

BAB II

TINJAUAN KASUS DAN TEORI

A. Tinjauan Kasus

1. Asuhan Kebidanan Kehamilan

Seorang ibu hamil datang ke Puskesmas Turi pada tanggal 21 Januari 2022 ibu datang untuk melakukan kontrol hamil dan mengatakan tidak ada keluhan. Riwayat menstruasi pasien HPHT tanggal 29 April 2021, HPL 6 Februari 2022, saat ini umur kehamilan ibu sudah 38 minggu 1 hari. Pasien rutin periksa kehamilan sejak umur 8 minggu 4 hari di Puskesmas Turi dan PMB W. Status imunisasi TT sudah TT4 dan terakhir saat caten tahun 2019. Ini merupakan kehamilan pertama dan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi sebelumnya. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit sistemik, keturunan kembar baik dari keluarganya maupun suami. Ini merupakan kehamilan yang diharapkan sejak awal pernikahan.

Pengkajian objektif meliputi pemeriksaan umum dan pemeriksaan fisik. Hasil pemeriksaan keadaan ibu normal, tekanan darah 112/60 mmHg, TB 150 cm, BB sebelum hamil 43 kg, BB sekarang 55 kg, Lila 25 cm dan IMT 24,4 kg/m². Setelah itu dilanjutkan pemeriksaan fisik mulai dari kepala sampai kaki. Pada pemeriksaan abdomen tidak ditemukan adanya bekas operasi, perabaan leopold I didapatkan TFU 31 cm dan teraba bulat, lunak tidak melenting yang berarti bokong, pada leopold II teraba punggung pada perut sebelah kiri, leopold III teraba bulat, keras dan tidak dapat digoyangkan yang artinya pada segmen bawah rahim teraba kepala dan pada leopold IV tangan pemeriksa divergen yang artinya kepala bayi sudah masuk PAP. Setelah, perabaan atau palpasi dilakukan pemeriksaan auskultasi denyut jantung janin sebanyak 146 x/menit. Ekstremitas bawah tidak ada pembengkakan, pemeriksaan penunjang dalam batas normal, Hb 12, Protein urine negatif. Analisis pada masalah ini Ny M usia 25 tahun G1P0A0 UK 38 minggu 1 hari dengan kehamilan fisiologis tidak memiliki masalah kesehatan, KIE persiapan persalinan dan tanda bahaya TM 3. Penatalaksanaan yang dilakukan oleh bidan adalah memberikan KIE ketidaknyamanan trimester III. Memberikan KIE pola istirahat selama hamil, KIE pola nutrisi selama hamil bahwa ibu harus mengkonsumsi makanan sehat seimbang, Memberi KIE perencanaan persalinan agar saat bersalin nanti semua sudah

dipersiapkan dengan baik. Memberikan KIE tanda persalinan agar ibu segera ke fasilitas kesehatan begitu mengalami salah satu tanda persalinan. Memberikan tablet tambah darah 7 tablet dan kalsium 7 tablet dan menganjurkan kunjungan ulang 1 minggu lagi atau jika ada keluhan.

Pada kunjungan berikutnya pasien periksa kehamilan pada tanggal 28/01/2022 saat kunjungan umur kehamilan sudah 39 minggu 1 hari dan mengatakan sudah mulai kenceng-kenceng. Ibu mengatakan pemenuhan sehari-hari dalam batas normal. Sudah mulai jalan pagi. Hasil pengkajian objektif pemeriksaan keadaan ibu normal, tekanan darah 120/70 mmHg, TB 150 cm, BB sebelum hamil 43 kg, BB sekarang 56 kg, Lila 25 cm dan IMT 24,6 kg/m² kondisi ibu dalam batas normal. Pemeriksaan palpasi leopold I pada fundus teraba kepala dengan TFU 32 cm, palpasi leopold II teraba punggung pada perut sebelah kiri, leopold III teraba kepala dan tidak bisa digoyangkan, pada leopold IV kepala sudah masuk PAP. Setelah palpasi, dilakukan auskultasi denyut jantung janin yaitu sebanyak 156 xmenit. Analisis diperoleh Ny. M usia 25 tahun G1P0A0 UK 39 minggu 1 hari dengan kehamilan normal memiliki masalah sudah mulai merasa kenceng hilang timbul, kebutuhan dukungan emosional ibu. Penatalaksanaan yang diberikan KIE memantau gerakan janin setiap hari, KIE psikologis agar ibu tidak cemas dengan kondisinya, KIE nutrisi selama hamil, menganjurkan melanjutkan obat yang masih tersisa. Menganjurkan kunjungan ulang seminggu lagi atau jika ada keluhan dan belum ada tanda persalinan.

2. Asuhan Kebidanan Persalinan

Pengkajian kasus ini dilakukan melalui data sekunder berupa register dan rekam medik pasien. Pada tanggal 09/02/2022 jam 07.00 WIB pasien datang ke PMB W dengan keluhan kenceng-kenceng dan ada pengeluaran lendir darah dari jalan lahir sejak jam 23.30 WIB. HPHT tanggal 29/04/2021, HPL 06/02/2022 dan umur kehamilan 40 minggu 3 hari. Riwayat periksa kehamilan rutin di PMB dan Puskesmas. Kontraksi mulai dirasakan tanggal 08/02/2022 jam 19.00 WIB dan pengeluaran lendir darah jam 23.30 WIB. Gerakan janin dirasakan aktif >10 kali dalam 12 jam. Makan terakhir tgl 08/02/2022 jam 19.00 WIB, BAK terakhir tgl 09/02/2022 jam 04.00 WIB dan BAB terakhir tgl 09/02/2022 jam 04.00 WIB.

Pemeriksaan objektif didapatkan dari data sekunder pasien. Keadaan umum pasien baik dan kesadaran composmentis. Tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 84x/m, respirasi 22x/menit, suhu 36⁵C, BB sekarang 54 kg. Pemeriksaan abdomen palpasi Leopold I teraba bokong dengan TFU 30 cm, Leopold II teraba punggung pada perut kiri, Leopold III teraba kepala pada segmen bawah rahim, dan tidak bisa digoyangkan, Leopold IV posisi tangan divergen dan bagian terendah janin sudah masuk PAP dengan penurunan kepala 4/5. Kontraksi dirasakan dengan durasi 20 detik frekuensi 3x dalam 10 menit. Auskultasi titik punctum maksimum hipogastrik sebelah kiri dengan frekuensi 149x/m. Pemeriksaan genitalia ada pengeluaran lendir darah dan dilakukan pemeriksaan dalam oleh bidan. Pemeriksaan dalam dilakukan tgl 09/02/2022 jam 07.30 WIB atas indikasi pengeluaran lendir darah dan adanya kontraksi. Tujuan pemeriksaan dalam untuk mengetahui kemajuan persalinan. Hasil pemeriksaan dalam yang telah dilakukan bidan adalah vagina licin, tebal, lunak, pembukaan 1, selaput ketuban +, presentasi belakang kepala, Hodge I, dan sarung tangan lendir darah +. Analisa pada kasus ini seorang Ny M usia 25 tahun G1P0A0 UK 40 mg 3 hari janin tunggal, intauterine, hidup, presentasi belakang kepala, punggung kiri dalam persalinan kala 1 fase laten. Penatalaksanaan yang diberikan oleh bidan dalam fase laten adalah menganjurkan ibu tetap makan minum, menganjurkan jalan-jalan untuk membantu penurunan kepala, motivasi ibu untuk berdoa, menganjurkan keluarga untuk mendampingi selama proses persalinan, memberikan formulir persetujuan tindakan selama proses persalinan dan melakukan observasi kemajuan persalinan.

Setelah 4 jam dilakukan pemeriksaan kemajuan persalinan jam 11.30 WIB pasien mengatakan ingin meneran kenceng-kenceng semakin kuat. HIS dirasakan 3x10' selama 30" dan DJJ 139 x/menit. Hasil pemeriksaan dalam vulva uretra teraba tenang, dinding vagina licin, servik teraba menipis, pembukaan 5 cm, selaput ketuban positif, presentasi belakang kepala, UUK arah jam 9, molase 0, Hodge II, air ketuban negatif. Analisa pada kasus ini seorang Ny M usia 25 tahun G1P0A0 UK 40 mg 3 hari janin tunggal, intauterine, hidup, presentasi belakang kepala, punggung kiri dalam persalinan kala 1 fase aktif. Penatalaksanaan dilakukan observasi dan manajemen nyeri dengan mengarahkan posisi ibu se nyaman mungkin, dan tetap menganjurkan ibu makan minum dan menghadirkan pendamping ibu.

Setelah 4 jam kemudian dilakukan pemeriksaan kemajuan persalinan pada pukul

16.30 WIB, pemeriksaan dalam vulva uretra teraba tenang, dinding vagina licin, servik teraba menipis, pembukaan 8 cm, selaput ketuban positif, presentasi belakang kepala, UUK arah jam 12, molase 0, Hodge III, air ketuban negatif. Analisa pada kasus ini seorang Ny M usia 25 tahun G1P0A0 UK 40 mg 3 hari janin tunggal, intauterine, hidup, presentasi belakang kepala, punggung kiri dalam persalinan kala 1 fase aktif. Penatalaksanaan tetap melanjutkan observasi, dan manajemen nyeri serta asuhan sayang ibu.

Pada pukul 17.00 WIB ibu mengatakan keluar air dari jalan lahir, kenceng semakin kuat dan sudah terasa ingin BAB, Pemeriksaan TTV dalam batas normal, HIS 4 x10" 45' DJJ 146x/menit. Pemeriksaan dalam vulva uretra teraba tenang, dinding vagina licin, servik tidak teraba, pembukaan 10 cm, selaput ketuban negatif, presentasi belakang kepala, UUK arah jam 12, molase 0, Hodge III, air ketuban jernih. Analisa kasus Ny M usia 25 tahun G1P0A0 UK 40 minggu 3 hari janin tunggal, intrauterine, hidup, presentasi belakang kepala dalam persalinan kala II. Penatalaksanaan yang diberikan pada kala II meliputi cara meneran yang benar, mengatur posisi ibu dan motivasi ibu untuk tetap kuat dalam proses persalinan, memimpin persalinan dan membantu kelahiran bayi selama 25 menit. Bayi lahir spontan pada jam 17.25 WIB menangis spontan, cukup bulan, kulit kemerahan, tonus otot aktif, jenis kelamin perempuan.

Pada jam 17.25 WIB ibu mengatakan perutnya mules, TFU setinggi pusat, janin tunggal, kontraksi baik. Analisa kasus Ny. M usia 25 tahun P1A0Ah1 dalam persalinan kala III. Penatalaksanaan yang dilakukan bidan pada kasus ini memberitahu ibu bahwa bayinya sudah lahir dan melakukan manajemen aktif kala III. Plasenta lahir spontan lengkap utuh pada jam 17.30 WIB. Karena ibu akan dilakukan pemasangan IUD pasca placenta dilakukan eksplorasi untuk memastikan tidak ada bagian placenta tertinggal, setelah dipastikan bersih memasang IUD dengan menggunakan 2 jari yaitu jari telunjuk dan jari tengah sembari tangan kiri menahan fundus. Setelah terpasang dilakukan massase fundus, memeriksa adanya laserasi jalan lahir dan ditemukan ruptur derajat 2. Pada pukul 17.30 Ibu mengatakan perutnya mules, kontraksi uterus baik, TFU 2 jr bawah pusat terdapat ruptur derajat 2. Analisa kasus ini Ny. M usia 25 tahun P1A0Ah1 dalam persalinan kala IV dengan ruptur perineum derajat 2. Penatalaksanaan yang dilakukan bidan adalah melakukan penjahitan laserasi perineum dengan lidokain, melakukan observasi 2 jam kala IV. Selama 1 jam pertama setiap 15 menit dan pada 1 jam kedua

setiap 30 menit.

3. Asuhan Bayi Normal

Pengkajian kasus ini dilakukan berdasarkan pengkajian data sekunder. Riwayat antenatal ini adalah kehamilan pertama dengan umur kehamilan 40 minggu 3 hari. Riwayat intranatal bayi lahir pada tanggal 9/2/2022 jam 17.25 WIB spontan ditolong oleh bidan. Lama persalinan kala I 6 jam, kala II 25 menit, kala III 5 menit. Penilaian awal bayi baru lahir cukup bulan, ketuban jernih, menangis kuat, tonus otot aktif, warna kulit kemerahan. APGAR skor dalam 1 menit pertama 8, dalam 5 menit nilai 9 dan pada 10 menit bernilai 10. Setelah persalinan langsung dilakukan IMD selama 1 jam.

Setelah dilakukan IMD, dilakukan pemeriksaan fisik dan hasilnya dalam batas normal. Pola eliminasi bayi sudah meko segera setelah lahir. Analisa kasus ini By Ny M BBLC SMK spontan usia 1 jam. Penatalaksanaan yang dilakukan bidan melakukan pemeriksaan antropometri, memberikan salep mata anti profilaksis pada mata kiri dan kanan, memberikan injeksi vitamin K, dan melakukan termoregulasi bayi.

Pada tanggal 16/2/2022, Ny. M mengatakan bahwa anaknya dalam kondisi sehat, mau menetek, hanya saja bayi sering tertidur, dan ibu segan membangunkan bayinya. Hasil pengkajian data tersebut dapat dianalisis bahwa By Ny. M usia 7 hari dalam keadaan normal, masalah tidak ada, kebutuhan pemenuhan cairan atau ASI sesering mungkin. Penatalaksanaan yang diberikan adalah menganjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin, dan menjemur bayinya di pagi hari. Serta menganjurkan ibu untuk mengontrolkan bayinya.

4. Asuhan Kebidanan Nifas

Pada kunjungan masa nifas dilakukan sebanyak 4 kali yaitu pada kunjungan postpartum hari ke 1, postpartum hari ke 7, postpartum hari ke 14 dan postpartum hari ke 30. Pada kunjungan nifas pertama yaitu tanggal 10/02/2022 pukul 10.25 WIB, ibu mengatakan nyeri jahitan pada jalan lahir sejak persalinan tanggal 09/02/2022 jam 17.25 wib. Umur kehamilan 40 minggu 3 hari, melahirkan secara spontan dengan IUD pascaplacenta, laserasi derajat 2 dan dilakukan penjahitan dengan lidokain. Perdarahan kala III ± 100 cc dan kala IV ± 100 cc. Lamanya persalinan kala I selama 6 jam, kala II 25 menit, kala III 5 menit. Dilakukan rawat gabung untuk bonding antara ibu dan bayi. Pola nutrisi ibu sudah makan nasi, sayur dan lauk serta minum air putih sudah ± 3 gelas sejak

persalinan. Ibu sudah mandi dan sudah BAK, tapi belum BAB. Ibu sudah berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi. Kelahiran ini merupakan kelahiran yang sangat dinantikan, keluarga besar menunggu dan mempersiapkan segala kebutuhan ibu dan bayi.

Pada pemeriksaan tekanan darah 110/80 mmHg, colostrum sudah keluar sedikit, tidak teraba bendungan ASI, TFU 2 jari dibawah pusat dengan kontraksi keras, jahitan masih basah dengan pengeluaran lochia rubra dari jalan lahir. Analisa kasus Ny M usia 25 tahun P1A0Ah1 postpartum spontan hari ke 1 terpasang IUD Pascaplacenta, dengan masalah nyeri jahitan perineum serta belum mengerti tentang masa nifas dan memiliki kebutuhan KIE nyeri jahitan perineum dan KIE masa nifas. Pada penatalaksanaan kunjungan pertama berisi KIE kebersihan diri, KIE perawatan perineum, KIE nutrisi selama nifas, KIE ambulasi dini melakukan aktivitas rumah tangga, teknik menyusui, KIE tanda bahaya dan memberikan obat vitamin A 2X200.000 IU/24jam, Amoxicilin 2x500mg/8 jam, tablet tambah darah 1x200mg/8jam dan asam mefenamant 3x500mg/8jam.

Pada kunjungan kedua dilakukan di rumah melalui saluran telepon ibu pada tanggal 16/02/2022 jam 10.00 WIB. Pasien mengatakan tidak ada keluhan sejak pulang dari PMB, Ibu mengatakan tidak ada keluhan. Pasien sudah makan seperti biasa dan tanpa pantangan apapun. Istirahat saat bayi tidur dan bergantian dengan suami saat malam hari menjaga bayinya. Ibu mengatakan masih mengeluarkan darah coklat kekuningan dan tidak ada masalah pada dirinya. Analisis pada kasus ini Ny. M Umur 25 tahun P1A0Ah1 dengan postpartum hari ke 7. Penatalaksanaan KIE istirahat, KIE menyusui dan teknik menyusui, KIE perawatan bayi, dan menganjurkan ibu untuk menjemur bayinya dan menganjurkan kunjungan nifas ke PMB / ke Puskesmas.

Pada kunjungan ketiga postpartum hari ke 14 pada tanggal 23/02/2022 di PMB W, ibu mengatakan tidak ada keluhan dan masalah selama masa nifas. Ibu mengatakan luka jahitan sudah kering dan masih mengeluarkan darah sedikit – sedikit berwarna kuning kecoklatan. Pada pemeriksaan tekanan darah 120/80 mmHg, ASI keluar, tidak teraba bendungan ASI, TFU 2 jari diatas symphysis dengan kontraksi keras, jahitan sudah kering dengan pengeluaran lochia serosa dari jalan lahir. Analisa kasus Ny M usia 25 tahun P1A0Ah1 postpartum spontan hari ke 14 normal.

Asuhan terakhir pada masa nifas tanggal 11/03/2022 saat ini ibu postpartum hari ke 30. Ibu mengatakan tidak ada keluhan, pengeluaran ASI lancar, TFU tidak teraba,

jahitan kering dan sudah tidak ada pengeluaran dari jalan lahir. Penatalaksanaan yang dilakukan pada kasus ini adalah memberikan KIE imunisasi bayi, KIE tanda bahaya pada ibu dan bayi, KIE ASI Eksklusif.

B. Tinjauan Teori

1. Teori Kehamilan

a. Pengertian

Kehamilan adalah mata rantai yang berkesinambungan yang mana terdiri dari ovulasi, migrasi, spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm.⁴

kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40)

b. Tanda Kehamilan

1) Tanda Tidak Pasti (*Presumptive Sign*)

Tanda tidak pasti adalah perubahan-perubahan fisiologis yang dapat dikenali dari pengakuan atau yang dirasakan oleh wanita hamil. Tanda tidak pasti ini terdiri atas hal-hal berikut ini.

- a) Amenorea (Berhentinya Menstruasi): Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadinya pembentukan folikel de Graaf dan ovulasi sehingga tidak terjadi menstruasi. Lamanya amenorea dapat dikonfirmasi dengan memastikan hari pertama haid terakhir (HPHT), dan digunakan untuk menentukan usia kehamilan dan taksiran kehamilan. Namun kondisi ini dapat juga menunjukkan akibat dari penyakit kronik tertentu, tumor pituitari, perubahan dan faktor lingkungan, malnutrisi dan biasanya gangguan emosional seperti ketakutan akan kehamilan.

- b) Mual (*Nausea*) dan Muntah (*Emesis*): Keadaan ini dapat disebabkan oleh estrogen dan progesterone yang menyebabkan peningkatan asam lambung sehingga menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang disebut *Morning Sickness*. Dalam Batasan tertentu hal ini masih fisiologi, tetapi bila terlampau sering dapat menimbulkan gangguan kesehatan yang disebut dengan *Hiperemesis Gravidarum*.
- c) Ngidam (Pengingin makanan tertentu): Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam. Ngidam sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan dan akan menghilang dengan makin tuanya kehamilan.
- d) Kelelahan Sering terjadi pada trimester pertama, akibat dari penurunan kecepatan basal metabolisme (*basal metabolism rate-BMR*) pada kehamilan, yang akan meningkat seiring pertambahan usia kehamilan akibat aktifitas metabolisme hasil konsepsi
- e) Payudara tegang: Estrogen meningkatkan system duktus pada payudara, sedangkan progesteron menstimulasi perkembangan system alveolar payudara. Bersama somatomotropin hormone-hormon ini menimbulkan pembesaran payudara, menimbulkan perasaan tegang dan nyeri selama 2 bulan pertama kehamilan, pelebaran puting susu, serta pengeluaran kolostrum.
- f) Pigmentasi kulit: Terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu. Terjadi akibat pengaruh hormone kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit. Pigmentasi ini meliputi tempat-tempat berikut ini.
- (1) Sekitar pipi (*cloasma gravidarum*): Penghitaman pada daerah dahi, hidung, pipi, dan leher .
 - (2) Sekitar leher: Tampak lebih hitam
 - (3) Dinding perut (*striage lividae/gravidarum*): Terdapat pada seorang primigravida, warnanya membiru), *striae nigra*, *linea alba* menjadi lebih hitam (*linea grisea/nigra*)
 - (4) Sekitar payudara: Hiperpigmentasi areola mammae sehingga terbentuk areola sekunder. Pigmentasi areola ini berbeda pada tiap wanita, ada yang

merah muda pada wanita kulit putih. Selain itu, kelenjar Montgomery menonjol dan pembuluh darah menifesa sekitar payudara.

(5) Sekitar pantat dan paha atas: Terdapat striae akibat pembesaran bagian tersebut.

2) Tanda kemungkinan (*probability sign*)

Tanda kemungkinan adalah perubahan-perubahan fisiologis yang dapat diketahui oleh pemeriksa dengan melakukan pemeriksaan fisik pada wanita hamil. Tanda kemungkinan ini terdiri atas hal-hal berikut ini.

- a) Pembesaran perut: Terjadi akibat pembesaran perut. Hal ini terjadi pada bulan ke empat kehamilan.
- b) Tanda Hegar: Tanda Hegar adalah pelunakan dan dapat ditekannya isthmus uteri.
- c) Tanda Goodell: Adalah pelunakan serviks. Pada wanita yang tidak hamil serviks seperti ujung hidung, sedangkan pada wanita hamil melunak seperti bibir.
- d) Tanda Chadwick: Perubahan warna menjadi keunguan pada vulva dan mukosa vagina termasuk juga portio dan serviks.
- e) Tanda Piskaseck: Merupakan pembesaran uterus yang tidak simetris. Terjadi karena ovum berimplantasi pada daerah dekat kornu sehingga daerah tersebut berkembang lebih dulu.
- f) Kontraksi Braxton Hicks: Merupakan peregangan sel-sel uterus, akibat meningkatnya aktivitas dalam otot uterus. Kontraksi ini tidak berirama, sporadic, tidak nyeri, biasanya timbul pada kehamilan 8 minggu, tetapi baru dapat diamati dari pemeriksaan abdominal pada trimester ke tiga. Kontraksi ini akan terus meningkatkan frekuensinya, lamanya, dan kekuatannya sampai mendekati persalinan.
- g) Teraba Ballotement: Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa. Hal ini ada pada pemeriksaan kehamilan karena perabaan bagian seperti bentuk janin saja tidak cukup karena dapat saja merupakan myoma uteri.

h) Pemeriksaan Tes Biologis kehamilan (planotest) positif :Pemeriksaan ini adalah untuk meendeteksi adanya *Human Chorionic Gonadotropi (hCG)* yang diproduksi oleh sinsiotropoblastik sel selama kehamilan. Hormon ini disekresi di peredaran darah ibu (pada plasma darah),dan diekskresi pada urine ibu. Hormon ini dapat mulai dideteksi pada 26 Hari setelah konsepsi dan meningkat dengan cepat pada hari ke 30-60. Tingkat tertinggi pada hari 60-70 usia gestasi, kemudian menurun pada hari ke 100-130.

3) Tanda pasti (*positive sign*)

Tanda pasti adalah tanda yang menunjukkan langsung keberadaan janin, yang dapat dilihat langsung oleh pemeriksaan. Tanda pasti kehamilan terdiri dari hal-hal berikut ini.

- a) Gerakan janin dalam rahim: Gerakan janin ini harus dapat diraba oleh pemeriksa. Gerakan janin dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu
- b) Denyut Jantung Janin: Dapat didengar usia 12 minggu dengan menggunakan alat vital elektokardioraf (misalnya Doppler). Dengan stetoskop linec, DJJ baru dapat didengar usia 18-20 minggu.
- c) Bagian-bagian janin: Bagian-bagian janin yaitu bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada kehamilan lebih tua (trimester terakhir). Bagian janin ini dapat dilihat lebih sempurna lagi dengan menggunakan USG.
- d) Kerangka Janin: Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG. (Umi Hani, 2010 Hal 71-74)

c. Perubahan Fisiologis ibu Hamil

Perubahan anatomi dan fisiologi pada perempuan hamil sebagian besar sudah terjadi segera setelah fertilisasi dan terus berlanjut selama kehamilan. Kebanyakan perubahan ini merupakan respons terhadap janin. Satu hal yang menakjubkan adalah bahwa hampir semua perubahan ini akan kembali seperti keadaan sebelum hamil setelah proses persalinan dan menyusui selesai.

- 1) Uterus: Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, amnion) sampai persalinan. Uterus

mempunyai kemampuan yang luar biasa untuk bertambah besar dengan cepat selama kehamilan dan pulih kembali seperti keadaan semula dalam beberapa minggu setelah persalinan. Pada perempuan tidak hamil uterus mempunyai berat 70 gram dan kapasitas 10 ml atau kurang. Selama kehamilan, uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta, dan cairan amnion rata-rata pada akhir kehamilan volume totalnya mencapai 5 liter bahkan dapat mencapai 20 liter atau lebih dengan berat rata-rata 1100 gram.

Tabel 1. TFU Tinggi Fundus Uteri Leopold 1

Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)	Centimeter (cm)
<12	Belum Teraba	
12	1/3 jari diatas simfisis	
16	½ simfisis-pusat	
20	2/3 diatas simfisis atau 3 jari dibawah pusat	20 cm
24	Setinggi pusat	23 cm
28	1/3 di atas pusat atau 3 jari diatas pusat	26 cm
32	½ pusat-prosesus xiphoideus (Px)	30 cm
36	Setinggi prosesus xiphoideus (Px)	33 cm
40	2 jari (4cm) dibawah prosesus xiphoideus (Px)	

Sumber : (Kemenkes RI,2016)⁵

- 2) Serviks: Satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lebih lunak dan kebiruan. Perubahan ini terjadi akibat penambahan vaskularisasi dan terjadinya edema pada seluruh serviks, bersamaa dengan terjadinya hipertrofi dan hiperplasia pada kelenjar-kelenjar serviks.
- 3) Ovarium: Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan foliket baru juga ditunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6 -7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal.

- 4) Vagina dan Perineum: Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hiperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot di perineum dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal dengan tanda Chadwick.
- 5) Kulit: Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam, dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan nama *striae gravidarum*.
- 6) Payudara: Payudara membesar disebabkan oleh meningkatnya produksi *hormon estrogen dan progesteron*. Payudara juga akan terasa makin lembut, hal ini menimbulkan rasa sensitif yang lebih tinggi, hingga payudara akan terasa sakit atau nyeri saat dipegang. Puting susu membesar dan warnanya semakin gelap, kadang juga terasa gatal. Pembuluh vena pada payudara akan terlihat akibat penegangan payudara. Selain itu, terjadi aktifitas hormon HPL (*Human Placenta Lactogen*). Hormon tersebut diproduksi oleh tubuh saat ibu mengalami kehamilan untuk persiapan ASI bagi bayi.
- 7) Sistem Kardiovaskuler: Sejak pertengahan kehamilan pembesaran uterus akan menekan vena kava inferior dan aorta bawah ketika berada dalam posisi terlentang. Penekanan ini akan mengurangi darah balik vena ke jantung. Akibatnya, terjadinya penurunan preload dan cardiac output sehingga menyebabkan terjadinya hipotensi arterial yang dikenal dengan sindrom hipotensi supine dan pada keadaan yang cukup berat sehingga mengakibatkan ibu kehilangan kesadaran. Penekanan pada aorta ini juga dapat mengurangi aliran darah uteroplasenta ke ginjal. Selama trimester terakhir posisi terlentang dapat membuat fungsi ginjal menurun jika dibandingkan posisi miring. Karena alasan inilah tidak dianjurkan ibu hamil dalam posisi terlentang pada akhir kehamilan.
- 8) Sistem Respirasi: Frekuensi pernapasan hanya mengalami sedikit perubahan selama kehamilan, tetapi volume tidak, volume ventilasi per menit dan pengambilan oksigen per menit akan bertambah secara signifikan pada kehamilan lanjut. Perubahan ini mencapai puncaknya pada minggu ke 37 dan akan kembali hampir seperti sedia kala dalam 24 minggu setelah persalinan.
- 9) Traktus Digestivus: Seiring dengan makin besarnya uterus, lambung dan usus akan tergeser. Demikian juga dengan yang lainnya seperti apendiks yang akan bergeser

ke arah atas dan lateral. Perubahan yang nyata akan terjadi pada penurunan motilitas otot polos pada traktus digestivus dan penurunan sekresi asam hidroklorid dan petindi lambung sehingga akan menimbulkan gejala berupa pyrosis (*heartburn*) yang disebabkan oleh refluks asam lambung ke esofagus bawah sebagai akibat perubahan posisi lambung dan menurunnya tonus sfingter esofagus bagian bawah. Mual terjadi akibat penurunan asam hidroklorid dan penurunan motilitas, serta konstipasi sebagai akibat penurunan motilitas usus besar.

- 10) Traktus Urinarius: Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kemihakan tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga menimbulkan sering berkemih. Keadaan ini akan menghilang dengan makin tuanya kehamilan bila uterus keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, jika kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul, keluhan itu akan timbul kembali.
- 11) Sistem Hematologi: Volume plasma meningkat 30-50%, sebanyak 1200-1300 ml selama kehamilan. Peningkatan ini lebih tinggi pada multigravida dibandingkan dengan primigravida. Pada wanita dengan anak kembar, peningkatan volume plasma merata lebih besar dan bisa setinggi 70%. Kadar air tubuh total meningkat sekitar 6,5 sampai 8 liter. Volume darah mulai meningkat sejak usia gestasi 7 minggu sebesar 10–15% dan mencapai puncaknya pada 30-34 minggu. Peningkatan 1–2 liter volume darah penting untuk mengimbangi peningkatan aliran darah dalam organ seperti rahim dan ginjal. Peningkatan volume plasma 30-50%, menyebabkan anemia. Semakin diperberat dengan adanya transfer simpanan zat besi dari ibu ke janin. Oleh karena itu, hemoglobin turun saat kehamilan berlanjut, dan anemia paling terlihat pada usia kehamilan 30-34 minggu. Hematokrit turun sampai akhir trimester kedua tetapi mungkin stabil di kemudian hari dalam kehamilan atau bahkan meningkat dalam waktu dekat saat peningkatan sel darah merah menjadi sebanding dengan peningkatan volume plasma. Namun, hematokrit (32-34%) pada wanita hamil selalu lebih rendah dibandingkan dengan wanita tidak hamil, dan penurunan viskositas darah ini mungkin penting untuk meningkatkan aliran darah di organ. Zat besi ibu kebutuhan meningkat dari 5 menjadi 6 mg per hari. Kebutuhan besi secara keseluruhan diperkirakan 1000 mg (300 mg untuk fetus dan plasenta, 500 mg untuk produksi Hb, dan 200 mg hilang melalui saluran cerna).

Anemia akibat suplementasi zat besi yang tidak adekuat dapat menyebabkan komplikasi kebidanan seperti kelahiran prematur dan keguguran.⁶

- 12) Sistem Endokrin: Selama kehamilan normal kelenjar hipofisis membesar. Pada perempuan yang mengalami hipofisektomi dapat berjalan dengan lancar. Hormon prolaktin akan meningkat 10 x lipat pada saat kehamilan aterm. Sebaliknya, setelah persalinan konsentrasinya pada plasenta akan menurun. Hal ini juga ditemukan pada ibu-ibu yang menyusui.
- 13) Sistem Muskuloskeletal: Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah dua tungkai. Sendi sakroiliaka, sakrokoksigis dan pubis akan meningkat mobilitasnya, yang diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya menyebabkan perasaan tidak enak pada bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan (Prawirohardjo, 2016 hal 174-186).

d. Ketidaknyamanan Kehamilan

1) Sering buang air kecil Trimester I dan III

Cara mengatasi:

- a) Jelaskan kepada pasien tentang sebab terjadinya keadaan ini.
- b) Kosongkan kandung kemih saat ada dorongan untuk berkemih.
- c) Perbanyak minum pada siang hari.
- d) Jangan kurangi minum di malam hari untuk mencegah nokturia, kecuali jika nokturia sangat mengganggu tidur dimalam hari.
- e) Batasi minum kopi, teh, dan soda.
- f) Jelaskan tentang bahaya infeksi saluran kemih dengan menjaga posisi tidur.

2) Sakit punggung atas dan bawah

Cara mengatasi:

- a) Gunakan posisi tubuh yang baik.
- b) Gunakan bra yang menopang dengan ukuran yang tepat.
- c) Gunakan kasur yang keras.
- d) Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung

3) Keputihan. Terjadi di trimester I, II, dan III

Cara mengatasi:

- a) Tingkatkan kebersihan dengan mandi tiap hari.
- b) Memakai pakaian dalam dari bahan katun dan mudah menyerap.
- c) Tingkatkan daya tahan tubuh dengan makan buah dan sayur.

4) Varises pada kaki. Trimester II dan III

Cara mengatasi:

- a) Tinggikan kaki sewaktu berbaring.
- b) Jaga agar kaki tidak bersilangan.
- c) Hindari berdiri atau duduk terlalu lama
- d) Dilakukan senam
- e) Istirahat dalam posisi miring ke kiri

5) Pusing/sinkop. Trimester II dan III

Cara mengatasi:

- a) Bangun secara perlahan dari posisi istirahat.
- b) Hindari berdiri lama dalam lingkungan yang hangat dan sesak.
- c) Hindari berbaring terlalu dalam posisi terlentang

6) Perut kembung. Trimester II dan III

Cara mengatasi:

- a) Hindari makanan yang mengandung gas.
- b) Mengunyah makanan secara sempurna.
- c) Lakukan senam secara teratur.
- d) Pertahankan saat buang air besar yang teratur.

7) Nyeri ligamentum rotundum. Trimester II dan III

Cara mengatasi:

- a) Berikan penjelasan mengenai penyebab nyeri.
- b) Tekuk lutut ke arah abdomen.
- c) Mandi air hangat.
- d) Gunakan bantal pemanas pada area yang terasa sakit hanya jika terdapat kontraindikasi.

e) Gunakan sebuah bantal untuk menopang uterus di antara lutut pada waktu berbaring miring.

8) Napas sesak. Trimester II dan III

Cara mengatasi:

- a) Jelaskan penyebab fisiologinya.
- b) Merentangkan tangan diatas kepala serta menarik napas panjang.
- c) Dorong agar sengaja mengatur laju dan dalamnya pernapasan pada kecepatan normal ketika terjadi hiperventilasi.

9) Sembelit. Trimester II dan III

Cara mengatasi:

- a) Tingkatkan diet asupan cairan
- b) Minuman cairan dingin atau hangat, terutama saat perut kosong.
- c) Istirahat cukup.
- d) Senam hamil.
- e) Membiasakan buang air besar secara teratur.
- f) Buang air besar segera setelah ada dorongan

10) Keringat bertambah. Secara perlahan terus meningkat sampai akhir kehamilan

Cara mengatasi:

- a) Pakailah pakaian yang tipis dan longgar.
- b) Tingkatkan asupan cairan.
- c) Mandi secara teratur

e. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

1) Gizi Seimbang Untuk Ibu Hamil

- a) Biasakan mengkonsumsi aneka ragam pangan yang lebih banyak, Ibu hamil perlu mengkonsumsi aneka ragam pangan yang lebih banyak untuk memenuhi kebutuhan energy, protein dan zat gizi mikro (vitamin dan mineral) karena digunakan untuk pemeliharaan, pertumbuhan dan perkembangan janin dalam kandungan, serta cadangan selama masa menyusui. Zat gizi mikro penting yang diperlukan selama hamil adalah *zat besi, asam folat, kalsium, iodium dan zink*. (Kementrian Kesehatan RI : 2015 Hal : 48)

- b) Membatasi mengkonsumsi makanan yang mengandung garam. Pembatasan konsumsi garam dapat mencegah hipertensi selama kehamilan. Selama ibu hamil diusahakan agar tidak menderita hipertensi. Hal ini disebabkan karena hipertensi selama kehamilan akan meningkatkan resiko kematian janin, terlepasnya plasenta, serta gangguan pertumbuhan. (Kementerian Kesehatan RI : 2015 Hal : 48)
- c) Minumlah air putih yang banyak: Air merupakan cairan yang paling baik untuk hidrasi tubuh secara optimal. Air berfungsi membantu pencernaan, membuang racun, sebagai penyusun sel dan darah, mengatur keseimbangan asam basa tubuh dan mengatur suhu tubuh. Kebutuhan air selama kehamilan meningkat agar dapat mendukung sirkulasi janin, produksi cairan amnion dan meningkatnya volume darah. Ibu hamil memerlukan asupan air minum sekitar 2-3 liter perhari (8-12 gelas sehari). (Kementerian Kesehatan RI :2015 Hal : 48)
- d) Membatasi minum kopi: Kafein apabila dikonsumsi oleh ibu hamil akan mempunyai efek diuretic pada kehamilan dan stimulasi. Oleh karenanya bila ibu hamil minum kopi sebagai sumber utama kafein yang tidak terkontrol, akan mengalami peningkatan buang air kecil (BAK) yang akan berakibat dehidrasi, tekanan darah meningkat dan detak jantung juga akan meningkat. Pangan sumber kafein lainnya adalah coklat, teh, dan minuman suplemen energy. Satu botol minuman suplemen energy mengandung kafein setara dengan 1-2 cangkir kopi. Disamping mengandung kafein, kopi juga mengandung inhibitor (zat yang mengganggu penyerapan zat besi). Konsumsi kafein pada ibu hamil juga akan berpengaruh pada pertumbuhan dan perkembangan janin, karena metabolisme janin belum sempurna. Menurut *british Medical Journal (2008)* mengkonsumsi kafein bagi ibu hamil tidak melebihi 100 mg/hari atau 1-2 cangkir/hari. Oleh karenanya dianjurkan kepada ibu hamil, selama kehamilan ibu harus bijak dalam mengkonsumsi kopi sebagai sumber utama kafein, batasi dalam batas aman yaitu paling banyak 2 cangkir kopi/hari atau hindari sama sekali.
- e) Pemenuhan Nutrisi yang Baik

(1) Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2500 kalori. Pengetahuan tentang berbagai jenis makanan yang dapat memberikan kecukupan kalori tersebut sebaiknya dapat dijelaskan secara rinci dan bahasa yang dimengerti oleh para ibu hamil dan keluarganya. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal ini merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya preeclampsia. Jumlah penambahan berat badan menurut rekomendasi pedoman IOM (kenaikan 12,5-18 kg untuk wanita kurus [BMI <18,5]; 11,5-16 kg untuk normal-berat wanita [BMI 18,5-24,9]; 7-11 kg untuk wanita kelebihan berat badan [BMI 25-29,9], dan 5-9 kg untuk wanita obesitas [BMI \geq 30]).⁷

(2) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewan (ikan, ayam, keju, susu dan telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia dan edema. Protein bagi ibu hamil digunakan untuk membangun laju pertumbuhan badan calon bayi, dimulai dari pembentukan sel sampai menjadi tubuh utuh berat 3,5 kg. Jika protein tidak mencukupi maka pembentukan ari-ari, dan akan mempengaruhi perkembangan organ-organ tubuh lainnya.⁸

(3) Kalsium

Kebutuhan kalsium meningkat pada saat hamil karena digunakan untuk mengganti cadangan kalsium ibu guna pembentukan jaringan baru pada janin. Apabila konsumsi kalsium tidak mencukupi maka akan berakibat meningkatkan risiko ibu mengalami komplikasi yang disebut keracunan kehamilan (pre eklamsia). Selain itu ibu akan mengalami pengeroposan tulang dan gigi.⁹ Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh

adalah susu, keju, yogurt dan kalsium karbonat. Defisiensi kalsium dapat menyebabkan riketsia pada bayi atau osteomalasia pada ibu.⁸

(4) Zat besi

Metabolisme yang tinggi pada ibu hamil memerlukan kecukupan oksigenasi jaringan yang diperoleh dari pengikatan dan pengantaran oksigen melalui hemoglobin didalam sel-sel darah merah. Untuk menjaga konsentrasi haemoglobin yang normal, diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30mg/hari terutama setelah trimester kedua. Bila tidak ditemukan anemia pemberian besi perminggu cukup adekuat. Zat besi yang diberikan dapat berupa *ferrous gluconate*, *ferrous fumarate* atau *ferrous sulphate*. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi (Prawirohardjo 2016 : 286). Tablet Besi atau tablet tambah darah (TTD) diberikan pada ibu hamil sebanyak 1 tablet setiap hari berturut-turut selama 90 hari selama 90 hari selama masa kehamilan. Tablet tambah darah mengandung 200 mg ferro sulfat setara dengan 60 mg besi elemental dan 0,25 mg asam folat. Tablet tersebut wajib dikonsumsi oleh ibu hamil sebanyak 10 tablet setiap bulannya untuk mengurangi gejala-gejala sakit saat masa-masa kehamilan.¹⁰ Kekurangan hemoglobin disebut Anemia atau penyakit kurang darah dapat membahayakan kesehatan ibu dan bayi seperti Berat Bayi Lahir Rendah kurang dari 2500 gr (BBLR), perdarahan dan peningkatan resiko kematian.¹¹

(5) Asam folat

Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram per hari. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil (Prawirohardjo 2016 : 286). Sumber asam Folat antara lain ragi, hati, brokoli, susu, sayur berdaun hijau (bayam, asparagus), kacang-kacangan, ikan, daging, jeruk, avocado, gandum, stroberi, pisang, dan putih telur. (Muchtar, 2014. Hal :43). Asam folat diberikan minimal 3 bulan sebelum kehamilan hingga 12 minggu

kehamilan dilanjutkan selama 4-6 minggu pascapartum atau selama menyusui berlanjut (Level A).¹²

(6) Iodium

Iodium merupakan bagian hormone tiroksin (T4) dan triiodotironin (T3) yang berfungsi untuk mengatur pertumbuhan dan perkembangan bayi. Iodium berperan dalam sintesis protein, absorpsi karbohidrat dan saluran cerna serta sintesis kolesterol darah. Zat Iodium memegang peranan yang sangat besar bagi ibu dan janin. Kekurangan iodium akan berakibat terhambatnya perkembangan otak dan system saraf terutama menurunkan IQ dan meningkatkan resiko kematian bayi. Disamping itu kekurangan iodium dapat menyebabkan pertumbuhan fisik anak yang dilahirkan terganggu (kretin). Dampak pada perkembangan otak dan system saraf ini biasanya menetap. Sumber iodium yang baik adalah makanan laut seperti ikan, udang, kerang, rumput laut. Setiap memasak diharuskan menggunakan garam beriodium.⁹

(7) Vitamin

Buah berwarna merupakan sumber vitamin yang baik bagi tubuh dan buah yang berserat karena dapat melancarkan buang air besar sehingga mengurangi resiko sembelit (susah buang air besar).

1) Edukasi kesehatan bagi ibu hamil

Tidak semua ibu hamil dan keluarganya mendapat pendidikan dan konseling kesehatan yang memadai tentang kesehatan reproduksi, terutama tentang kehamilan dan upaya untuk menjaga agar kehamilan tetap sehat dan berkualitas. Kunjungan antenatal member kesempatan bagi petugas kesehatan untuk memberikan informasi kesehatan esensial bagi ibu hamil dan keluarganya termasuk rencana persalinan dan cara merawat bayi. Beberapa informasi penting tersebut adalah sebagai berikut (Prawirohardjo 2016 : 285).

2) Perawatan Payudara

Basuhan lembut setiap hari pada aerola dan puting susu akan mengurangi retak dan lecet pada area tersebut. Untuk sekresi yang mengering pada puting susu, lakukan pembersihan dengan menggunakan campuran gliserin dan alcohol.

Karena payudara menegang, sensitive dan menjadi lebih berat, maka sebaiknya menggunakan penopang payudara yang sesuai.⁸

3) Perawatan Gigi

Paling tidak dibutuhkan 2 kali pemeriksaan gigi selama kehamilan, yaitu pada trimester pertama dan ketiga. Penjadwalan untuk trimester pertama terkait dengan hiperemesis dan ptialisme (produksi liur yang berlebihan) sehingga kebersihan rongga mulut harus selalu terjaga. Sementara itu pada trimester ketiga, terkait dengan adanya kebutuhan kalsium untuk pertumbuhan janin sehingga perlu diketahui apakah terdapat pengaruh yang merugikan pada gigi ibu hamil. Dianjurkan untuk selalu menyikat gigi setelah makan karena ibu hamil sangat rentan terhadap terjadinya *carries* dan *gingivitis*.⁸

4) Kebersihan Tubuh dan Pakaian

Kebersihan harus terjaga selama kehamilan. Perubahan anatomic pada perut, area genitalia/lipat paha dan payudara menyebabkan lipatan-lipatan kulit menjadi lebih lembab dan mudah terinventasi oleh mikroorganisme. Sebaiknya gunakan pancuran atau gayung pada mandi, tidak dianjurkan berendam dalam *bathub* dan melakukan *vaginal douche*. Gunakan pakaian yang longgar, bersih dan nyaman dan hindarkan sepatu bertongkat tinggi (*high heels*) dan alas kaki yang keras (tidak elastic) serta korset penahan perut. Lakukan gerakan tubuh ringan, misalnya berjalan kaki, terutama pada pagi hari, jangan melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat dan hindarkan kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebihan. Beristirahat cukup, minimal 8 jam pada malam hari dan 2 jam di siang hari. Ibu tidak dianjurkan untuk melakukan kebiasaan merokok selama hamil karena dapat menimbulkan vasospasme yang berakibat anoksi janin, berat janin lahir rendah (BBLR), prematuritas, kelainan congenital dan solusio plasenta.⁸

5) Kebutuhan Istirahat

Adanya aktifitas yang dilakukan setiap hari otomatis ibu hamil akan sering merasa lelah dari pada waktu sebelum hamil. Ini salah satunya disebabkan oleh faktor

beban berat janin yang semakin terasa oleh sang ibu. Oleh karena itu pengaturan aktifitas yang tidak terlalu berlebihan sangatlah perlu diterapkan oleh setiap ibu hamil. Setiap wanita hamil menemukan cara yang berbeda mengatasi kelelahannya. Salah satunya adalah dengan cara beristirahat atau tidur sebentar di siang hari. Dapat seperti biasa (tingkat aktifitas ringan hingga sedang), istirahat minimal 15 menit tiap 2 jam. Jika duduk atau berbaring dianjurkan kaki agak ditinggikan.¹³

6) Kebutuhan seks

Jika kehamilan calon ibu normal serta tidak mempunyai kecenderungan melahirkan premature dan aborsi ulang maka senggama dapat dilanjutkan dengan frekuensi yang normal untuk pasangan tersebut. Beberapa wanita lebih menginginkan senggama yang sering selama hamil, sementara yang lain justru ingin mengurangi. Alasannya berkurang minat seksual yang dialami banyak wanita hamil khususnya dalam minggu-minggu terakhir kehamilan, tidak jelas. Beberapa wanita merasa takut senggama akan merusak bayi atau menyebabkan kelahiran premature. Yang lain merasa takut bahwa orgasme dengan cara apapun akan menyebabkan hal yang sama. Jika ada riwayat Abortus sebelumnya, koitus ditunda sampai usia kehamilan diatas 16 Minggu, dimana diharapkan plasenta sudah terbentuk, dengan implantasi dan fungsi yang baik. Beberapa pustaka menganjurkan agar koitus mulai dihentikan pada 3-4 minggu terakhir menjelang perkiraan tanggal persalinan. Pada beberapa keadaan seperti kontraksi /tanda-tanda persalinan awal, keluar cairan pervaginam, abortus iminens, atau abortus habitualis, kehamilan kembar, dan penyakit menular seksual.¹³

2. Teori Persalinan

a. Pengertian

Persalinan dan kelahiran 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 pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2002).

b. Macam Persalinan

- 1) Persalinan Spontan Yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.
- 2) Persalinan Buatan Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi forceps, atau dilakukan operasi Sectio Caesaria.
- 3) Persalinan Anjuran Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin.

c. Faktor Penyebab Persalinan

1) Penurunan Kadar Progesteron

Progesterone menimbulkan relaxasi 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 penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu.

2) Teori Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Di akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga oksitosin bertambah dan meningkatkan aktivitas otot-otot rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga terdapat tanda-tanda persalinan.

3) Keregangan Otot-otot.

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Seperti halnya dengan Bladder dan Lambung, bila dindingnya teregang oleh isi yang bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan $\cong v$ Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir $\cong v$ 5 majunya kehamilan makin teregang otot-otot dan otot-otot rahim

makin rentan. Contoh, pada kehamilan ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu sehingga menimbulkan proses persalinan.

- 4) Pengaruh Janin Hipofise dan kelenjar suprarenal janin rupa-rupanya juga memegang peranan karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa, karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturasi janin, dan induksi (mulainya) persalinan.

5) Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F₂ atau E₂ yang diberikan secara intravena, intra dan extra amnial menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap umur kehamilan. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat keluar. Prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. Hal ini juga didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun daerah perifer pada ibu hamil, sebelum melahirkan atau selama persalinan.

d. Penyebab Terjadinya Persalinan

- 1) Passage (Jalan Lahir) Merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks dan vagina. Syarat agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal.
- 2) Power: Power adalah kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu. Power merupakan tenaga primer atau kekuatan utama yang dihasilkan oleh adanya kontraksi dan retraksi otot-otot rahim.

Kekuatan yang mendorong janin keluar (power) terdiri dari:

- a) His (kontraksi otot uterus) Adalah kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Pada waktu kontraksi otot – otot rahim menguncup sehingga menjadi tebal dan lebih pendek. Kavum uteri

menjadi lebih kecil serta mendorong janin dan kantung amnion ke arah segmen bawah rahim dan serviks.

- b) Kontraksi otot-otot dinding perut
- c) Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan
- d) Ketegangan dan ligamentous action terutama ligamentum rotundum.

- 3) Passenger: Passenger terdiri dari janin dan plasenta. Janin merupakan passenger utama dan bagian janin yang paling penting adalah kepala karena bagian yang paling besar dan keras dari janin adalah kepala janin. Posisi dan besar kepala dapat mempengaruhi jalan persalinan. Kelainan – kelainan yang sering menghambat dari pihak passenger adalah kelainan ukuran dan bentuk kepala anak seperti hydrocephalus ataupun anencephalus, kelainan letak seperti letak muka atau pun letak dahi, kelainan kedudukan anak seperti kedudukan lintang atau letak sungsang.
- 4) Psikis (Psikologis) Perasaan positif berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas “kewanitaan sejati” yaitu munculnya rasa bangga bias melahirkan atau memproduksi anaknya. Mereka seolah-olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu “keadaan yang belum pasti” sekarang menjadi hal yang nyata.
- 5) Penolong Peran dari penolong persalinan dalam hal ini Bidan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Proses tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan.

e. Tanda dan Gejala Persalinan

- 1) Tanda Persalinan Sudah dekat
 - a) Lightening: Beberapa minggu sebelum persalinan, calon ibu merasa bahwa keadaannya menjadi lebih enteng. Ia merasa kurang sesak, tetapi sebaliknya ia merasa bahwa berjalan sedikit lebih sukar, dan sering diganggu oleh perasaan nyeri pada anggota bawah.
 - b) Pollikasuria Pada akhir bulan ke-IX hasil pemeriksaan didapatkan epigastrium kendor, fundus uteri lebih rendah dari pada kedudukannya dan kepala janin sudah mulai masuk ke dalam pintu atas panggul. Keadaan ini

menyebabkan kandung kencing tertekan sehingga merangsang ibu untuk sering kencing yang disebut Pollakisuria.

- c) False labor Tiga atau empat minggu sebelum persalinan, calon ibu diganggu oleh his pendahuluan yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan dari kontraksi Braxton Hicks. His pendahuluan ini bersifat:
 - (1) Nyeri yang hanya terasa di perut bagian bawah
 - (2) Tidak teratur
 - (3) Lamanya his pendek, tidak bertambah kuat dengan majunya waktu dan bila dibawa jalan malah sering berkurang
 - (4) Tidak ada pengaruh pada pendataran atau pembukaan cervix
 - d) Perubahan cervix Pada akhir bulan ke-IX hasil pemeriksaan cervix menunjukkan bahwa cervix yang tadinya tertutup, panjang dan kurang lunak, kemudian menjadi lebih lembut, dan beberapa menunjukkan telah terjadi pembukaan dan penipisan. Perubahan ini berbeda untuk masingmasing ibu, misalnya pada multipara sudah terjadi pembukaan 2 cm namun pada primipara sebagian besar masih dalam keadaan tertutup.
 - e) Energy Sport Beberapa ibu akan mengalami peningkatan energi kira-kira 24-28 jam sebelum persalinan mulai. Setelah beberapa hari sebelumnya merasa kelelahan fisik karena tuanya kehamilan maka ibu mendapati satu hari sebelum persalinan dengan energi yang penuh. Peningkatan energi ibu ini tampak dari aktifitas yang dilakukannya seperti membersihkan rumah, mengepel, mencuci perabot rumah, dan pekerjaan rumah lainnya sehingga ibu akan kehabisan tenaga menjelang kelahiran bayi, sehingga persalinan menjadi panjang dan sulit
 - f) Gastrointestinal Upsets Beberapa ibu mungkin akan mengalami tanda-tanda seperti diare, obstipasi, mual dan muntah karena efek penurunan hormon terhadap sistem pencernaan.
- 2) Tanda- tanda pasti dari persalinan adalah :
- a) Timbulnya kontraksi uterus Biasa juga disebut dengan his persalinan yaitu his pembukaan yang mempunyai sifat sebagai berikut :
 - (1) Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan.

- (2) Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan
 - (3) Sifatnya teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar
 - (4) Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan cervix.
 - (5) Makin beraktifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada servix (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit). Kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan serviks.
- b) Penipisan dan pembukaan servix Penipisan dan pembukaan servix ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula.
 - c) Bloody Show (lendir disertai darah dari jalan lahir) Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari canalis cervicalis keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa capillair darah terputus.
 - d) Premature Rupture of Membrane Adalah keluarnya cairan banyak dengan sekonyong-konyong dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek. Ketuban biasanya pecah kalau pembukaan lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini keluarnya cairan merupakan tanda yang lambat sekali. Tetapi kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, malahan kadang-kadang selaput janin robek sebelum persalinan. Walaupun demikian persalinan diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar.
- f. Mekanisme Persalinan
- 1) Masuknya kepala janin dalam PAP
 - 2) Fleksi : Fleksi kepala janin memasuki ruang panggul dengan ukuran yang paling kecil yaitu dengan diameter suboccipito bregmatikus (9,5 cm) menggantikan suboccipito frontalis (11 cm)
 - 3) Putaran paksi dalam: Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphysis

- 4) Ekstensi: Setelah putaran paksi dalam selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan di atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk dapat melewati pintu bawah panggul.
- 5) Putar Paksi Luar: gerakan kembali sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung janin.

g. Proses Persalinan

Terbagi Menjadi 4 Fase yaitu:

- 1) Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan servix hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I berlangsung 18 – 24 jam dan terbagi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif.
Fase laten persalinan Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan servix secara bertahap
Fase aktif persalinan Fase ini terbagi menjadi 3 fase yaitu akselerasi, dilatasi maksimal, dan deselerasi
- 2) KALA II: dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi
- 3) KALA III: dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban, berlangsung tidak lebih dari 30 menit, Disebut dengan kala uri atau kala pengeluaran plasenta, peregangan Tali pusat Terkendali (PTT) dilanjutkan pemberian oksitosin untuk kontraksi uterus dan mengurangi perdarahan
- 4) KALA IV: dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah Persalihan merupakan masa paling kritis karena proses perdarahan yang berlangsung, Masa 1 jam setelah plasenta lahir 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. Observasi intensif karena perdarahan yang terjadi pada masa ini, Observasi yang dilakukan :
 - a) Tingkat kesadaran penderita.
 - b) Pemeriksaan tanda vital.

- c) Kontraksi uterus.
- d) Perdarahan, dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500cc.

3. Teori Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

Bayi baru lahir (Neonatus) menurut Marmi (2012) bahwa adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ektrauterine) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik.¹⁴

b. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir

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.¹⁵ 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 x/menit, pernapasan 40-60 x/menit, lanugo tidak terlihat dan rambut kepala tumbuh sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR >7, refleks-refleks 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 7 adanya labia minora dan mayora, mekonium sudah keluar dalam 24 jam pertama berwarna hitam kecoklatan.¹⁶

c. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir atau neonatus di bagi dalam beberapa kasifikasi yaitu :¹⁷

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) Neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
 - b) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)
- d. Asuhan 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 dengan tujuan mendeteksi kelainan atau anomali kongenital yang muncul pada setiap kelahiran. Kelainan anomaly kongenital dapat terjadi pada 10-20 per 1000 kelahiran. 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) Pencegahan Infeksi (PI)
- 2) Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi Untuk menilai apakah bayi mengalami asfiksia atau tidak dilakukan penilaian sepiantas setelah seluruh tubuh bayi lahir dengan tiga pertanyaan :
- 3) Pemotongan dan perawatan tali pusat
- 4) Setelah penilaian sepiantas 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 umbilicus.
- 5) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu 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.

- 6) Pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi
- 7) 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
- 8) 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. Pemberian vitamin K sebagai profilaksis melawan hemorrhagic disease of the newborn dapat diberikan dalam suntikan yang memberikan pencegahan lebih terpercaya, atau secara oral yang membutuhkan beberapa dosis untuk mengatasi absorpsi yang bervariasi dan proteksi yang kurang pasti pada bayi. Vitamin K dapat diberikan dalam waktu 6 jam setelah lahir
- 9) Pemberian imunisasi Hepatitis B (HB 0) 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
- 10) 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

11) Pemberian ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berusia 0-6 bulan dan jika memungkinkan dilanjutkan dengan pemberian ASI dan makanan pendamping sampai usia 2 tahun. Pemberian ASI eksklusif mempunyai dasar hukum yang diatur dalam SK Menkes Nomor 450/Menkes/SK/IV/2004 tentang pemberian ASI Eksklusif pada bayi 0-6 bulan. Setiap bayi mempunyai hak untuk dipenuhi kebutuhan dasarnya seperti Inisiasi Menyusu Dini (IMD), ASI Eksklusif, dan imunisasi serta pengamanan dan perlindungan bayi baru lahir dari upaya penculikan dan perdagangan bayi.

4. Teori Nifas

a. Pengertian

Nifas merupakan (*peuperium*) merupakan kondisi pemulihan, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra kehamilan. Lama masa nifas adalah 6-8 minggu. Masa nifas (*puerperium*) adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu, akan tetapi, seluruh alat genital baru pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil dalam waktu 3 bulan (Prawirohardjo, 2009; Saifuddin, 2002). 2. Masa nifas adalah masa segera setelah kelahiran sampai 6 minggu. Selama masa ini, fisiologi saluran reproduktif kembali pada keadaan yang normal (Cunningham, 2007)

b. Tahapan masa nifas menurut Sulistyawati (2015: 5) adalah sebagai berikut:

- 1) Puerperium dini Puerperium dini merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan
- 2) Puerperium intermedial Puerperium intermedial merupakan masa kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia, yang lamanya sekitar 6-8 minggu
- 3) Remote puerperium Remote puerperium merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan.

c. Perubahan fisiologis masa Nifas

Dalam masa nifas, alat-alat genitalia interna maupun eksterna akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan-perubahan ini dalam keseluruhannya disebut *involutio*. Adaptasi perubahan fisik masa nifas,¹⁸ yaitu:

1) *Involutio uteri*

Involutio uteri atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil.

Tabel 2. Perubahan normal uterus selama post partum

Involutio uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 Gram
Plasenta lahir	Dua jari dibawah pusat	750 Gram
1 minggu	Pertengahan pusat dan simpisis	500 Gram
2 minggu	tak teraba	350 Gram
6 minggu	Berukuran normal semula	seperti 50 gram

Sumber: Prawirohardjo (2014)

2) *Lochea*

Akibat *involutio uteri*, lapisan *desidua* yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. *Desidua* yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Pencampuran antara *desidua* dan darah inilah yang di namakan *lochea*. *Lochea* adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai sifat basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal.¹⁹ Jenis-jenis lochia:

Tabel 3. Perubahan *Lochea*.

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel <i>desidua</i> , verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah
Sanguinolenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/ Kecoklatan	Lendir bercampur darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta.
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati
Lochia			Terjadi infeksi, keluar cairan

purulenta	seperti nanah berbau busuk
Lochiastasis	Tidak lancar keluaranya

Sumber: Anggraini (2010)

3) Ligamen-ligamen

Ligamen, fasia dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan setelah bayi lahir secara berangsur-angsur menjadi menciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligamentum menjadi kendur.

4) Vulva, vagina dan perineum

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

Rugae kembali timbul pada minggu ketiga. *Himen* tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karunkulae mitiformis yang khas pada wanita *multipara*. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan sebelum saat persalinan pertama.

Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Kondisi vagina setelah persalinan akan tetap terbuka lebar, ada kecenderungan vagina mengalami bengkak dan memar serta nampak ada celah antara introitus vagina. Tonus otot vagina akan kembali pada keadaan semula dengan tidak ada pembengkakan dan celah vagina tidak lebar pada minggu 1-2 hari pertama postpartum. Pada minggu ketiga postpartum *rugae* vagina mulai pulih menyebabkan ukuran vagina menjadi lebih kecil. Dinding vagina menjadi lebih lunak serta lebih besar dari biasanya sehingga ruang vagina akan sedikit lebih besar dari keadaan sebelum melahirkan.²⁰

Perineum pada saat proses persalinan ditekan oleh kepala janin, sehingga

perineum menjadi kendur dan teregang. Tonus otot perineum akan pulih pada hari kelima postpartum meskipun masih kendur dibandingkan keadaan sebelum hamil.²¹

5) Serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks uteri setelah persalinan adalah menjadi sangat lunak, kendur dan terbuka seperti corong. Korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks uteri tidak berkontraksi sehingga seolah-olah terbentuk seperti cincin pada perbatasan antara korpus uteri dan serviks uteri.²⁰

Tepi luar serviks yang berhubungan dengan *ostium uteri eksterna* (OUE) biasanya mengalami laserasi pada bagian lateral. Ostium serviks berkontraksi perlahan, dan beberapa hari setelah persalinan ostium uteri hanya dapat dilalui oleh 2 jari. Pada akhir minggu pertama, ostium uteri telah menyempit, serviks menebal dan kanalis servikalis kembali terbentuk. Meskipun proses involusi uterus telah selesai, OUE tidak dapat kembali pada bentuknya semula saat nullipara. Ostium ini akan melebar, dan depresi bilateral pada lokasi laserasi menetap sebagai perubahan yang permanen dan menjadi ciri khas servis pada wanita yang pernah melahirkan.²²

6) Sistem pencernaan

Pasca melahirkan, kadar progesteron menurun dan faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal. Biasanya ibu mengalami obstipasi setelah persalinan. Selain itu hal ini disebabkan pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, haemoroid, laserasi jalan lahir. Supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan diet/ makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup. Bila usaha ini tidak berhasil dalam waktu 2 atau 3 hari dapat ditolong dengan pemberian glyserin spuit atau diberikan terapi pencahar lainnya.

7) Sistem perkemihan

Pada masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar steroid tinggi yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada pasca melahirkan kadar *steroid* menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal

kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air saat kehamilan.

8) Sistem hematologi

Leukositosis akan meningkat pada beberapa hari post partum, sehingga dianjurkan untuk mengajarkan pada ibu cara menjaga kebersihan genitalia. Jumlah hemoglobin dan hematokrit serta eritrosit akan bervariasi pada awal masa nifas sebagai akibat dari volume darah, volume plasma, dan volume sel darah yang berubah-ubah.

9) Sistem Kardiovaskular

Persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Bila kelahiran melalui *sectio caesarea*, maka kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah (*blood volume*) dan hematokrit (*haemoconcentration*). Bila persalinan pervaginam, hematokrit akan naik dan pada *section caesaria* hematokrit cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu.

Setelah persalinan, shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan beban pada jantung, dapat menimbulkan *decompensation cordia* pada penderita *vitum cordia*. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya haemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala, umumnya hal ini terjadi pada hari ke-3 sampai ke-5 postpartum.

10) Sistem Musculoskeletal

Ligamen, fascia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligamen rotundum menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusya serat-serat elastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu. Pemulihan dibantu dengan latihan.

11) Sistem endokrin

1. *Human Chorionic Gonadotropin (HCG): Human Chorionic Gonadotropin (HCG)* menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG menurun dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 postpartum dan sebagai onset pemenuhan *mammae* pada hari ke-3 postpartum.²³
2. Hormon *pituitary*: Prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu.

12) Payudara

Perubahan pada payudara dapat meliputi :

- a) Penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon prolaktin setelah persalinan.
- b) Kolostrum sudah ada saat persalinan, produksi ASI terjadi pada hari ke-2 atau hari ke-3 setelah persalinan.
- c) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi.

13) Pembentukan air susu

Ada dua refleks dalam pembentukan air susu ibu yaitu :

1. Refleks prolactin

Pada akhir kehamilan hormon prolaktin memegang peranan untuk membuat kolostrum, namun jumlah kolostrum terbatas karena aktivitas prolaktin dihambat oleh estrogen dan progesterone yang kadarnya memang tinggi. Saat bayi menyusui, isapan bayi akan merangsang ujung-ujung saraf sensoris yang sebagai reseptor mekanik.

Rangsangan dilanjutkan kehipotalamus melalui medulla spinalis hipotalamus akan menekan pengeluaran fakto-faktor yang menghambat sekresi prolaktin dan sebaliknya merangsang pengeluaran faktor-faktor yang memicu sekresi prolaktin. Sekresi prolaktin akan merangsang hipofise anterior sehingga keluar prolaktin. Hormon ini merangsang sel-sel alveoli yang berfungsi untuk membuat air susu.

2. Refleks *letdown*

Bersama dengan pembentukan prolaktin oleh hipofise anterior, rangsangan yang bersal dari isapan bayi ada yang dilanjutkan ke hipofise posterior

(*neurohipofise*) yang kemudian dikeluarkan oksitosin. Melalui aliran darah, hormon ini diangkat menuju uterus yang dapat menimbulkan kontraksi uterus sehingga terjadi involusi. Kontraksi dari sel akan memeras air susu yang telah terbuat keluar dari alveoli dan masuk ke system duktus dan selanjutnya membalir melalui duktus lactiferus masuk ke mulut bayi. Faktor-faktor yang mempengaruhi peningkatan dan penghambat refleks *let down*.¹⁸

1. Peningkatan refleks let down:

- (a) Melihat bay
- (b) Mendengarkan bayi
- (c) Mencium bayi
- (d) Memikirkan untuk menyusui bayi

d. Perubahan Psikologis Ibu

Menurut Herawati Mansur (2014: 134-135), adaptasi psikologis postpartum oleh rubin dibagi dalam 3 (tiga) periode yaitu sebagai berikut:

- 1) *Taking In*: Periode ini berlangsung 1-2 hari setelah melahirkan. Ibu pasif terhadap lingkungan. Oleh karena itu, perlu menjaga komunikasi yang baik. Ibu menjadi sangat tergantung pada orang lain, mengharapkan segala sesuatu kebutuhan dapat dipenuhi orang lain. Perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan perubahan tubuhnya. Ibu mungkin akan bercerita tentang pengalamannya ketika melahirkan secara berulang-ulang. Diperlukan lingkungan yang kondusif agar ibu dapat tidur dengan tenang untuk memulihkan keadaan tubuhnya seperti sediakala. Nafsu makan bertambah sehingga dibutuhkan peningkatan nutrisi, dan kurangnya nafsu makan menandakan ketidaknormalan proses pemulihan
- 2) *Taking Hold*: Periode ini berlangsung 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dalam merawat bayi. Ibu menjadi sangat sensitif, sehingga mudah tersinggung. Oleh karena itu, ibu membutuhkan sekali dukungan dari orang-orang terdekat. Saat ini merupakan saat yang baik bagi ibu untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya. Dengan begitu ibu dapat menumbuhkan rasa percaya dirinya. Pada periode ini ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya,

misalkan buang air kecil atau buang air besar, mulai belajar untuk mengubah posisi seperti duduk atau jalan, serta belajar tentang perawatan bagi diri dan bayinya

- 3) *Let it go*: Periode ini berlangsung 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dalam merawat bayi. Ibu menjadi sangat sensitif, sehingga mudah tersinggung. Oleh karena itu, ibu membutuhkan sekali dukungan dari orang-orang terdekat. Saat ini merupakan saat yang baik bagi ibu untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya. Dengan begitu ibu dapat menumbuhkan rasa percaya dirinya. Pada periode ini ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, misalkan buang air kecil atau buang air besar, mulai belajar untuk mengubah posisi seperti duduk atau jalan, serta belajar tentang perawatan bagi diri dan bayinya.

e. Kebutuhan Dasar Ibu nifas

- 1) Nutrisi dan cairan

Nutrisi dan gizi merupakan zat yang diperlukan tubuh untuk metabolisme tubuh, pada ibu nifas kebutuhan nutrisi akan meningkat 25 % dimana peningkatan tersebut bertujuan dalam proses penyembuhan pasca bersalin dan pemenuhan produksi ASI untuk memenuhi kebutuhan bayi. Pada wanita normal kebutuhan kalori adalah sebanyak 2000 – 2500 Kkal, sedangkan pada ibu nifas dan menyusui kebutuhan meningkat menjadi 3000 – 3500 Kkal. Pada 6 bulan pertama peningkatan kalori ibu adalah 700 Kkal, sedangkan pada 6 bulan ke dua meningkat sekitar 500 Kkal. Jenis makanan ibu harus mengandung sumber energi terdiri dari karbohidrat dan lemak. Sumber energi ini berguna untuk pembakaran tubuh, pembentukan jaringan baru, penghematan protein (jika sumber tenaga kurang). Sumber Protein

- 2) Eliminasi

Kebutuhan miksi ibu nifas dan menyusui normalnya akan melakukan buang air kecil secara spontan setiap 3 -4 jam. Kemudian kebutuhan lain yaitu buang air besar ibu nifas dapat terjadi secara teratur ibu nifas diharapkan dapat melakukan diit teratur dan konsumsi air yang cukup, makan makanan yang berserat dan olah raga.

3) Mobilisasi

Early ambulation, yaitu upaya sesegera mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbing berjalan. Ibu nifas diperbolehkan berdiri dari tempat tidur 24 – 48 jam postpartum.

4) Senam nifas

Senam nifas memiliki banyak manfaat untuk ibu nifas yaitu memulihkan kesehatan ibu, meningkatkan kebugaran dan mendukung kenyamanan ibu.

f. Tanda-tanda bahaya masa nifas menurut Siti Saleha (2009) adalah sebagai berikut:

- 1) Perdarahan pervaginam yang luar biasa atau tiba-tiba bertambah banyak (lebih dari perdarahan haid biasa atau bila memerlukan pergantian pembalut-pembalut 2 kali dalam setengah jam).
- 2) Pengeluaran cairan vagina yang berbau busuk.
- 3) Rasa sakit dibagian bawah abdomen atau punggung.
- 4) Sakit kepala yang terus menerus, nyeri ulu hati, atau masalah penglihatan.
- 5) Pembengkakan diwajah atau ditangan.
- 6) Demam, muntah, rasa sakit sewaktu BAK atau jika merasa tidak enak badan.
- 7) Payudara yang bertambah atau berubah menjadi merah panas dan atau terasa sakit
- 8) Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama
- 9) Rasa sakit merah, lunak dan atau pembengkakan di kaki.

g. Komplikasi masa nifas

1) Perdarahan Post partum terbagi menjadi dua jenis perdarahan, yaitu:

- a) Perdarahan postpartum primer (Early Postpartum hemorrhage): perdarahan yang lebih dari 500 – 600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir, atau perdarahan dengan volume sebarangpun yang mengakibatkan perubahan keadaan umum ibu dan tanda vital ibu. Paling sering terjadi pada 2 jam pertama pasca bersalin atau anak lahir.
- b) Perdarahan Postpartum sekunder (Late Postpartum Hemorrhage): perdarahan yang terjadi setelah 24 jam postpartum hingga masa nifas selesai, perdarahan ini terjadi antara hari ke 5 sampai dengan hari ke 15 postpartum.

2) Infeksi postpartum

Infeksi postpartum merupakan komplikasi masa nifas, tanda gejala infeksi adalah perubahan suhu yang meningkat, malaise, denyut nadi cepat. Gejala local uterus lembek, adanya kemerahan dan nyeri pada payudara atau adanya dysuria.

3) Nyeri perut dan pelvis

Peritonitis adalah peradangan pada peritonium, peritonitis umum dapat menyebabkan kematian 33% dari seluruh kematian karena infeksi. Menurut Mochtar (2002), gejala klinis peritonitis dibagi menjadi dua, yaitu sebagai berikut: Peritonitis pelvio terbatas pada daerah pelvis Tanda dan gejalanya adalah demam, nyeri perut bagian bawah tetapi keadaan umum tetap baik, pada pemeriksaan dalam kavum Douglas menonjol karena ada abses.

4) Bendungan ASI.

Selama 24 hingga 48 jam pertama sesudah terlihatnya sekresi lacteal, payudara sering mengalami distensi menjadi keras dan berbenjol-benjol. Keadaan ini yang disebut dengan bendungan air susu, sering merasakan nyeri yang cukup hebat dan bisa disertai dengan kenaikan suhu tubuh. Kelainan tersebut menggambarkan aliran darah vena normal yang berlebihan dan pengembangan limfatik dalam payudara, yang merupakan prekursor regular untuk terjadinya laktasi. Keadaan ini bukan merupakan overdistensi sistem lacteal oleh air susu.

5) Mastitis

Mastitis adalah infeksi payudara. Mastitis terjadi akibat invasi jaringan payudara oleh organisme infeksius atau adanya cedera payudara. Gejala - gejala mastitis antara lain:

- a) Peningkatan suhu yang cepat hingga 39,50C-400C.
- b) Peningkatan kecepatan nadi
- c) Menggigil
- d) Malaise umum, sakit kepala
- e) Nyeri hebat, bengkak, inflamasi, serta area payudara keras.

6) Postpartum Blues

Postpartum blues adalah suasana hati yang dirasakan oleh wanita setelah melahirkan yang berlangsung selama 3-6 hari dalam 14 hari pertama pasca melahirkan yang perasaan ini berkaitan dengan bayinya (Mansur, 2014: 136). Adapun gejala postpartum blues menurut Ambarwati (2010: 90).

- a) Menangis
- b) Mengalami perubahan perasaan
- c) Cemas
- d) Khawatir mengenai sang bayi
- e) Kesepian
- f) Penurunan gairah seksual
- g) Kurang percaya diri terhadap kemampuannya menjadi seorang ibu

5. Teori Keluarga Berencana

a. Pengertian

Menurut WHO dalam Stephan dan Ariyani (2017), keluarga berencana adalah sebuah program yang dimaksudkan untuk mengantisipasi kehamilan yang tidak diinginkan, mengatur jumlah anak sesuai rencana dan mengatur waktu dari kelahiran antar anak. Program KB ini dapat dilaksanakan dengan menggunakan metode kontrasepsi berupa KB oral, suntik, implant, Intra Uterine Device (IUD), kondom dan sterilisasi.²⁴

b. Kontrasepsi Pascasalin

BKKBN (2020), KB Pasca Persalinan merupakan upaya pencegahan kehamilan dengan menggunakan alat dan obat kontrasepsi segera setelah melahirkan sampai dengan 42 hari/ 6 minggu setelah melahirkan, sedangkan KB Pasca Keguguran merupakan upaya pencegahan kehamilan dengan menggunakan alat dan obat kontrasepsi setelah mengalami keguguran sampai dengan kurun waktu 14 hari.²⁴ *The American College Of Obstetricians and Gynecologists (AGOC)*, Metode kontrasepsi jangka panjang pasca salin seperti IUD dan Implan terbukti berhasil mengurangi kehamilan yang tidak diinginkan dan tingkat aborsi. Metode kontrasepsi jangka panjang pasca salin dapat segera dipasang atau sebelum pasien keluar dari rumah sakit.²⁵ Menurut Sarah dkk (2017), Penggunaan kontrasepsi jangka panjang

yang sangat efektif berpotensi meningkatkan kemampuan wanita untuk menghindari interval antar kehamilan yang pendek, yang berhubungan dengan peningkatan risiko morbiditas dan mortalitas ibu, serta persalinan prematur.²⁶ Secara umum, hampir semua metode kontrasepsi dapat digunakan sebagai metode KB Pasca Persalinan.

Untuk memastikan jarak kehamilan yang sehat dan aman (minimal 2 tahun) maka pasien perlu diberikan informasi dan motifasi untuk menggunakan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) sejak sebelum ibu melahirkan. Sejalan dengan hal tersebut, sebagai upaya untuk mencegah terjadinya ledakan kelahiran bayi/*baby boom* dalam situasi pandemi *covid 19* maka BKKBN dan pemerintah merekomendasikan penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) selama pandemi Covid-19 seperti IUD (Intra Uterine Device), Implant (susuk dan Kontrasepsi mantap (MOP dan MOW).²⁷

Pemilihan kontrasepsi KB Pasca Persalinan (KB PP) disesuaikan dengan ibu yang akan menyusui anaknya dan ibu yang tidak menyusui anaknya.

- 1) Ibu yang akan menyusui anaknya dapat menggunakan jenis metode:
 - a) Tubektomi dan vasektomi
 - b) AKDR
 - c) Implant
 - d) Suntik 3 bbulan
 - e) Pil Progesterron
 - f) Kondom
 - g) MAL
- 2) Ibu yang tidak menyusui anaknya, dapat menggunakan jenis metode:
 - a) Tubektomi dan vasektomi
 - b) AKDR
 - c) Implant
 - d) Suntik 3bulan
 - e) Pil Progesteron
 - f) Kondom
 - g) MAL

- h) Suntuk KB 1 Bulan
- i) Pil Kombinasi

c. AKDR

1) Pengertian

(Intra Uterine Device) atau Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) merupakan alat kontrasepsi terbuat dari plastik yang fleksibel dipasang dalam rahim dan merupakan kontrasepsi yang paling ideal untuk ibu pasca persalinan dan menyusui karena tidak menekan produksi ASI. Kontrasepsi IUD merupakan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP), dan dapat segera digunakan segera setelah persalinan sehingga ibu tidak cepat hamil lagi (minimal 3-5 tahun) dan memiliki waktu merawat kesehatan diri sendiri, anak dan keluarga. Penyuluhan pemilihan metode kontrasepsi ini dapat dilakukan sejak kunjungan kehamilan sampai dengan persalinan, sehingga ibu setelah bersalin atau keguguran, pulang ke rumah sudah menggunakan salah satu kontrasepsi (BKKBN, 2014).

2) Jenis IUD

Menurut Arum (2011) jenis-jenis Intra Uterine Device (IUD) adalah sebagai berikut:

- a. IUD CuT-380 A Bentuknya kecil, kerangka dari plastik yang fleksibel, berbentuk huruf T diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu).
 - b. NOVA T (Schering) Menurut Hartanto (2008), IUD yang banyak dipakai di Indonesia dari jenis unmedicated adalah Lippes Loop dan dari jenis Medicated adalah Cu-T 380 A, Multiload 375 dan Nova-T.
 - c. Cu T 380 A IUD Cu – T 380 A terbuat dari bahan polietilen berbentuk huruf T dengan tambahan bahan Barium Sulfat. Pada bagian tubuh yang tegak, dibalut tembaga sebanyak 176 mg tembaga dan pada bagian tengahnya masing-masing mengandung 68,7 mg tembaga, dengan luas permukaan $380 \pm 23\text{m}^2$. Ukuran bagian tegak 36 mm dan bagian melintang 32 mm, dengan diameter 3 mm. pada bagian ujung bawah dikaitkan benang monofilamen polietilen sebagai kontrol dan untuk mengeluarkan IUD.
- c. Multiload 375 IUD Multiload 375 (ML 375) terbuat dari polipropilen dan mempunyai luas

permukaan 250 mm² atau panjang 375 mm² kawat halus tembaga yang membalut batang vertikalnya untuk menambah efektifitas. Ada tiga jenis ukuran multi load yaitu standar, small, dan 9 mini. Bagian lengannya didesain 15 sedemikian rupa sehingga lebih fleksibel dan meminimalkan terjadinya ekspulsi.

- d. Nova-T IUD Nova-T mempunyai 200 mm² kawat halus tembaga dengan bagian lengan fleksibel dan ujung tumpul sehingga tidak menimbulkan luka pada jaringan setempat pada saat dipasang.
 - e. Cooper-7 IUD ini berbentuk angka 7 dengan maksud untuk memudahkan pemasangan. Jenis ini mempunyai ukuran diameter batang vertikal 32 mm dan ditambahkan gulungan kawat tembaga (Cu) yang mempunyai luas permukaan 200 mm² fungsinya sama seperti halnya lilitan tembaga halus pada jenis Copper-T (Proverawati, 2010)
- Menurut Suparyanto (2011), IUD terdiri dari IUD hormonal dan non hormonal.

3) Keuntungan Pemasangan IUD

Keuntungan menggunakan IUD adalah (Buku Saku WHO, 2013):

- a) Langsung bisa diakses oleh ibu yang melahirkan di pelayanan kesehatan
- b) Tidak memengaruhi kualitas dan volume ASI
- c) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
- d) Pemasangan ada pascapersalinan, kasus perdarahan lebih sedikit dibandingkan dengan pemasangan setelah beberapa hari atau minggu 5. Mengurangi angka ketidakpatuhan pasien
- e) Sebagai kontrasepsi, mempunyai efektivitas yang tinggi
- f) Sangat efektif 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan)
- g) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan
- h) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380 A dan tidak perlu diganti)
- i) Sangat efektif karena tidak perlu mengingat-ingat

- ### 4) Kerugian IUD
- Kerugian penggunaan alat kontrasepsi IUD adalah sebagai berikut (Proverawati, 2010):

- a) Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)
 - b) Haid lebih lama dan banyak
 - c) Perdarahan (spotting antar menstruasi)
 - d) Saat haid lebih sakit
- 5) Waktu Pemasangan IUD

IUD pasca plasenta aman dan efektif, tetapi tingkat ekspulsinya lebih tinggi dibandingkan ekspulsi ≥ 4 minggu pasca persalinan. Ekspulsi dapat diturunkan dengan cara melakukan insersi IUD dalam 10 menit setelah pengeluaran plasenta, memastikan insersi mencapai fundus uteri, dan dikerjakan oleh tenaga medis dan paramedis yang terlatih dan berpengalaman. Jika 48 jam pasca persalinan telah lewat, insersi IUD ditunda sampai 4 minggu atau lebih pasca persalinan. IUD 4 minggu pasca persalinan aman dengan menggunakan IUD copper T, sedangkan jenis noncopper memerlukan penundaan sampai 6 minggu pasca persalinan.

6) Cara Kerja IUD

Mekanisme kerja yang pasti dari kontrasepsi IUD belum diketahui. Ada beberapa mekanisme kerja kontrasepsi IUD yang telah diajukan:

- a) Timbulnya reaksi radang (munculnya leukosit PMN, makrofag, foreign body giant cells, sel mononuklear dan sel plasma di dalam cavum uteri 17 sehingga implantasi sel telur yang telah dibuahi terganggu karena lisis dari spermatozoa atau ovum dan blastokista.
- b) Produksi lokal prostaglandin yang tinggi, yang menyebabkan terhambatnya implantasi.
- c) Gangguan atau terlepasnya blastokista yang telah berimplantasi di dalam endometrium.
- d) Pergerakan ovum yang bertambah cepat di dalam tuba fallopi
- e) Immobilisasi spermatozoa saat melewati cavum uteri (Hartanto, 2008).

Menurut Saifuddin, dkk (2006) cara kerja pemasangan IUD adalah sebagai berikut:

- a) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi

- b) Memengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri
 - c) IUD bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun IUD membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi
 - d) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus
- 7) Cara Pemasangan IUD Pascaplacenta

Bila pemasangan IUD tidak dilakukan segera dalam waktu 48 jam setelah bersalin, sebaiknya IUD ditangguhkan sampai 6 - 8 minggu postpartum oleh karena jika pemasangan IUD dilakukan antara minggu 18 kedua dan minggu keenam setelah partus, bahaya perforasi atau ekspulsi lebih besar. Pemasangan IUD dalam 10 menit setelah plasenta lahir dapat dilakukan dengan 2 cara, yaitu :

- a) Dipasang dengan tangan secara langsung Setelah plasenta dilahirkan dan sebelum perineorafi, pemasang melakukan pembersihan vulva dan mengganti sarung tangan dengan yang baru. Pemasang memegang AKDR dengan jari telunjuk dan jari tengah kemudian dipasang secara perlahan-lahan melalui vagina dan servik sementara itu tangan yang lain melakukan penekanan pada abdomen bagian bawah dan mencengkeram uterus untuk memastikan AKDR dipasang di tengah-tengah yaitu di fundus uterus. Tangan pemasang dikeluarkan perlahan-lahan dari vagina. Jika AKDR ikut tertarik keluar saat tangan pemasang dikeluarkan dari vagina atau AKDR belum terpasang di tempat yang seharusnya, segera dilakukan perbaikan posisi AKDR.

Dipasang dengan ring forceps Prosedur pemasangan dengan AKDR menggunakan ring forceps hampir sama dengan pemasangan dengan menggunakan tangan secara langsung akan tetapi AKDR diposisikan dengan menggunakan ring forceps, bukan dengan tangan.