

1) Neonatus menurut masa gestasinya:
   a) Kurang bulan (*preterm infant*): < 259 hari (37 minggu)
   b) Cukup bulan (*term infant*): 259-294 hari (37-42 minggu)
   c) Lebih bulan (*postterm infant*): > 294 hari (42 minggu atau lebih)

2) Neonatus menurut berat badan lahir :
   a) Berat lahir rendah: <2500 gram
   b) Berat lahir cukup: 2500-4000 gram
   c) Berat lahir lebih: >4000 gram

3) Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan):
   a) Nenonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)

b) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)

d. Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir

Semua bayi diperiksa segera setelah lahir untuk mengetahui apakah transisi dari kehidupan *intrauterine* ke *ekstrauterine* berjalan dengan lancar dan tidak ada kelainan. Pemeriksaan medis komprehensif dilakukan dalam 24 jam pertama kehidupan. Pemeriksaan rutin pada bayi baru lahir harus dilakukan, tujuannya untuk mendeteksi kelainan atau anomali kongenital yang muncul pada setiap kelahiran dalam 10-20 per 1000 kelahiran, pengelolaan lebih lanjut dari setiap kelainan yang terdeteksi pada saat antenatal, mempertimbangkan masalah potensial terkait riwayat kehamilan ibu dan kelainan yang diturunkan, dan memberikan promosi kesehatan, terutama pencegahan terhadap *sudden infant death syndrome* (SIDS). Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir adalah untuk membersihkan jalan napas, memotong dan merawat tali pusat, mempertahankan suhu tubuh bayi, identifikasi, dan pencegahan infeksi. Asuhan bayi baru lahir meliputi:

1) Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi

Untuk menilai apakah bayi mengalami asfiksia atau tidak dilakukan penilaian sepintas setelah seluruh tubuh bayi lahir dengan tiga pertanyaan:

(a) Apakah kehamilan cukup bulan?

(b) Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?

(c) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

Jika ada jawaban “tidak” kemungkinan bayi mengalami asfiksia sehingga harus segera dilakukan resusitasi. Penghisapan lendir pada jalan napas bayi tidak dilakukan secara rutin.

2) Pemotongan dan pengikatan tali pusat

Setelah penilaian sepintas dan tidak ada tanda asfiksia pada bayi, dilakukan manajemen bayi baru lahir normal dengan mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh

lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, kemudian bayi diletakkan di atas dada atau perut ibu. Setelah pemberian oksitosin pada ibu, lakukan pemotongan tali pusat dengan satu tangan melindungi perut bayi. Perawatan tali pusat adalah dengan tidak membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apa pun pada tali pusat. Perawatan rutin untuk tali pusat adalah selalu cuci tangan sebelum memegangnya, menjaga tali pusat tetap kering dan terpapar udara, membersihkan dengan air, menghindari dengan alkohol karena menghambat pelepasan tali pusat, dan melipat popok di bawah umbilikus.[13]

3) Inisiasi menyusu dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu 10 untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusu. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusu pertama biasanya berlangsung pada menit ke- 45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusu dari satu payudara.24 Jika bayi belum menemukan puting ibu dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selama 30-60 menit berikutnya. Jika bayi masih belum melakukan IMD dalam waktu 2 jam, lanjutkan asuhan perawatan neonatal esensial lainnya (menimbang, pemberian vitamin K, salep mata, serta pemberian gelang pengenal) kemudian dikembalikan lagi kepada ibu untuk belajar menyusu.[14]

4) Mempertahankan suhu tubuh bayi

Mekanisme pengaturan temperatur bayi belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak dilkukan pencegahan kehilangan panas maka bayi akan mengalami hipotermia. Hipotermia dapat terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

basah atau tidak segera dikeringkan dandiselimuti walaupun berada dalam ruangan yang hangat. Pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi.

5) Pemberian salep mata/tetes mata

Pemberian salep atau tetes mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis (tetrasiklin 1%, oxytetrasiklin 1% atau 11 antibiotika lain). Pemberian salep atau tetes mata harus tepat 1 jam setelah kelahiran. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari 1 jam setelah kelahiran.

6) Pencegahan perdarahan melalui penyuntikan vitamin K1 dosis tunggal di paha kiri

Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (Phytomenadione) 1 mg intramuskuler di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir.

7) Pemberian imunisasi hepatitis B (HB0) dosis tunggal di paha kanan

Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam di paha kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati.

8) Pemeriksaan bayi baru lahir (BBL)

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi. Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan dianjurkan tetap berada di fasilitas tersebut selama 24 jam karena risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan. saat kunjungan tindak lanjut (KN) yaitu 1 kali pada umur 1-3 hari, 1 kali pada umur 4-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari.

4. Nifas

a. Definisi

Masa nifas berasal dari bahasa latin, yaitu *puer* artinya bayi dan *parous* artinya melahirkan atau masa sesudah melahirkan. Asuhan kebidanan masa nifas adalah penatalaksanaan asuhan yang diberikan pada pasien mulai dari saat setelah lahirnya bayi sampai dengan kembalinya tubuh dalam keadaan seperti sebelum hamil atau mendekati keadaan sebelum hamil.[15]

Masa nifas dimulai setelah 2 jam *post partum* dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, biasanya berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan baik secara fisiologi maupun psikologis akan pulih dalam waktu 3 bulan.[15]

b. Tahapan Masa Nifas

Tahapan masa nifas terdiri dari:[5]

1) Puerperium dini (*immediate puerperium*): kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan
2) Puerperium intermedial (*early puerperium*): kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu
3) Remote puerperium (*later puerperium*): waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil dan waktu persalinan mempunyai komplikasi

c. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Sistem tubuh ibu akan kembali beradaptasi untuk menyesuaikan dengan kondisi post partum. Organ-organ tubuh ibu yang mengalami perubahan setelah melahirkan antara lain:[16]

1) Perubahan Sistem Reproduksi

a) Uterus

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana Tinggi Fundus Uterinya (TFU).

Tabel 1. Proses Involusi Uteri

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	Dua jari bawah pusat	750 gram
Satu minggu	Pertengahan pusat-simpisis	500 gram
Dua minggu	Tak teraba diatas simpisis	350 gram
Enam minggu	Bertambah kecil	50 gram
Delapan minggu	Sebesar normal	30 gram

b) Lokhea

Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. *Lokhea* berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. *Lokhea* yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. *Lokhea* mempunyai perubahan warna dan volume karena adanya proses involusi. *Lokhea* dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya:

1) *Lokhea* Rubra

Lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium.

2) *Lokhea* Sanguinolenta

Lokhea ini berwarna merah kecokelatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 *post partum*.

3) *Lokhea* Serosa

Lokhea ini berwarna kuning kecokelatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14.

4) *Lokhea* Alba

Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. *Lokhea* alba ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu post partum.

5) *Lokhea* Purulenta: terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.

6) *Lochiotosis*: *lokhea* tidak lancar keluarnya.

Lokhea yang menetap pada awal periode post partum menunjukkan adanya tanda-tanda perdarahan sekunder yang mungkin disebabkan oleh tertinggalnya sisa atau selaput plasenta. *Lokhea* alba atau serosa yang berlanjut dapat menandakan adanya endometritis, terutama bila disertai dengan nyeri pada abdomen dan demam. Bila terjadi infeksi, akan keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan "*lokhea* purulenta". Pengeluaran *lokhea* yang tidak lancar disebut "*lokhea* statis".

c) Perubahan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol.

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

d) Perubahan Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada *post partum* hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.[17]

2) Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan makan, hemoroid dan kurangnya aktivitas tubuh.

3) Perubahan Sistem Perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Penyebab dari keadaan ini adalah terdapat spasme sfingter dan edema leher kandung kemih setelah mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Kadar hormon estrogen yang besifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut “diuresis”.

4) Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit, sehingga akan menghentikan perdarahan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

5) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Setelah persalinan, *shunt* akan hilang tiba-tiba. Volume darah bertambah, sehingga akan menimbulkan dekompensasi kordis pada penderita *vitum cordia*. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala. Pada umumnya, hal ini terjadi pada hari ketiga sampai kelima *post partum*.

6) Perubahan Tanda-tanda Vital

Pada masa nifas, tanda-tanda vital yang harus dikaji antara lain:

a) Suhu badan

Dalam 1 hari (24 jam) *post partum*, suhu badan akan naik sedikit (37,5°C–38°C) akibat dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila dalam keadaan normal, suhu badan akan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik lagi karena ada pembentukan air susu ibu (ASI). Bila suhu tidak turun, kemungkinan adanya infeksi pada endometrium.

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan dehidrasi, infeksi atau perdarahan *post partum*.

c) Tekanan darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat *post partum* menandakan terjadinya preeklampsi *post partum*.

d) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

saluran nafas. Bila pernafasan pada masa *post partum* menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

7) Perubahan Psikologis Masa Nifas

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Reva Rubin mengenai perubahan pada masa post partum terdapat 3 fase, yaitu:[18]

a) Fase *Taking In*

Terjadi pada hari ke-1 sampai ke-2, fokus perhatian adalah pada diri sendiri, mungkin pasif dan tergantung. Kelelahannya membuat ibu perlu cukup istirahat untuk menjaga gejala kurang tidur seperti mudah tersinggung. Kondisi ini perlu dipahami dengan menjaga komunikasi dengan baik. Pada fase ini perlu diperhatikan pemberian ekstra makanan untuk pemulihan disamping memang nafsu mkana ibu saat ini sedang meningkat. Biasanya ibu tidak menginginkan kontak dengan bayinya tetapi bukan berarti ibu tidak memperhatikan. Pada fase ini ibu perlu informasi mengenai bayinya bukan cara merawat bayinya.

b) Faes *Taking Hold*

Terjadi pada hari ke-3 sampai hari ke-10, ada kekhawatiran tidak mampu merawat bayinya, selain itu, perasaan ibu pada fase ini sangat sensitif sehingga mudah tersinggung jika komunikasi kurang hati-hati. Ibu mulai berusaha mandiri dan berinisiatif. Perhatikan terhadap kemampuan mengatasi fungsi tubuhnya seperti buang air kecil dan buang air besar, melakukan aktivitas duduk, jalan, ingin belajar tentang perawatan ibu dan bayi. Sering timbul rasa tidak percaya diri. Oleh karena itu ibu butuh dukungan khususnya suami, dimana pada fase ini merupakan kesempatan terbaik melakukan terbaik melakukan penyuluhan dalam merawat diri dan bayi sehingga tumbuh rasa percaya diri.

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

c) Fase *Letting Go*

Terjadi setelah hari ke-10 *post partum*. Pada fase ini ibu merasakan bahwa bayinya adalah terpisah dari dirinya. Mendapatkan dan menerima peran dan tanggung jawab baru. Terjadi peningktan kemandirian dalam menjaga bayinya, penyesuaian dalam hubungan keluarga termasuk bayinya. Fase ini berlangsung setelah sepuluh hari persalinan. Fase-fase adaptasi psikologis pada ibu dalam masa nifas tersebut merupakan perubahan perasaan sebagai respon alami terhadap rasa lelah yang dirasakan dan akan kembali secara perlahan setelah ibu dapat menyesuaikan diri dengan peran barunya dan tumbuh kembali pada keadaan normal. Walaupun perubahan terjadi sedemikian rupa, ibu harusnya tetap menjalani ikatan batin dengan bayinya sejak awal.

d. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

Kebutuhan dasar pada masa nifas yaitu:[19]

1) Nutrisi dan Cairan

Pada dua jam setelah dua jam setelah melahirkan jika tidak ada kemungkinan komplikasi yang memerlukan anastesi, ibu dapat diberikan makan dan minum jika dia haus dan lapar. Konsumsi makanan dengan gizi seimbang, bergizi dan mengandung cukup kalori membnatu memulihkan tubuh dan mempertahankan tubuhdari infeksi, mempercepat pengeluaran ASI serta mencegah konstipasi. Obat-obatan yang dikonsumsi sebatas yang dianjurkan dan tidak berlebihan, selain itu ibu memerlukan tambahan kalori 500 kalori tiap hari.

Untuk menghasilkan setiap 100 ml susu, ibu memerlukan asupan kalori 85 kalori. Pada saat minggu pertama dan enam bulan menyusui (ASI ekslusif) jumlah susu yang harus dihasilkan oleh ibu sebanyak 750 ml setiap harinya. Dan mulai minggu kedua susu yang dihasilkan adalah sejumlah 600 ml, jadi tambahan

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

jumlah kalori yang harus yang harus dikonsumsi ibu adalah 510 kalori. Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama empat puluh hari *pasca* persalian. Minum sedikitnya tiga liter air setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setelah setiap kali selesai menyusui). Hindari makanan yang mengandung kafein/nikotin. Makanan yang dikonsumsi haruslah makanan yang sehat, makanan yang sehat adalah makanan dengan menu seimbang yaitu yang mengandung unsur-unsur, seperti sumber tenaga, pengatur dan pelindung.

2) Kebutuhan Ambulasi

Jika tidak ada kelainan lakukan mobilisasi sedini mungkin, yaitu dua jam setelah persalinan normal. Pada ibu dengan *partus* normal ambulasi dini dilakukan paling tidak 6-12 jam *post partum*, sedangkan pada ibu dengan *partus sectio caesarea* ambulasi dini dilakukan paling tidak setelah 12 jam *post partum* setelah ibu sebelumnya beristirahat (tidur).

Tahapan ambulasi: miring kiri dan kanan terlebih dahulu, kemudian duduk dan apabila ibu sudah cukup kuat berdiri maka ibu dianjurkan untuk berjalan (mungkin ke toilet untuk berkemih). Manfaat ambulasi dini: memperlancar sirkulasi darah dan mengeluarkan cairan vagina (*lokhea*) dan mempercepat mengembalikan tonus otot dan vena.

3) Kebutuhan Eliminasi

a) Buang air kecil (BAK)

Pengeluaran urine akan meningkat pada 24-48 jam pertama sampai hari ke-5 *post partum* karena volume darah ekstra yang dibutuhkan waktu hamil tidak diperlukan lagi setelah persalinan. Sebaiknya, ibu tidak menahan buang air kecil ketika ada rasa sakit pada jahitan karena dapat menghambat uterus berkontraksi dengan baik sehingga menimbulkan perdarahan yang berlebihan. Dengan

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

mengosongkan kandung kemih secara adekuat, tonus kandung kemih biasanya akan pulih kembali dalam 5-7 hari post partum. Ibu harus berkemih spontan dalam 6-8 jam post partum.pada ibu yang tidak bisa berkemih beri motivasi ibu untuk berkemih dengan membasahi bagian vagina atau melakukan katerisasi.

b) Buang air besar (BAB)

Kesulitan buang air besar (konstipasi) dapat terjadi karena ketakutan akan rasa sakit, takut jahitan terbuka, atau karena hemoroid. Kesulitan ini dpat dibantu dengan mobilisasi dini, mengkonsumsi makanan tinggi serat dan cukup minum sehingga bisa buang air besar. Jika sudah pada hari ketiga ibu masih belum bisa buang air besar, ibu bisa menggunakan pencahar berbentuk supositoria sebagai pelunak tinja. Ini penting untuk menghindarkan gangguan pada kontraksi uterus yang dapat menghambat pengeluaran cairan vagina. Dengan melakukan pemulangan dini pun diharapkan ibu dapat segera BAB.

4) Kebutuhan Istirahat

Istirahat membantu mempercepat proses involusi uterus dan mengurangi perdarahan, memperbanyak jumlah pengeluaran ASI dan mengurangi penyebab terjadinya depresi:

a) Anjurkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
b) Sarankan ibu untuk kembali ke kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, serta untuk tidur atau beristirahat selagi bayi tidur.
c) Kurang istirahat akan mempengaruhi jumlah ASI yang diproduksi, dan memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan.

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

5) Kebersihan Diri/Puerperium

Untuk mencegah terjadinya infeksi baik pada luka jahitan dan maupun kulit, maka ibu harus menjaga kebersihan diri secara keseluruhan. Anjurkan kebersihan seluruh tubuh:

a) Perawatan perineum

Bidan memberi konseling ibu untuk membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Bersihkan daerah disekitar vulva terlebih dahulu, dari depan kebelakang, kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Nasihatkan kepada ibu untuk membersihkan vulva setiap selesai BAB/BAK.Jika terdapat luka episiotomi sarankan untuk tidak menyentuh luka.

Bidan memberikan saran ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah di cuci dengan baik dan dikeringkan dibawah matahari atau disetrika. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.

b) Pakaian

Pakaian terbuat dari bahan yang mudah menyerap keringat karna produksi keringat menjadi banyak. Sebaiknya pakaian agak longgar didaerah dada sehingga payudara tidak tertekan dan kering. Demikian juga dengan pakian dalam, agar tidak terjadi iritasi pada daerah sekitarya akibat *lokhea*.

c) Kebersihan rambut

Setelah bayi lahir mungkin ibu akan mengalami kerontokan pada rambut akibat gangguan perubahan hormon sehingga keadaanya menjadi lebih tipis dibandingkan keadaan normal. Namun akan pulih kembali setelah beberapa bulan. Cuci rambut dapat kondisioner yang cukup, lalu sisir

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

menggunakan sisir yang lembut. Hindari penggunaan pengering rambut.

d) Kebersihan kulit

Setelah persalinan, ekstra cairan tubuh yang dibutuhkan saat hamil akan dikeluarkan kembali melalui air seni dan keringat untuk menghilangkan pembengkakan pada wajah, kaki, betis dan tangan ibu. Oleh karena itu, dalam minggu-minggu pertama setelah melahirkan, ibu akan merasakan jumlah keringat yang lebih banyak dari biasanya. Usahakan mandi lebih sering dan jaga agar kulit tetap kering.

e) Perawatan payudara

Perawatan yang dilakukan terhadap payudara bertujuan melancarkan sirkulasi darah dan mencegah terjadinya sumbatan susu sehingga memperlancar pengeluaran susu. Lakukan perawatan payudara secara teratur, perawatan payudara hendaknya dimulai sedini mungkin, yaitu 1-2 hari setelah bayi dilahirkan dan dilakukan dua kali sehari.

6) Kebutuhan Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan ibu tidak merasa nyeri, aman untuk melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap. Tidak dianjurkan melakukan hubungan seksual sampai dengan enam minggu *post partum*. Keputusan bergantung pada pasangan yang bersangkutan. Hubungan seksual dapat dilanjutkan setiap saat ibu merasa nyaman untuk memulai, dan aktivitas itu dapat dinikmati.

7) Senam Nifas

Latihan *pasca* persalinan dikenal sebaai senam nifas sesungguhnya lebih sekedar mengencangkan kembali otot-otot yang kendur dan membuang lemak tubuh yang tidak perlu, banyak

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

lagi manfaat yang didapat dari senam ini sehingga bidan perlu memberikan penjelasan dan petunjuk senam nifas kepada ibu *pasca* bersalin dan keluarganya. Kondisi yang kendor setelah melahirkan harus segera dipulihkan, karena selain bayi yang dilahirkan membutuhkan kasih sayang dari seorang ibunya, juga suami yang kita cintai. Untuk itulah pemulihan kondisi harus harus dilakukan seawal mungkin sesuai kondisi.

Mobilisasi dan gerakan-gerakan sederhana sudah dapat dimulai selagi ibu masih ada diklinik atau rumah sakit, supaya involusi berjalan dengan baik dan otot-otot mendapat tonus, elastisitas dan fungsinya kembali. Senam nifas adalah senam yang dilakukan saat seseorang ibu menjalani masa nifas atau masa setelah melahirkan.Senam nifas adalah latihan gerak yang dilakukan secepat mungkin setelah melahirkan, supaya otot-otot yang mengalami peregangan selama kehamilan dan persalinan dpat kembali kepada kondisi normal seperti semula. Senam nifas dapat dimulai enam jam setelah melahirkan dan dalam pelaksanaanya harus dilakukan secara bertahap, sistematis dan kontinyu.

e. Asuhan Masa Nifas

Asuhan *post partum* merupakan upaya kolaboratif antara orangtua, keluarga, pemberi asuhan yang sudah terlatih atau tradisional, profesi kesehatan dll termasuk kelompok anggota masyarakat, pembuat kebijakan, perencanan kesehatan dan administrator.[18]

1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun psikologi.
2) Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat.

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

4) Memberikan pelayanan KB.

Asuhan kebidanan masa nifas berdasarkan waktu kunjungan nifas:

1) Kunjungan I (6-8 jam setelah persalinan)
   a) Mencegah perdarahan masa nifas.
   b) Mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.
   c) Pemberian ASI awal, 1 jam setelah Inisiasi Menyusu Dini (IMD) berhasil dilakukan.
   d) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi.
   e) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.
2) Kunjungan II (6 hari setelah persalinan)
   a) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau menyengat.
   b) Menilai adanya tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
   c) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit dalam menyusui.
   d) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi yaitu perawatan tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.[20]
3) Kunjungan III (2 minggu setelah persalinan)
   a) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau menyengat.
   b) Menilai adanya tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
   c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit dalam menyusui.

e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi yaitu perawatan tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

4) Kunjungan IV (6 minggu setelah persalinan)

a) Menanyakan pada ibu tentang keluhan dan penyulit yang dialaminya.

b) Memberikan konseling untuk menggunakan KB secara dini.

5. Menyusui

a. Fisiologi Menyusui

Laktasi adalah keseluruhan proses menyusui mulai dari ASI diproduksi sampai proses bayi menghisap dan menelan ASI. Laktasi merupakan bagian integral dari siklus reproduksi mamalia termasuk manusia. Masa laktasi mempunyai tujuan meningkatkan pemberian ASI eksklusif dan meneruskan pemberian ASI sampai anak umur 2 tahun secara baik dan benar serta anak mendapatkan kekebalan tubuh secara alami.[31] Laktasi atau menyusui mempunyai dua pengertian, yaitu produksi dan pengeluara ASI.

1) Produksi ASI (Prolaktin)

Payudara mulai dibentuk sejak embrio berumur 18-19 minggu. Pembentukan tersebut delesai ketika mulai menstruasi dengan terbentuknya hormon estrogen dan progesteron yang berfungsi untuk maturasi alveolus. Sementara itu, hormon prolaktin berfungsi untuk produksi ASI selain hormon lain seperti insulin, tiroksin, dan lainlain. Selama hamil hormon prolaktin dari plasenta meningkat, tetapi ASI biasanya belum keluar karena masih dihambat oleh kadar estrogen yang tinggi. Pada hari kedua atau ketiga pasca persalinan, kadar estrogen dan progesteron turun drastis, sehingga pengaruh prolaktin lebih dominan dan saat itu sekresi ASI semakin lancar. Terdapat dua refleks pada ibu yang

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

sangat penting dalam proses laktasi, yaitu refleks prolaktin dan refleks aliran yang timbul akibat perangsangan puting susu oleh hisapan bayi.[21]

Refleks prolaktin, sebagaimana dijelaskan sebelumnya, puting susu berisi banyak ujung saraf sensoris. Bila saraf tersebut dirangsang, timbul impuls yang menuju hipotalamus, yaitu selanjutnya ke kelenjar hipofisis anterior sehingga kelenjar ini mengeluarkan hormon prolaktin. Hormon tersebut yang berperan dalam produksi ASI di tingkat alveoli. Refleks prolaktin muncul setelah menyusui dan menghasilkan susu untuk proses menyusui berikutnya. Prolaktin lebih banyak dihasilkan pada malam hari dan dipahami bahwa makin sering rangsangan penyusuan, makin banyak ASI yang dihasilkan refleks aliran (*let down reflex*) bersamaan dengan pembentuka prolaktin oleh hipofisis anterior, rangsangan yang berasal dari isapan bayi dilanjutkan ke hipofisis posterior yang kemudian dikeluarkan oksitosin. Kontraksi dari sel akan memeras air susu yang telah terbuat, keluar dari alveoli dan masuk ke sistem duktus dan selanjutnya mengalir melalui duktus laktiferus masuk ke mulut bayi.[21]

Faktor-faktor yang meningkatkan let down adalah dengan melihat bayi, mendengarkan suara bayi, mencium bayi, memikirkan untuk menyusui bayi. Faktorfaktor yang menghambat *refleks let down* adalah stres, seperti keadaan bingung/pikiran kacau, taku dan cemas.[22]

2) Pengeluaran ASI (Oksitosin)

Rangsangan puting susu tidak hanya diteruskan sampai ke kelenjar hipofisis posterior yang mengeluarkan hormon oksitosin. Hormon itu berfungsi memacu kontraksi otot polos yang ada di dinding alveolus dan dinding saluran, sehingga ASI di pompa keluar.

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Refleks oksitosin bekerja sebelum atau setelah menyusui untuk menghasilkan aliran air susu dan menyebabkan kontraksi uterus. Semakin sering menyusui, semakin baik pengosongan alveolus dan saluran sehingga semakin kecil kemungkinan terjadi bendungan susu sehingga proses menyusui makin lancar. Saluran ASI yang mengalami bendungan tidak hanya mengganggu penyusuan, tetapi menyebabkan kerentanan terhadap infeksi. Oksitosin juga memacu kontraksi otot rahim sehingga involusi rahim semakin cepat dan baik. Tidak jarang, perut ibu terasa sangat mules pada hari-hari pertama menyusui dan hal ini merupakan mekanisme alamiah untuk rahim kembali ke bentuk semula.

b. Teknik Menyusui yang Benar

1) Posisi menyusui

Para ibu harus mengerti perlunya posisi yang nyaman dan mempertahankannya ketika menyusui untuk menghindari perlekatan pada payudara yang tidak baik yang akan berakibat pada pengeluaran ASI yang tidak efektif dan menimbulkan trauma. Beberapa hal yang perlu diajarkan pada ibu untuk membantu mereka dalam mencapai posisi yang baik agar dicapai perlekatan pada payudara dan mempertahankannya secara efektif adalah sebagai berikut.[22]

a) Ibu harus mengambil posisi yang dapat dipertahankannya. Bila ibu tidak nyaman, proses menyusui akan berlangsung singkat dan bayi tidak akan mendapat manfaat susu yang kaya lemak di akhir penyusuan. Posisi yang tidak nyaman ini juga akan mendorong terbentuknya fil dan sebagai akibatnya akan mengurangi suplai susu.

b) Kepala dan leher harus berada pada satu garis lurus. Posisi ini memungkinkan bayi untuk membuka mulutnya dengan lebar, dengan lidah pada dasar mulut untuk menyauk/mengangkat

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

payudara ke atas. Usahakan agar kepala dan leher jangan terpilin karena hal ini juga akan melindungi jalan napas dan akan membantu refleks mengisap-menelan-bernapas.

c) Biarkan bayi menggerakkan kepalanya secara bebas Menghindari memegang bagian belakang kepala bayi sangat penting agar penyusuan dapat berlangsung dengan sukses, sebaliknya leher dan bahu bayi harus disokong agar bayi dapat menggerakkan kepalanya dengan bebas untuk mencari posisi yang tepat dengan dipandu oleh dagunya, membiarkan hidungnya bebas, dan mulut menganga lebar. Posisi demikian juga memungkinkan bayi untuk menjulurkan kepala dan lehernya serta menstabilkan jalan udara selama terjadinya refleks mengisap-menelanbernapas. Sebaliknya dengan memegang kepala bayi, maka hidung, bibir atas dan mulut akan terdorong ke arah payudara, dan memfleksikan leher. Ini akan menghambat jalan udara dan akan menekan hidung bayi pada payudara. Juga, ibu akan cenderung menekan payudara dengan jari-jarinya untuk membuat suatu ruangan agar bayinya dapat bernapas dan dengan melakukan tindakan demikian justru akan mengurangi aliran susu dan mengganggu perlekatan. Dengan memberikan keleluasaan pada bayi untuk menjulurkan lehernya, maka dia diberi kesempatan untuk menghampiri payudara ke dalam mulutnya dan membiarkan hidung bebas. Dengan menekankan kepala bayi pada payudara juga akan menimbulkan penolakan payudara.

d) Dekatkan bayi Bawalah bayi ke arah payudara dan bukan sebaliknya karena dapat merusak bentuk payudara.

e) Hidung harus menghadap ke arah puting, hal demikian akan mendorong bayi untuk mengangkat kepalanya ke arah belakang dan akan memandu pencarian payudara dengan

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

dagunya. Dengan posisi demikian, lidah juga akan tetap berada di dasar mulut sehingga puting susu berada pada pertemuan antara langit-langit keras dan lunak.

f) Dekati bayi ke payudara dengan dagu terlebih dahulu Dagu akan melekukkan payudara ke dalam dan bayi akan menyauk payudara masuk ke dalam mulutnya

2) Perlekatan pada payudara

Reflek *rooting* dan *sucking* akan distimulasi oleh sentuhan halus payudara. Segera setelah bayi mengarah ke puting dan menyentuhnya dengan bibir bawah, maka refleks membuka mulut akan dirangsang. Bayi akan membuka mulut lebar-lebar dengan lidah pada dasar mulut. Bila mulut tidak dibuka cukup lebar atau bila lidah berada di langit-langit mulut, maka bayi tidak dapat melekat pada payudara secara efektif, yang mengakibatkan bayi mengisap puting. Pelekatan yang tidak baik dapat menjadi awal timbulnya berbagai masalah dalam menyusui.[22]

Tanda-tanda pelekatan yang efektif untuk menjamin proses menyusui yang efektif, yang meliputi sebagai berikut:

a) Mulut terbuka lebar, lidah di dasar mulut, menyauk payudara mengisi mulut dengan penuh.
b) Dagu melekukkan payudara ke dalam.
c) Bibir bawah menjulur keluar dan bibir atas berada dalam posisi netral.
d) Pipi penuh.
e) Terdengar suara menelan.
f) Terlihat susu pada sudut-sudut mulut.
g) Areola lebih banyak terlihat di atas bibir atas dibandingkan dengan bibir bawah.

Perlekatan yang tidak baik atau tidak efektif pada payudara dapat menimbulkan luka atau puting lecet. Perlekatan pada payudara yang tidak sempurna ini akan berakibat pada pengeluaran ASI yang tidak

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

efektif dan stasis ASI yang dapat menyebabkan terjadinya pembengkakan payudara, sumbatan duktus, peradangan payudara (mastitis) dan kemungkinan abses. Karena pengeluaran ASI tidak efektif, maka terjadi kenaikan FIL yang berakibat pada turunnya produksi ASI.

c. Masalah-masalah dalam Pemberian ASI

Kegagalan dalam proses menyusui sering disebabkan karena timbulnya beberapa masalah, antara lain:[23]

1) Puting susu lecet

Menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia (2013) Masalah yang paling sering terjadi pada ibu yang menyusui adalah puting susu nyeri/lecet. Keadaan seperti ini biasanya terjadi karena posisi bayi sewaktu menyusu salah. Bayi hanya menghisap pada puting karena aerola sebagian besar tidak masuk ke dalam mulut bayi. Hal ini juga dapat terjadi pada akhir menyusui bila melepaskan hisapan bayi tidak benar. Juga dapat terjadi bila sering membersihkan puting dengan alkohol atau sabun. Puting lecet ini dapat menggagalkan upaya menyusui oleh karena ibu akan segan menyusui karena terasa sakit dan tidak terjadi pengosongan payudara sehingga produksi ASI berkurang.

Pencegahan puting susu lecet diantaranya:[24]

a) Ibu perlu mengetahui posisi menyusui yang benar.
b) Ibu perlu tahu cara melepaskan bayi dari payudara.
c) Jangan membersihkan puting dengan sabun atau alkohol

2) Payudara bengkak

a) Penyebab

Pembengkakan ini terjadi karena ASI tidak disusui secara adekuat, sehingga sisa ASI terkumpul pada system duktus yang mengakibatkan terjadinya pembengkakan. Pembengkakan bisa terjadi pada hari ketiga dan keempat sesudah melahirkan.

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

b) Pencegahan

(1) Apabila memungkinkan, susukan bayi segera setelah lahir

(2) Susukan bayi tanpa dijadwal

(3) Keluarkan ASI dengan tangan atau pompa bila produksi ASI melebihi kebutuhan bayi.

(4) Melakukan perawatan payudara

3) Saluran susu tersumbat (*obstruvtive duct*)

Suatu keadaan dimana terdapat sumbatan pada duktus laktiferus, dengan penyebabnya adalah:

a) Tekanan jari ibu pada waktu menyusui

b) Pemakaian BH yang terlalu ketat

c) Komplikasi payudara bengkak, yaitu susu yang terkumpul tidak segera dikeluarkan sehingga menimbulkan sumbatan.

4) Mastitis

Hal ini merupakan radang pada payudara, yang disebabkan oleh:

a) Payudara bengkak yang tidak disusui secara adekuat

b) Puting lecet yang memudahkan masuknya kuman dan terjadi payudara bengkak

c) BH yang terlalu ketat

d) Ibu yang diit jelek, kurang istirahat, anemi akan mudah terinfeksi.

5) Abses payudara

Abses payudara merupakan kelanjutan dari mastitis, hal ini dikarenakan meluasnya peradangan payudara. Payudara tampak merah mengkilap dan terdapat nanah sehingga perlu insisi untuk mengeluarkannya.

6) Kelainan anatomis pada puting susu (puting tenggelam/datar)

Pada puting tenggelam kelainan dapat diatasi dengan perawatan payudara dan perasat Hoffman secara teratur. Jika puting masih tidak bisa diatasi maka untuk mengeluarkan ASI

dapat dilakukan dengan tangan/pompa kemudian dapat diberikan dengan sendok/pipet.

6. Keluarga Berancana

a. Definisi KB

Keluarga berencana merupakan usaha untuk mengukur jumlah anak dan jarak kelahiran anak yang diinginkan. Maka dari itu, pemerintah mencanangkan program atau cara untuk mencegah dan menunda kehamilan.[25]

b. Tujuan Program KB

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.[25]

Tujuan program KB lainnya yaitu untuk menurunkan angka kelahiran yang bermakna, untuk mencapai tujuan tersebut maka diadakan kebijakaan yang dikategorikan dalam tiga fase (menunda, menjarangkan dan menghentikan) maksud dari kebijakaan tersebut yaitu untuk menyelamatkan ibu dan anak akibat melahirkan pada usia muda, jarak kelahiran yang terlalu dekat dan melahirkan pada usia tua.[26]

1) Fase Menunda

Fase Menunda Kehamilan Pasangan Usia Subur (PUS) dengan usia kurang dari 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilannya karena:

a) Usia dibawah 20 tahun adalah usia yang sebaiknya tidak mempunyai anak dulu karena berbagai alasan.
b) Perioritas penggunaan kontrasepsi pil oral, karena peserta masih muda.
c) Pengunaan kondom kurang menguntungkan, karena pada pasangan muda frekuensi bersenggamanya relatif tinggi, sehingga kegagalannya juga tinggi.

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

d) Penggunaan IUD mini bagi yang belum mempunyai anak pada masa ini dapat dianjurkan, terlebih bagi calon peserta dengan kontra indikasi terhadap pil.

Ciri kontrasepsi yang diperlukan Pada PUS dengan usia istri kurang dari 20 tahun ciri kontrasepsi yang sesuai adalah:

a) Reversibilitas tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjadi 100 % karena pasangan belum mempunyai anak (KB yang disarankan adalah penggunaan pil).
b) Efektifitas tinggi, karena kegagalan akan menyebabkan kehamilan dengan risiko tinggi dan kegagalan ini merupakan kegagalan program.

2) Fase Menjarangkan

Fase Menjarangkan Kehamilan Pada fase ini usia istri antara 20 – 30 /35 tahun, merupakan periode usia yang paling baik untuk hamil dan melahirkan dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antar kelahiran 2-4 tahun yang dikenal sebagai catur warga. Alasan menjarangkan kehamilan adalah:

a) Usia antara 20 – 30 tahun merupakan usia yang terbaik untuk hamil dan melahirkan.
b) Segera setelah anak pertama lahir, maka dianjurkan untuk memakai IUD sebagai pilihan utama.

Ciri-ciri kontrasepsi yang sesuai:

a) Reversibilitas cukup tinggi karena peserta masih mengharapkan punya anak lagi.
b) Efektifitas cukup tinggi (KB yang disarankan adalah IUD)
c) Dapat dipakai 2 sampai 4 tahun yaitu sesuai dengan jarak kehamilan anak yang direncanakan.
d) Tidak menghambat air susu ibu (ASI), karena ASI adalah makanan terbaik sampai anak usia 2 tahun dan akan mempengaruhi angka kesakitan dan kematian anak.

3) Fase Menghentikan

Fase Menghentikan Usia istri di atas 30 tahun, terutama di atas 35 tahun, sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah memiliki 2 orang anak. Alasan mengakhiri kesuburan adalah: karena alasan medis dan alasan lainya, ibu-ibu dengan usia di atas kesuburan setelah memiliki 2 orang anak.

Alasan mengakhiri kesuburan adalah:

a) Ibu – ibu dengan usia di atas 30 tahun dianjurkan untuk tidak hamil/tidak punya anak lagi.
b) Pilihan utama adalah kontrasepsi mantap.
c) Pil oral kurang dianjurkan karena usia ibu relatif tua dan mempunyai risiko kemungkinan timbulnya efek samping dan komplikasi.

Ciri – ciri kontrasepsi yang diperlukan:

a) Efektifitas sangat tinggi. Kegagalan menyebabkan terjadinya kehamilan risiko tinggi bagi ibu dan bayi. Selain itu akseptor memang tidak mengharapkan punya anak lagi.
b) Dapat dipakai dalam jangka panjang.
c) Tidak menambah kelainan yang sudah ada. Pada usia tua, kelainan seperti penyakit jantung, darah tinggi, keganasan dan metabolik biasanya meningkat. Oleh karena itu sebaiknya tidak diberikan cara kontrasepsi yang menambah kelainan jantung.[27]

c. Macam-macam Kontrasepsi

1) Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana terdiri dari 2 yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat dan metode kontrasepsi dengan alat. Metode kontrasepsi tanpa alat antara lain: Metode Amenorhoe Laktasi (MAL), Couitus Interuptus, Metode Kalender, Metode Lendir Serviks, Metode Suhu Basal Badan, dan Simptotermal yaitu perpaduan antara suhu basal dan lendir servik.

Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Sedangkan metode kontrasepsi sederhana dengan alat yaitu kondom, diafragma, cup serviks dan spermisida.[28]

2) Metode Kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi 2 yaitu kombinasi (mengandung hormon progesteron dan estrogen sintetik) dan yang hanya berisi progesteron saja. Kontrasepsi hormonal kombinasi terdapat pada pil dan suntikan/injeksi. Sedangkan kontrasepsi hormone yang berisi progesteron terdapat pada pil, suntik dan implant.[28]

3) Metode Kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Metode kontrasepsi ini secara garis besar dibagi menjadi 2 yaitu AKDR yang mengandung hormon sintetik (sintetik progesteron) dan yang tidak mengandung hormon. AKDR yang mengandung hormon Progesterone atau Leuonorgestrel yaitu Progestasert (Alza-T dengan daya kerja 1 tahun, LNG-20 mengandung Leuonorgestrel.[28]

4) Metode Kontrasepsi Mantap

Metode kontrasepsi mantap terdiri dari 2 macam yaitu Metode Operatif Wanita (MOW) dan Metode Operatif Pria (MOP). MOW sering dikenal dengan tubektomi karena prinsip metode ini adalah memotong atau mengikat saluran tuba/tuba falopii sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma. Sedangkan MOP sering dikenal dengan nama vasektomi, vasektomi yaitu memotong atau mengikat saluran vas deferens sehingga cairan sperma tidak dapat keluar atau ejakulasi.[28]

7. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

a. Definisi AKDR

AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) Adalah suatu alat atau benda yang dimasukan ke dalam rahim yang sangat efektif, reversibel dan berjangka panjang, dapat dipakai oleh semua perempuan usia

reproduktif. Pengertian lain, AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) atau IUD atau spiral adalah suatu alat yang dimasukan kedalam rahim wanita untuk tujuan kontrasepsi.[29]

b. Jenis-Jenis AKDR[30]

1) IUD Non Hormonal

Pada saat ini IUD telah memasuki generasi ke empat, IUD telah dikembangkan mulai dari generasi pertama yang terbuat dari benang sutra dan logam sampai generasi plastik (polyetilen) baik yang ditambah obat maupun tidak.

(a) Menurut bentuknya IUD dibagi menjadi dua:

1. Bentuk terbuka (oven device)→ Misalnya: Lippes loop, CUT, Cu-7, Margules, Spring Coil, Multiload, Nova-T.
2. Bentuk tertutup (closed device)→ Misalnya: Ota-Ring, Atigon, dan Graten berg ring.

(b) Menurut tambahan atau metal

1. Medicated IUD→ Misalnya: Cu T 200 (daya kerja 3 tahun), Cu T 220 (daya kerja 3 tahun), Cu T 300 (daya kerja 3 tahun), Cu T 380 A (daya kerja 8 tahun), Cu-7, Nova T (daya kerja 5 tahun), ML-Cu 375 (daya kerja 3 tahun). Pada jenis Medicated IUD angka yang tertera di belakang IUD menunjukkan luasnya kawat halus tembaga yang ditambahkan, misalnya Cu T 220 berarti tembaga adalah $200mm^2$.
2. Un medicated IUD→ Misalnya: Lippes Loop, Marguiles, Saf-T Coil, Antigon.

2) IUD yang Mengandung Hormonal

(a) Progestasert-T=Alza T

1. Panjang 36mm, lebar 32 mm, dengan 2 lembar benang ekor warna hitam.
2. Mengandung 38mg progesterone dan barium sulfat, melepaskan 65 mcg progesteron per hari.

3. Tabung insersinya berbentuk lengkung, dan memiliki daya kerja 18 bulan.
4. Teknik insersi plunging (modified withdrawal).

(b) LNG-20

1. Mengandung 46-60 mg Levonorgestrel, dengan pelepasan 20 mcg er hari.
2. Angka kegagalan atau kehamilan, angka terendah kurang dari 0,5 per 100 wanita per tahun.
3. Penghentian pemakaian oleh karena persoalan-persoalan perdarahan ternyata lebih tinggi dibandingkan IUD lainnya, karena 25% mengalami amenore atau perdarahan haid yang sangat sedikit.

c. Mekanisme Kerja AKDR

Semua AKDR menimbulkan reaksi benda asing di endometrium, disertai peningkatan produksi prostaglandin dan infiltrasi leukosit. Reaksi ini ditimbulkan oleh tembaga, yang mempengaruhi enzim – enzim endometrium, metabolisme glikogen, dan penyerapan estrogen serta menghambat transportasi sperma. Pada pemakaian AKDR yang mengandung tembaga, jumlah spermatozoa yang mencapai saluran genetalia atas berkurang. Perubahan cairan uterus dan tuba mengganggu viabilitas gamet, baik sprema maupun ovum.[26]

d. Efektifitas AKDR

Efektivitas AKDR dipengaruhi oleh karateristik alat, keterampilan penyedia layanan (dalam memasang alat) dan Karakteristik pemakaian misalnya usia dan paritas. Efektivitas AKDR telah menigkat, dari angka kehamilan 1 tahun 2-3% untuk AKDR lipes loop dan AKDR yang mengandung tembaga menjadi kurang dari 0,5% untuk AKDR yang lebih baru yang mengandung tembaga lebih dari 300 $mm^{2.}$ Menurut Aldriana (2014), alat kontrasepsi dalam rahim memiliki efektivitas antara lain:[31]

1. Efektivitas dari alat kontrasepsi dalam rahim dinyatakan dalam angka kontinuitas (continuation rate) yaitu berapa lama alat kontrasepsi dalam rahim tetap tinggal in-utero tanpa ekspulasi spontan, terjadinya kehamilan dan pengangkatan/ pengeluaran karena alasan medis atau pribadi.
2. Efektifitas dari alat kontrasepsi dalam rahim tergantung pada :
   a) Ukuran, bentuk, dan mengandung tembaga (Cu) atau progesterone
   b) Akseptor
      1) Umur : semakin tua usia, semakin rendah kehamilan, ekspulasu dan pengakatan/ pengeluaran alat kontrasepsi dalam rahim.
      2) Paritas : semakin muda usia, terutama pada nulligravid, semakin tinggi angka ekspulasu dan pengakatan/ pengeluaran alat kontrasepsi dalam rahim.
      3) Frekuensi senggama.

e. Keuntungan AKDR

Ada banyak sekali keuntungan alat kontrasepsi dalam rahim menurut Anggaraini (2015) :[32]

1. Dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi.
2. Reversibel, berjangka panjang (dalam waktu 10 tahun).
3. Tidak mempengaruhi hubungan seksual.
4. Meningkatkan hubungan seksual karena tidak perlu takut hamil.
5. Tidak mempengaruhi produksi dan kualitas ASI.
6. Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau setelah abortus bila tidak ada infeksi
7. Membantu mencegah kehamilan ektopik.
8. Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir).

f. Kerugian AKDR

Alat kontrasepsi dalam rahim bukanlah alat kontrasepsi yang sempurna sehingga masih terdapat beberapa kerugian sebagai berikut :[26]

1. Masih terjadi kehamilan dengan alat kontrasepsi dalam rahim insitu.
2. Terdapat perdarahan : spoting dan metroragia.
3. Leukorea, sehingga menguras protein tubuh dan liang seggama terasa lebih basah.
4. Dapat terjadi infeksi.
5. Tingkat akhir infeksi menimbulkan kemandulan primer atau sekunder dan kehamilan ekotopik.
6. Tali AKDR dapat menimbulkan perlukaan Portio uteri dan mengganggu hubungan seksual

g. Efek Samping dan Komplikasi

1. Efek samping
   a. Adanya bercak darah, pendarahan hemorogi, anemia (memburuk pada penggunaan AKDR tembaga, membaik setelah 3 bulan).
   b. Disminorhea membaik setelah 3 bulan, dapat mencegah kehamilan ektopik.
   c. AKDR terlepas keluar, gejalanya adalah perdarahan nyeri atau dispareuni pada wanita atau pasangannya.
   d. Benang AKDR hilang.
   e. Pasangan teriritasi benang.
   f. Kegagalan kontrasepsi yang menyebabkan aborsi septik yang diindikasi dengan adanya gejala seperti flu
2. Kompikasi

   Komplikasi yang bisa terjadi pada saat pemasangan alat kontrasepsi dalam rahim antara lain :

   a. Merasakan sakit atau kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan.

b. Perdarahan berat pada waktu haid atau diantranya yang memungkinkan penyebab anemia.
c. Preforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangannya benar).
d. Sinkop vasovagal saat pemasangan alat kontrasepsi dalam rahim.
e. Aborsi sepsis spontan.
f. Penyakit Implamasi Uterus (PID).
g. Kista ovarium (hanya pada pengguna AKDR Hormonal)
h. AKDR tertanam dalam endometrium atau miometrium.

h. Waktu Penggunaan AKDR

Penggunaan IUD sebaiknya dilakukan pada saat:[30]

1. Setiap waktu dalam siklus haid, yang dapat dipastikan klien tidak hamil.
2. Hari pertama sampai ke-7 siklus haid.
3. Segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 48 minggu pascapersalinan; setelah 6 bulan apabila menggunakan metode amenorea laktasi (MAL).
4. Setelah terjadinya keguguran (segera atau dalam waktu 7 hari) apabila tidak ada gejala infeksi.
5. Selama 1 sampai 5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi.

i. Waktu Kontrol IUD

Kelemahan dari penggunaan IUD adalah perlunya kontrol kembali untuk memeriksa posisi benang IUD dari waktu ke waktu. Waktu kontrol IUD yang harus diperhatikan adalah:[30]

1. 1 bulan pasca pemasangan.
2. 3 bulan kemudian.
3. Setiap 6 bulan berikutnya.
4. Bila terlambat haid 1 minggu.
5. Perdarahan banyak atau keluhan istimewa lainnya.

j. Pemasangan dan Pencabutan AKDR

Langkah-langkah pemasangan:

1. Memberi penjelasan kepada klien mengenai keuntungan, efek samping, dan cara menanggulangi efek samping.
2. Melaksanakan anamneses umum, keluarga, media, dan kebidanan.
3. Melaksanakan pemeriksaan umum meliputi: berat badan, mengukur tekanan darah.
4. Mempersilahkan klien untuk mengosongkan kandung kemih.
5. Siapkan alat-alat yang diperlukan.
6. Mempersilahkan klien untuk berbaring di bed ginekologi dengan posisi litotomi.
7. Petugas cuci tangan.
8. Pakai sarung tangan kanan dan kiri.
9. Bersihkan vagina dengan kapas dan air DTT.
10. Melaksanakan pemeriksaan dalam untuk menentukan keadaan posisi uterus.
11. Pasang spekulum cocor bebek.
12. Gunkakan tenakulum untuk menjepit porsio.
13. Masukkan sonde dalam rahim untuk menentukan ukuran, posisi, dan betuk rahim.
14. Inserter yang telah berisi AKDR dimasukkan perlahan-lahan ke dalam rongga rahim, kemudian plugger didorong sehingga AKR masuk ke dalam, inserter dikeluarkan.
15. Gunting benang AKDR sehingga panjangnya ±5cm.
16. Speculum cocor bebek dilepas.
17. Merapikan klien dan dipersilahkan berbaring ±5 menit.
18. Memberihkan alat-alat.
19. Petugas cuci tangan.
20. Memberikan penjelasan kepada klien gejala yang mungkin terjadi atau dialami setelah pemasangan AKDR dan kapan harus kontrol.
21. Mencatat tindakan dalam rekam medis.