

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah hasil dari “kencan” sperma dan sel telur dalam prosesnya, perjalanan sperma untuk menemui sel telur (ovum) betul-betul penuh perjuangan. Dari sekitar 20 - 40 juta sperma yang di keluarkan, hanya sedikit yang survive dan berhasil mencapai tempat sel telur. Dari jumlah yang sedikit itu, cuma satu sperma saja yang bisa membuahi sel telur (Walyani, 2017).

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum di lanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila di hitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi menjadi tiga trimester di mana trimester ke- I berlangsung dalam 12 minggu, Trimester ke-II 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan Trimester ke-III 13 minggu, (Minggu ke-28 hingga ke-40) (Saifuddin dalam Walyani, 2017).

2. Tanda-tanda Kehamilan

Untuk menegakkan kehamilan ditetapkan dengan melakukan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala kehamilan (Marjiati dalam Walyani, 2017).

a. Tanda Dugaan Hamil

a) *Amenorea* (berhentinya menstruasi)

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan ovulasi sehingga menstruasi tidak terjadi. Lamanya amenorea dapat diinformasikan dengan memastikan hari pertama haid terakhir (HPHT).

b) Mual (*nausea*) dan muntah (*emesis gravidarum*)

Pengaruh ekstrogen dan progesteron terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari tetapi bila terlampau sering dapat menyebabkan gangguan kesehatan yang disebut dengan *hiperemesis gravidarum* yaitu mual dan muntah yang berlebihan yang dapat mengganggu aktivitas sehari-hari yang tidak terkendali selama masa hamil yang menyebabkan dehidrasi, ketidakseimbangan elektrolit atau defisiensi nutrisi dan kehilangan berat badan (Walyani, 2017).

Batas jelas antara mual yang masih fisiologik dan menurut berat ringannya gejala dapat dibagi dalam 3 tingkatan:

- 1) Tingkatan I: Muntah terus menerus yang mempengaruhi keadaan umum penderita, ibu merasa lemah, nafsu makan tidak ada, berat badan menurun dan merasa nyeri pada epigastrium, nadi meningkat sekitar 100 kali/menit dan tekanan darah sistolik turun, turgor kulit mengurang, lidah mongering dan mata cekung.
- 2) Tingkatan II: penderita tampak lebih lemah dan apatis, turgor kulit mengurang, lidah mengering dan nampak kotor, nadi

kecil dan cepat, suhu kadang-kadang naik dan mata sedikit ikterik.

- 3) Tingkatan III : Keadaan umum lebih parah, muntah berhenti, kesadaran makin menurun hingga mencapai somnollen atau koma, terdapat *ensefalopati werniche* yang ditandai dengan : nistagmus, diplopia, gangguan mental, kardiovaskuler ditandai dengan: nadi kecil, tekanan darah menurun, dan temperatur meningkat (Nugroho, 2014).

c) Ngidam (menginginkan makan tertentu)

Ngidam sering terjadi pada bulan–bulanan pertama kehamilan dan akan menghilang dengan tuanya kehamilan.

d) *Syncope* (pingsan)

Terjadinya gangguan sirkulasi kedaerah kepala(sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan *syncope* atau pingsan. Hal ini sering terjadi terutama jika berada pada tempat yang ramai, biasanya akan hilang setelah 16 minggu.

e) Kelelahan

Sering terjadi pada trimester pertama, akibat dari penurunan kecepatan basal metabolisme (basal metabolisme rate-BMR) pada kehamilan yang akan meningkat seiring pertambahan usia kehamilan akibat aktivitas metabolisme hasil konsepsi.

f) Payudara Tegang

Estrogen meningkatkan perkembangan sistem duktus pada payudara, sedangkan progesteron menstimulasi perkembangan sistem alveolar payudara.

g) Sering miksi

Desakan rahim kedepan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi..

h) Konstipasi atau obstipasi

Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus (tonus otot menurun) sehingga kesulitan untuk BAB.

i) Pigmentasi kulit

Pigmentasi terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu. Terjadi akibat pengaruh hormon kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit. Pigmentasi ini meliputi tempat-tempat berikut ini

- 1) Sekitar pipi: *clasma gravidarum* (penghitaman pada daerah dahi, hidung, pipi, dan leher)
- 2) Sekitar leher tampak lebih hitam
- 3) Dinding perut: *striae lividae/gravidarum* (terdapat pada seorang primigravida, warnanya membiru), *striae nigra*, *linea alba* menjadi lebih hitam (*linea grisea/nigra*).
- 4) Sekitar payudara: hiperpigmentasi *aerola mammae* sehingga terbentuk areola sekunder.
- 5) Sekitar pantat dan paha atas: terdapat *striae* akibat pembesaran bagian tersebut.

j) Epulis

Hipertropi papila gingivae/gusi, sering terjadi pada triwulan pertama.

k) Varises

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama bagi wanita yang mempunyai bakat. Varises dapat terjadi disekitar genitalia eksterna, kaki dan betis, serta payudara. (Walyani, 2017).

b. Tanda Kemungkinan (*Probability Sign*)

Tanda kemungkinan adalah perubahan-perubahan fisiologis yang dapat diketahui oleh pemeriksa dengan melakukan pemeriksaan fisik kepada wanita hamil.

Tanda kemungkinan ini terdiri atas hal-hal berikut ini:

a) Pembesaran perut

Terjadi akibat pembesaran uterus. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan.

b) Tanda *hegar*

Tanda hegar adalah pelunakan dan dapat ditekannya isthimus uteri.

c) Tanda *goodel*

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 porsio dan serviks.

e) Tanda *piscaseck*

Merupakan pembesaran uterus yang tidak simetris. Terjadi karena ovum berimplantasi pada daerah dekat dengan kornu sehingga daerah tersebut berkembang lebih dulu.

f) Kontraksi *braxton hicks*

Merupakan peregangan sel-sel otot uterus, akibat meningkatnya actomysin didalam otot uterus. Kontraksi ini tidak bermitrik, sporadis, tidak nyeri, biasanya timbul pada kehamilan delapan minggu, tetapi baru dapat diamati daeri pemeriksaan abdominal pada trimester ketiga. Kontraksi ini akan terus meningkat frekuensinyam, 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 iini harus 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 mendeteksi adanya *human chorionic gonadotropin* (hCG) yang diproduksi oleh sinsiotropo blastik sel selama kehamilan. Hormon direkresi ini peredaran darah

ibu (pada plasma darah), dan dieksresi 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 (Walyani, 2017).

c. Tanda Pasti (*Positive Sign*)

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

a) Gerakan janin dalam rahim

Gerakan janin ini harus dapat diraba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan janin baru dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu.

b) Denyut jantung janin

Dapat didengar dengan pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal electrocardiograf (misalnya dopler). Dengan stethoscope laenec, DJJ baru dapat didengar pada usia kehamilan 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 usia kehamilan lebih tua (trimester terakhir). Bagian janin ini dapat dilihat lebih sempurna lagi menggunakan USG.

d) Kerangka janin

Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG (Walyani, 2017).

3. Diagnosis Kehamilan

Menurut Walyani (2017), diagnosis dibuat untuk menentukan hal-hal sebagai berikut :

Tabel 2.1
Diagnosis Kehamilan

No	Kategori	Gambaran
1	Kehamilan normal	1. Ibu sehat 2. Tidak ada riwayat obstetri buruk 3. Ukuran uterus sama/sesuai usia kehamilan 4. Pemeriksaan fisik dan laboratorium normal
2	Kehamilan dengan masalah khusus	Seperti masalah keluarga atau psiko – sosial, kekerasan dalam rumah tangga, kebutuhan finansial, dll
3	Kehamilan dengan masalah kesehatan yang membutuhkan rujukan untuk konsultasi dan atau kerjasama penanganannya	Seperti hipertensi, anemia berat, preeklamsi, pertumbuhan janin terhambat, infeksi saluran kemih, penyakit kelamin dan kondisi lain – lain yang dapat memburuk selama kehamilan.
4	Kehamilan dengan kondisi kegawatdaruratan yang membutuhkan rujukan segera	Seperti perdarahan, eklamsi, ketuban pecah dini, atau kondisi – kondisi kegawatdaruratan lain pada ibu dan bayi

Sumber : Walyani (2017)

Menurut Marjati (2011) diagnosis banding nulipara dan multipara dapat dilihat pada tabel bawah ini :

Tabel 2.2
Diagnosis Banding Nulipara Dan Multipara

No	NULIPARA	MULTIPARA
1	Perut tegang	Perut longgar, perut gantung, banyak striae
2	Pusat menonjol	Tidak begitu menonjol
3	Rahim tegang	Agak lunak
4	Payudara tegang	Kurang tegang dan tergantung, ada striae
5	Labia mayora nampak bersatu	Terbuka
6	Himen koyak pada beberapa tempat	Kurangkula himenalis
7	Vagina sempit dengan rugae yang utuh	Lebih besar, rugae kurang menonjol
8	Serviks licin, bulat dan tidak dapat dilalui oleh satu ujung jari	Bisa terbuka dengan satu jari, kadang kala ada bekas robekan persalinan yang lalu
9	Perineum utuh baik dan baik	Bekas robekan atau bekas episiotomi
10	Pembukaan serviks : a. Serviks mendatar dulu, baru memebuka b. Pembukaan rata – rata 1 cm dalam 2 jam	a. Mendatar sambil membuka hampir sekaligus b. 2 cm dalam 1 jam
11	Bagian terbawah janin turun pada 4 – 6 minggu akhir kehamilan	Biasanya tidak terfiks pada PAP sampai persalinan mulai
12	Persalinan hampir selalu dengan episiotomi	tidak

Sumber : Marjiati (2011)

4. Perubahan-perubahan Pada Ibu Hamil

a. Trimester Pertama

Segara setelah terjadi peningkatan hormon estrogen dan progesteron dalam tubuh, maka akan muncul berbagai macam ketidaknyamanan secara fisiologis pada ibu misalnya mual muntah, keletihan, dan pembesaran pada payudara. Hal ini akan memicu perubahan psikologi seperti berikut ini :

- a) Ibu untuk membenci kehamilan, merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan, dan kesedihan.
- b) Mencari tahu secara aktif apakah memang benar – benar hamil dengan memperhatikan perubahan pada tubuhnya dan sering kali memberitahukan orang lain apa yang dirahasiakannya.
- c) Hasrat melakukan seks berbeda – beda pada setiap wanita.
- d) Sedangkan bagi suami sebagai calon ayah akan timbul kebanggaan, tetapi bercampur dengan keprihatinan akan kesiapan untuk mencari nafkah bagi keluarga.

b. Trimester kedua

Trimester kedua biasanya ibu merasa sehat dan sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi, serta rasa tidak nyaman akibat kehamilan sudah mulai berkurang. Perut ibu pun belum terlalu besar sehingga belum dirasakan ibu sebagai beban. Ibu sudah menerima kehamilannya dan dapat dimulai menggunakan energi dan pikirannya secara lebih konstruktif. Pada trimester ini pula ibu dapat merakan

gerakan janinnya dan ibu mulai merasakan kehadiran bayinya sebagai seseorang diluar dirinya dan dirinya sendiri. Banyak ibu yang merasakan terlepas dari rasa kecemasan dan tidak nyaman seperti seperti yang dirasakannya pada trimester pertama dan merasakan meningkatnya libido (Marjatidalam Walayani, 2017).

c. Trimester ketiga

- a) Sakit punggung disebabkan karena meningkatnya beban berat yang anda bawa yaitu bayi dalam kandungan.
- b) Pernapasan, pada kehamilan 33 – 36 minggu banyak ibu hamil yang susah bernafas, ini karena tekanan bayi yang berada dibawah diafragma menekan paru ibu, tapi setelah kepala bayi yang sudah turun kerongga panggul ini biasanya pada 2 – 3 minggu sebelum persalinan maka akan merasa lega dan bernafas lebih muda.
- c) Sering buang air kecil, pembesaran rahim, dan penurunan bayi ke PAP membuat tekanan pada kandung kemih ibu.
- d) Kontraksi perut, *brackton-hicks* kontraksi palsu berupa rasa sakit yang ringan, tidak teratur dan kadang hilang bila duduk atau istirahat.
- e) Cairan vagina, peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal. Cairan biasanya jernih, pada awal kehamilan biasanya agak kental dan pada persalinan lebih cair (Suririnah, 2014).

5. Tanda-tanda Bahaya Pada Ibu Hamil

Menurut Saryono (2010 dalam Walyani, 2017) ada 7 tanda bahaya kehamilan, yaitu :

- a. Pendarahan pervaginam
- b. Sakit kepala yang hebat
- c. Penglihatan kabur
- d. Bengkak diwajah dan jari – jari tangan
- e. Keluar cairan vervaginam
- f. Gerakan janin tidak terasa
- g. Nyeri abdomen yang hebat

6. Asuhan Antenatal Care

- a. Pengertian Asuhan Antenatal Care

Asuhan antenatal care adalah suatu program yang terencana berupa observasi, edukasi, dan penanganan medik pada ibu hamil, untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persiapan persalinan yang aman dan memuaskan (Mufdillah, 2012).

- b. Tujuan Asuhan Antenatal Care
 - a) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
 - b) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu juga bayi.

- c) Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan, dan pembedahan.
- d) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- e) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- f) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal (Marjati, dalam Walyani, 2017).

c. Jadwal Pemeriksaan Antenatal Care

Jadwal pemeriksaan antenatal adalah sebagai berikut :

- a) Pemeriksaan pertama
Pemeriksaan pertama dilakukan segera setelah diketahui terlambat haid.
- b) Pemeriksaan ulang
 - 1) Setiap bulan sampai umur kehamilan 6 sampai 7 bulan
 - 2) Setiap 2 minggu sampai kehamilan berumur 8 bulan
 - 3) Setiap 1 minggu sejak umur kehamilan 8 bulan sampai terjadi persalinan
- c) Menurut Mufdillah (dalam Walyani, 2017),
Frekuensi pelayanan antenatal oleh WHO ditetapkan 4 kali kunjungan ibu hamil dalam pelayanan antenatal, selama kehamilan dengan ketentuan sebagai berikut :

- 1) 1 kali pada trimester pertama (K 1)
- 2) 1 kali pada trimester dua dan dua kali pada trimester ketiga (K 4).

d. Pelayanan Asuhan Standar Antenatal

Pelayanan ANC minimal 5T, meningkat menjadi 7T, dan sekarang menjadi 12T, sedangkan untuk daerah gondok dan endemik malaria menjadi 14T, yakni :

a) Timbang berat badan tinggi badan

Tinggi badan ibu dikategorikan adanya resiko apabila hasil pengukuran < 145 cm. Berat badan ditimbang setiap ibu datang atau berkunjung untuk mengetahui kenaikan BB dan penurunan BB. Kenaikan BB ibu hamil normal rata – rata antara 6,5 kg sampai 16 kg (Saryono, 2010 dalam Walyani, 2017).

b) Tekanan darah

Diukur setiap kali ibu datang atau berkunjung, Deteksi tekanan darah yang cenderung naik diwaspadai adanya gejala hipertensi dan preeklamsi. Apabila turun dibawah normal kita pikirkan kearah anemia. Tekanan darah normal berkisar systole/diastole : 110/80 – 120/80 mmHg.

c) Pengukuran tinggi fundus uteri

Menggunakan pita sentimeter, letakkan titik no pada tepi atas symphysis dan rentangkan sampai fundus uteri (fundus tidak boleh ditekan).

Tabel 2.3
Tinggi Fundus Uteri

No	Tinggi fundus uteri (cm)	Umur kehamilan dalam minggu
1	12 cm	12
2	16 cm	16
3	20 cm	20
4	24 cm	24
5	28 cm	28
6	32 cm	32
7	36 cm	36
8	40 cm	40

Sumber : Walyani (2017)

d) Pemberian tablet tambah darah (Tablet Fe)

Untuk memenuhi kebutuhan volume darah pada ibu hamil dan nifas, karena masa kehamilan kebutuhan meningkat seiring dengan pertumbuhan janin.

e) Pemberian imunisasi TT

Untuk melindungi dari tetanus neonatorium. Efek samping TT yaitu nyeri, kemerah-kemerahan dan bengkak untuk 1 – 2 hari pada tempat penyuntikan.

Tabel 2.4
Pemberian Imunisasi TT

Imunisasi	Interval	% Perlindungan	Masa Perlindungan
TT 1	Pada kunjungan ANC pertama	0 %	Tidak ada
TT 2	4 minggu setelah TT 1	80 %	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	95 %	5 tahun
TT 4	1 tahun setelah TT 3	99 %	10 tahun
TT 5	1 tahun setelah TT 4	99 %	25 tahun/seumur hidup

Sumber : Walyani (2017)

f) Pemeriksaan Hb

Pemeriksaan Hb dilakukan pada kunjungan ibu hamil yang pertama kali, lalu diperiksa lagi menjelang persalinan. Pemeriksaan Hb adalah salah satu upaya untuk mendeteksi anemia pada ibu hamil.

g) Pemeriksaan protein urine

Untuk mengetahui adanya protein dalam urine ibu hamil. Protein urine ini untuk mendeteksi ibu hamil kearah preeklamsi.

h) Pengambilan darah untuk pemeriksaan VDRL

Pemeriksaan Veneral Disease Research Laboratoty (VDRL) untuk mengetahui adanya treponema pallidum/penyakit menular seksual, antara lain syphilis.

i) Pemeriksaan urine reduksi

Dilakukan pemeriksaan urine reduksi hanya kepada ibu dengan ibu dengan indikasi penyakit gula/DM atau riwayat penyakit gula pada keluarga ibu dan suami.

j) Perawatan payudara

Meliputi senam payudara, perawatan payudara, pijat tekan payudara yang ditunjukkan kepada ibu hamil. Manfaat perawatan payudara adalah :

- 1) Menjaga kebersihan payudara, terutama puting susu
- 2) Mengencangkan serta memperbaiki bentuk puting susu(pada puting susu terbenam)
- 3) Merangsang kelenjar-kelenjar susu sehingga produksi ASI lancar

- 4) Mempersiapkan ibu dalam laktasi
- 5) Perawatan payudara dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dan mulai pada kehamilan 6 bulan.

k) Senam ibu hamil

Bermanfaat membantu ibu dalam persalinan dan mempercepat pemulihan setelah melahirkan serta mencegah sembelit.

l) Pemberian obat malaria

Pemberian obat malaria diberikan khusus untuk pada ibu hamil didaerah endemik malaria atau kepada ibu dengan gejala khas malaria yaitu panas tinggi disertai menggigil.

m) Pemberian kapsul minyak beryodium

Kekurangan yodium dipengaruhi oleh faktor – faktor lingkungan dimana tanah dan air tidak mengandung unsur yodium. Akibat kekurangan yodium dapat mengakibatkan gondok dan kretin yang ditandai dengan :

- 1) Gangguan fungsi mental
- 2) Gangguan fungsi pendengaran
- 3) Gangguan pertumbuhan
- 4) Gangguan kadar hormon yang rendah

n) Temu wicara

1) Definisi konsling

Adalah suatu bentuk wawancara (tatap muka) untuk menolong orang lain memperoleh pengertian yang lebih baik

mengenai dirinya dalam usahanya untuk memahami dan mengatasi permasalahan yang sedang dihadapinya.

2) Prinsip-prinsip konseling

Ada 5 prinsip pendekatan kemanusiaan, yaitu :

- 1) Keterbukaan
- 2) Empati
- 3) Dukungan
- 4) Sikap dan respon positif
- 5) Setingkat atau sama derajat

3) Tujuan konsling pada antenatal care

- 1) Membantu ibu hamil memahami kehamilannya dan sebagai upaya preventif terhadap hal-hal yang tidak diinginkan.
- 2) Membantu ibu hamil untuk menemukan kebutuhan asuhan kehamilan, penolong persalinan yang bersih dan aman atau tindakan klinik yang mungkin diperlukan (Saryono, 2010).

B. Persalinan

1. Pengertian

Persalinan adalah rangkaian peristiwa keluarnya bayi yang sudah cukup berada dalam rahim ibunya dengan disusul oleh keluarnya plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Fitriana, 2018).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar (Prawirohardjo dalam Walyani, 2016).

Persalinan adalah rangkai proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Varney dalam Walyani, 2016).

2. Tanda-tanda Persalinan

a. Adanya Kontraksi Rahim

Secara umum, tanda awal bahwa ibu hamil untuk melahirkan adalah mengejangnya rahim atau dikenal dengan istilah kontraksi. Setiap kontraksi uterus memiliki tiga fase yaitu :

- a) Increment : ketika intensitas terbentuk
- b) Acme : puncak atau maximum
- c) Decement : ketika otot relaksasi

Kontraksi yang sesungguhnya akan muncul dan hilang secara teratur dengan intensitas makin lama makin meningkat. Perut akan mengalami kontraksi dan relaksi. Diakhir kehamilan proses kontraksi akan lebih sering terjadi, kontraksi terjadi simetris dikedua sisi perut

mulai dari bagian atas dekat saluran telur ke seluruh rahim, kontraksi rahim terus berlangsung sampai bayi lahir (Walyani, 2016).

Durasi kontraksi uterus sangat bervariasi, tergantung pada kala persalinan wanita tersebut, kontraksi pada persalinan aktif berlangsung dari 45 sampai 90 detik dengan durasi rata-rata 60 detik. Pada persalinan awal kontraksi mungkin hanya berlangsung 15 sampai 20 detik (Walyani, 2016).

b. Keluarnya Lendir Bercampur Darah

Lendir disekresi sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir servik pada awal kehamilan. Lendir malunya menyumbat leher rahim, sumbatan yang tebal pada mulut rahim terlepas, sehingga menyebabkan keluarnya lendir yang berwarna kemerahan bercampur darah dan terdorong keluar oleh kontraksi yang membuka mulut rahim yang menandakan bahwa mulut rahim menjadi lunak dan membuka. Lendir inilah yang dimaksud sebagai *bloody slim*.

Bloody slim paling sering terlihat sebagai rabas lendir bercampur darah yang lengket dan harus dibedakan dengan cermat dari perdarahan murni. Bercak darah tersebut biasanya akan terjadi beberapa hari sebelum kelahiran tiba, tetapi tidak perlu khawatir dan tidak perlu tergesa-gesa ke rumah sakit. Tunggu sampai rasa sakit atau bagian belakang dan dibarengi oleh kontraksi yang teratur. Jika keluar pendarahan hebat dan banyak seperti menstruasi segera ke rumah sakit (Maulana dalam Walyani, 2016).

c. Keluarnya Air-air (Ketuban)

Proses penting menjelang persalinan adalah pecahnya air ketuban. Selama sembilan bulan masa gestasi bayi aman melayang dalam cairan amnion, keluarnya air-air dan jumlahnya cukup banyak, berasal dari ketuban yang pecah akibat kontraksi yang makin sering terjadi. Ketuban mulai pecah sewaktu-waktu sampai pada saat persalinan. Kebocoran cairan amniotik bervariasi dari yang mengalir deras sampai yang menetas sedikit demi sedikit, sehingga dapat ditahan dengan memakai pembalut yang bersih.

d. Pembukaan Serviks

Penipisan mendahului dilatasi servik, pertama-pertama aktivitas uterus dimulai untuk mencapai penipisan, setelah penipisan kemudian aktivitas uterus menghasilkan dilatasi servik yang cepat. Membukanya leher rahim sebagai respon terhadap kontraksi yang berkembang. Tanda ini tidak dirasakan oleh pasien tetapi dapat diketahui dengan pemeriksaan dalam. Petugas akan melakukan pemeriksaan untuk menentukan pematangan, penipisan, dan pembukaan leher rahim.

3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

a. *Power* (Tenaga yang mendorong bayi keluar)

Seperti his atau kontraksi uterus kekuatan ibu mengedana, kontraksi diafragma dan ligamentum action terutama ligamentum rotundum.

b. *Passage* (faktor jalan lahir)

Perubahan pada serviks, pendataran serviks, pembukaan serviks dan perubahan pada vagina dan dasar panggul.

c. *Passanger*

Passanger utama lewat jalan lahir adalah janin. Ukuran kepala janin lebih lebar daripada bagian bahu, kurang lebih seperempat dari panjang ibu. 96% bayi dilahirkan dengan bagian kepala lahir pertama. Passanger terdiri dari janin, plasenta dan selaput ketuban.

d. Psikis ibu

Penerimaan klien atau jalannya perawatan antenatal (petunjuk dan persiapan untuk menghadapi persalinan), kemampuan klien untuk bekerjasama dengan penolong, dan adaptasi terhadap rasa nyeri persalinan.

e. Penolong

Meliputi ilmu pengetahuan, keterampilan, pengalaman, kesabaran, pengertiannya dalam menghadapi klien baik primipara dan multipara (Walyani, 2016).

4. Tahapan Persalinan

Pada proses persalinan menurut Mochtar (dalam Walyani, 2016) dibagi 4 kala yaitu :

a. Kala I : Kala Pembukaan

Waktu untuk pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap (10 cm). dalam kala pembukaan dibagi menjadi 2 fase :

a) Fase laten

Dimulai sejak kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap :

- 1) Pembukaan kurang dari 4 cm
- 2) Biasanya berlangsung kurang dari 8 jam

b) Fase aktif

- 1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkatkan (kontraksi adekuat/3 kali atau lebih dalam 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih)
- 2) Serviks membuka dari 4 ke 10, biasanya dengan kecepatan 1 cm/lebih perjam hingga pembukaan lengkap (10)
- 3) Terjadi penurunan bagian terbawah janin
- 4) Berlangsung selama 6 jam dan di bagi atas 3 fase yaitu :
 - (1) Periode akselerasi, berlangsung selama 2 jam pembukaan menjadi 4 cm
 - (2) Periode dilatasi maksimal, berlangsung selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat dari 4 menjadi 9 cm
 - (3) Periode diselerasi, berlangsung lambat dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm/lengkap.

b. Kala II : Kala Pengeluaran Janin

Waktu uterus dengan kekuatan his ditambah kekuatan mengejan mendorong janin hingga keluar. Pada kala II ini memiliki ciri khas :

- a) His terkoodinir, kuat, cepat dan lebih lama kira-kira 2-3 menit sekali

- b) Kepala janin telah turun masuk ruang panggul dan secara reflektorik menimbulkan rasa ingin mengejan
- c) Tekanan pada rektum, ibu merasa ingin BAB
- d) Anus membuka.

Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang dengan his dan mengejan yang dipimpin kepala akan lahir dan diikuti seluruh badan janin. Lama kala II ini pada primi dan multipara berbeda yaitu :

- a) Primipara kala II berlangsung 1,5 jam – jam
- b) Multipara kala II berlangsung 0,5 jam – 1 jam

Pimpinan persalinan ada 2 cara ibu mengejan pada kala II yaitu menurut berbaring, merangkul kedua pahanya dengan kedua lengan sampai batas siku, kepala diangkat sedikit sehingga dagu mengenai dada, mulut dikatup; dengan sikap seperti di atas, tetapi badan miring ke arah dimana punggung janin berada dan hanya satu kaki yang dirangkul yaitu sebelah atas (JNPKR dan Depkes dalam Walyani, 2016).

c. Kala III : Kala Uri

Kala III atau kala uri adalah periode persalinan yang dimulai dari lahirnya bayi sampai lahirnya plasenta. Berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dan fundus uteri agak diatas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya (Fitriana, 2018).

Manajemen Aktif Kala III Terdiri dari 3 Langkah Utama yaitu :

- a) Pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir.
 - 1) Letakkan bayi baru lahir diatas kain bersih yang telah disiapkan di perut bawah ibu dan minta ibu atau pendampingnya untuk membantu memegang bayi tersebut.
 - 2) Melakukan pemeriksaan : (a) Uterus untuk memastikan tidak ada bayi lain (*Undiagnosed twin*) didalam uterus. Alasan : Oksitosin menyebabkan uterus berkontraksi kuat dan dapat menyebabkan hipoksia berat yang akan sangat menurunkan pasokan oksigen kepada bayi kedua. (b) Hati-hati jangan menekan kuat (ekspresi) dinding pada korpus uteri karena dapat meyebabkan kontraksi tetanik atau spasme serviks. (c) Identifikasi dan antisipasi kelainan perlekatan plasenta.
 - 3) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik Alasan : Hali ini merupakan bagian dari asuhan sayang ibu, yaitu dengan memberikan penjelasan setiap akan melakukan prosedur kepada pasien.
 - 4) Segera (dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir) suntikan oksitosin 10 I.U IM pada 1/3 bagian atas paha bagian luar (aspektus lateralis). Alasan : Paha akan lebih mudah untuk dilihat dibandingkan bokong ketika ibu pasien sedang terlentang. Serta Oksitosin merangsang fundus uteri untuk berkontraksi

dengan kuat dan efektif sehingga akan mempercepat pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah. Lakukan aspirasi sebelum penyuntikan untuk mencegah oksitosin masuk langsung ke pembuluh darah.

- 5) Letakkan kembali alat suntik pada tempatnya, ganti kain alas dan penutup tubuh bayi dengan kain bersih dan kering yang baru kemudian lakukan penjepitan (2-3 menit setelah bayi lahir) dan pemotongan tali pusat sehingga dari langkah 4 dan 5 ini akan tersedia cukup waktu bagi bayi untuk memperoleh sejumlah darah kaya zat besi dari ibunya. Alasan : Penjepitan tali pusat sedini mungkin akan mempercepat proses perubahan sirkulasi darah pada bayi.
 - 6) Serahkan bayi yang telah terbungkus kain pada ibu untuk Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan kontak kulit dengan ibu.
 - 7) Tutup kembali perut bawah ibu dengan kain bersih Alasan : Kain akan mencegah kontaminasi tangan penolong persalinan yang sudah memakai sarung tangan dan mencegah kontaminasi oleh darah pada perut ibu.
- b) Melakukan penegangan tali pusat terkendali

Penegangan tali pusat terkendali adalah melakukan tarikan kearah sejajar dengan sumbu rahim saat uterus berkontraksi, dan secara stimulant dan melakukan tahanan pada daerah supra pubik. Tujuan melakukan ini adalah melepaskan plasenta dan melahirkan

plasenta. Penanganan ini memberikan dampak lepas dan turunnya plasenta. Penegangan tali pusat ini harus dihentikan segera bila dalam 30-40 detik tidak terdapat penurunan plasenta, dan dapat diteruskan lagi pada kontraksi uterus selanjutnya. Potensi komplikasi yang terjadi adalah inverse uterus, dan retensi sebagian dari plasenta, Namun kunci utama untuk melakukan penegangan tali pusat terkendali dengan aman adalah prosedur pelaksanaan dan petugas kesehatan yang sudah terlatih dengan baik (Sondakh, 2013). Adapun Langkah-langkah dalam Penegangan tali pusat terkendali :

- 1) Berdiri disamping ibu.
- 2) Pindahkan klem (penjepit untuk memotong tali pusat saat kala dua) pada tali pusat sekitar 5- 10 cm dari vulva. Alasan : Memegang tali pusat lebih dekat ke vulva akan mencegah avulsi.
- 3) Letakkan tangan yang lain pada abdomen ibu (beralaskan kain) tepat di atas simfisis pubis. Gunakan tangan ini untuk meraba kontraksi uterus dan menahan uterus pada saat melakukan penegangan pada tali pusat. Setelah terjadi kontraksi yang kuat, tegangkan tali pusat dengan satu tangan dan tangan yang lain (pada dinding abdomen) menekan uterus kearah lumbal dan kepala ibu (dorso – kranial). Lakukan secara hati-hati untuk mencegah terjadinya inversion uteri.

- 4) Bila plasenta belum lepas, tunggu hingga uterus berkontraksi kembali (sekitar dua atau tiga menit berselang) untuk mengulangi kembali penegangan tali pusat terkendali.
- 5) Saat mulai kontraksi (uterus menjadi bulat atau tali pusat menjulur) tegangkan tali pusat ke arah bawah. Lakukan tekanan dorso – kranial hingga tali pusat makin menjulur dan korpus uteri bergerak ke atas yang menandakan plasenta telah lepas dan dapat dilahirkan. Jangan melakukan penegangan tali pusat tanpa diikuti dengan tekanan dorso-kranial secara serentak pada bagian bawah uterus (diatas simfisis pubis).
- 6) Tetapi Jika langkah 5 di atas tidak berjalan sebagaimana mestinya dan plasenta tidak turun setelah 30 – 40 detik dimulainya penegangan tali pusat dan tidak ada tanda – tanda yang menunjukkan lepasnya plasenta. Jangan teruskan penegangan tali pusat.
- 7) Pegang klem dan tali pusat dengan lembut dan tunggu sampai kontraksi berikutnya. Jika perlu, pindahkan klem lebih dekat ke perineum pada saat tali pusat memanjang. Pertahankan kesabaran pada saat melahirkan plasenta.
- 8) Pada saat kontraksi berikutnya terjadi, ulangi penegangan tali pusat terkendali dan tekanan dorso – kranial pada korpus uteri secara serentak. Ikuti langkah-langkah tersebut pada setiap kontraksi sehingga terasa plasenta terlepas dari dinding uterus.

- 9) Jika setelah 15 menit melakukan PTT dan dorongan dorso-kranial, plasenta belum juga lahir maka ulangi pemberian oksitosin 10 I.U IM, tunggu kontraksi yang kuat kemudian ulangi PTT dan dorongan dorso kranial hingga plasenta dapat dilahirkan.
- 10) Setelah plasenta terlepas dari dinding uterus (bentuk uterus menjadi globuler dan tali pusat menjulur ke luar), maka anjurkan ibu untuk meneran agar plasenta terdorong keluar melalui introitus vagina, Bantu kelahiran plasenta dengan cara menegangkan dan mengarahkan tali pusat sejajar dengan lantai (mengikuti poros jalan lahir). Alasan : segera melepaskan plasenta yang telah terpisah dari dinding uterus akan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu.
- 11) Pada saat plasenta pada introitus vagina, lahirkan plasenta dengan mengangkat tali pusat ke atas dan menopang plasenta dengan tangan lainnya untuk meletakkan dalam wadah penampung. Karena selaput ketuban mudah robek, pegang plasenta dengan kedua tangan dan secara lembut putar plasenta hingga selaput ketuban terpelin menjadi satu.
- 12) Lakukan penarikan dengan lembut dan perlahan-lahan untuk melahirkan selaput ketuban. Alasan : Melahirkan plasenta dan selaputnya dengan hati – hati akan membantu mencegah tertinggalnya selaput ketuban di jalan lahir. 13) Jika selaput

ketuban robek dan tertinggal di jalan lahir saat melahirkan plasenta, dengan hati-hati periksa vagina dan serviks dengan seksama. Gunakan jari-jari tangan anda atau klem DTT atau steril atau forseps untuk mengeluarkan selaput ketuban tersebut. Catatan : Jika plasenta belum lahir setelah 30 menit sejak bayi dilahirkan maka lakukan konseling pada suami/keluarganya bahwa mungkin ibu perlu dirujuk karena waktu normal untuk melahirkan plasenta sudah terlampaui dan kemungkinan ada penyulit lain yang memerlukan penanganan di rumah sakit rujukan. Jika akibat kondisi tertentu maka fasilitas kesehatan rujukan sulit dijangkau dan kemudian timbul perdarahan maka sebaiknya dilakukan tindakan plasenta manual. Untuk melaksanakan hal tersebut, pastikan bahwa petugas kesehatan telah terlatih dan kompeten untuk melaksanakan tindakan atau prosedur yang diperlukan. perhatikan : Jika sebelum plasenta lahir dan mendadak terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual untuk segera mengosongkan kavum uteri, sehingga uterus segera berkontraksi secara efektif dan perdarahan dapat dihentikan. Jika pasca tindakan tersebut, masih terjadi perdarahan maka lakukan kompresi bimanual internal/eksternal atau kompresi aorta, atau pasang tampon kondom kateter. Beri oksigen 10 IU dosis tambahan atau misoprostol 600 – 1000 mcg per rektal. Tunggu hingga uterus

dapat berkontraksi kuat dan perdarahan berhenti, baru hentikan tindakan kompresi atau keluarkan tampon (JNPKR, APN, 2012).

c) Masase Fundus Uteri

Segera setelah plasenta lahir, lakukanlah masase fundus uterus

- 1) Telapak tangan diletakkan pada fundus uteri
- 2) Memberi penjelasan tindakan kepada ibu, dengan mengatakan bahwa ibu mungkin terasa agak tidak nyaman karena tindakan yang diberikan. Anjurkan ibu untuk menarik napas dalam dan perlahan serta rileks.
- 3) Segera setelah plasenta dan membran lahir, dengan penahan yang kokoh lakukanlah masase fundus uterus dengan lembut tetapi mantap, tangan digerakkan dengan arah memutar pada fundus uteri agar uterus berkontraksi. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik, maka dilakukan penatalaksanaan atonia uteri. Alasan : Mencegah perdarahan yang berlebihan, dan merupakan diagnosis cepat dari atonia uteri.
- 4) Melakukan pemeriksaan plasenta dan selaputnya untuk memastikan keduanya lengkap dan utuh : a) Memeriksa plasenta sisi maternal (yang melekat pada dinding uterus) untuk memastikan keduanya lengkap dan utuh. b) Memasangkan bagian-bagian plasenta yang robek atau terpisah untuk memastikan tidak ada bagian yang hilang. c) Memeriksa

plasenta sisi fetal (yang menghadap ke bayi) d) Mengevaluasi selaput untuk memastikan kelengkapannya.

- 5) Memeriksa kembali uterus setelah 1-2 menit untuk memastikan uterus berkontraksi. Jika uterus masih belum berkontraksi baik, ulangi masase fundus uteri. Ibu dan keluarganya diajarkan bagaimana cara melakukan masase uterus sehingga mampu untuk segera mengetahui jika uterus tidak berkontraksi baik.
- 6) Memeriksa kontraksi uterus setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua pascapersalinan (Sondakh, 2013).

d. Kala IV : Tahap Pengawasan

Tahap ini digunakan untuk melakukan pengawasan terhadap bahaya perdarahan, pengawasan ini dilakukan kurang lebih 2 jam. Dalam tahap ini ibu masih mengeluarkan darah dari vagina, tapi tidak banyak, yang berasal dari pembuluh darah yang ada di dinding rahi tempat terlepasnya plasenta, dan setelah beberapa hari akan mengeluarkan cairan sedikit darah yang disebut lokia yang berasal dari sisa-sisa jaringan (Walayani, 2016).

5. Kebutuhan Dasar Ibu Dalam Proses Persalinan

Ada beberapa kebutuhan dasar ibu selama prose persalinan antara lain :

a. Dukungan Fisik dan Psikologis

Dukungan dapat diberikan oleh orang-orang terdekat pasien (suami, keluarga, teman, perawat, bidan maupun dokter). Pendamping

persalinan hendaknya orang yang sudah terlibat sejak dalam kelas-kelas antenatal. Mereka dapat membuat laporan tentang kemajuan ibu dan secara terus menerus memonitor kemajuan persalinan. Ada lima kebutuhan dasar bagi wanita dalam persalinan menurut Lesser & Keane (dalam Fitriana, 2018) ialah:

- a) Asuhan fisik dan psikologis
- b) Kehadiran seorang pendamping secara terus menerus
- c) Pengurangan rasa sakit
- d) Penerimaan atas sikap dan perilakunya
- e) Informasi dan kepastian tentang hasil persalinan yang aman.

Hasil penelitian (RCT) telah memperlihatkan efektifnya dukungan fisik, emosional dan psikologi selama persalinan dan kelahiran secara terus menerus selama persalinan dan kelahiran akan menghasilkan:

- a) Kelahiran dengan tindakan (forceps, vacuum maupun seksio sesaria) menjadi berkurang
- b) APGAR Score <7 lebih sedikit- Hasil kelahiran bertambah baik
- c) Bersifat sayang ibu.
- d) Lamanya persalinan menjadi semakin pendek
- e) Kepuasan ibu yang semakin besar dalam pengalaman melahirkan mereka.

b. Kebutuhan Makanan dan Cairan

Makanan padat tidak boleh diberikan selama persalinan aktif, oleh karena makan padat lebih lama tinggal dalam lambung dari pada makanan cair, sehingga proses pencernaan lebih lambat selama persalinan.

c. **Kebutuhan Eliminasi**

Kandung kencing harus dikosongkan setiap 2 jam selama proses persalinan. Bila pasien tidak dapat berkemih sendiri dapat dilakukan keterisasi oleh karena kandung kencing yang penuh akan menghambat penurunan baian terbawah janin, selain itu juga akan meningkatkan rasa tidak nyaman yang tidak dikenali pasien karena bersama dengan munculnya kontraksi uterus.

d. **Positioning dan Aktivitas**

Persalinan dan kelahiran merupakan suatu peristiwa yang normal, tanpa disadari dan mau tidak mau harus berlangsung. Untuk membantu ibu agar tetap tenang dan rileks sedapat mungkin bidan tidak boleh memaksakan pemilihan posisi yang diinginkan oleh ibu dalam persalinannya.

6. Dampak Bayi Besar Pada Proses Persalinan

Bayi besar dapat menyulitkan ibu saat melahirkan normal. Namun begitu, melahirkan normal merupakan cara yang paling sering dilakukan pada ibu hamil dengan bayi makrosomia. Distosia bahu mungkin terjadi saat melahirkan bayi besar dengan cara normal. Komplikasi distosia bahu yang lebih serius dapat menyebabkan kerusakan saraf pada lengan bayi yang tersangkut. Selain masalah tersebut, bayi besar juga memiliki risiko yang lebih tinggi untuk mengalami komplikasi seperti kadar gula darah lebih rendah dari normal, memiliki tekanan darah lebih tinggi dan memiliki penyakit kuning (Yanti, 2014).

C. Nifas

1. Pengertian

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa setelah keluarnya placenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Walyani, 2017)

Masa nifas adalah masa setelah seorang ibu melahirkan bayi yang di pergunakan untuk memulihkan kesehatannya kembali yang umumnya memerlukan waktu 6-12 minggu (Yanti, 2014).

2. Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas

a. Sistem Reproduksi

Perubahan alat-alat genital baik interna maupun eksterna kembali seperti semula seperti sebelum hamil di sebut involusi (Yanti, 2014).

a) Uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil

- 1) Bayi lahir fundus uteri setinggi pusat dengan berat uterus 1000 gram
- 2) Akhir kala tiga persalinan Tinggi fundus uteri teraba dua jari di bawah pusat dengan berat uterus 750 gram
- 3) Satu minggu post partum tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat uterus 500 gram
- 4) Dua minggu post partum tinggi fundus uterus tidak teraba di atas simpisis dengan berat uterus 350 gram

5) Enam minggu post partum tinggi fundus uteri bertambah kecil dengan berat uterus 50 gram

b) Serviks

Serviks mengalami infolusi bersama-sama uterus setelah persalinan, ostium eksterna dapat dimasuki 2 hingga 3 jari tangan, setelah enam minggu persalinan serviks menutup.

c) Vulva dan vagina

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. Karakteristik lochea dalam masa nifas:

1) Lochea *rubra*

Timbul pada hari 1-2 postpartum, terdiri dari darah segar bercampur sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, sisa-sisa verniks kaseosa lanugo dan mekonium

2) Lochea *sanguinolenta*

Timbul pada hari ke 3 sampai dengan ke 7 postpartum, karakteristik lochea sanguinolenta berupa darah bercampur lendir

3) Lochea *Serosa*

Merupakan cairan berwarna agak kuning, timbul setelah 1 minggu postpartum

4) *Lochea alba*

Timbul setelah 2 minggu postpartum dan hanya merupakan cairan putih (Walyani, 2015)

d) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju (Yanti, 2014).

b. Sistem Perkemihan

Masa hamil, pemenuhan hormonal kadar steroid tinggi yang berperan meningkatkan fungsi ginjal .sebaliknya pada pasca nifas kadar steroid menurun fungsi ginjal menurun ,fungsi ginjal normal dalam waktu satu bulan.urin dalam waktu besar akan di hasilkan setelah melahirkan dalam waktu 12-36 jam pasca melahirkan.

c. Sistem Gastrointestinal

Selama kehamilan di pengaruhi beberapa hal kadar progesteron menurun setelah melahirkan namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema.

d. Sistem Muskuloskeletal

Perubahan muskulosekeletal terjadi saat umur kehamilan semakin bertambah.Adaptasi ini mencakup: peningkatan berat badan, bergesernya pusat akibat pembesaran rahim,relaksasi dan mobilisasi .namun pada saat post partum berangsur-angsur akan pulih kembali.

e. Sistem Endokrin

Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin hormon yang berperan antara lain: Hormon plasenta, hormon pituitary, hormon pituitary ovarium, hormon oksitosin, hormon estrogen dan progesteron (Walyani, 2015).

f. Perubahan Tanda-tanda Vital

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

a) Suhu badan

Suhu badan inpartu tidak lebih dari 37,2 derajat celsius pasca melahirkan, suhu normal naik kurang lebih 0,5 derajat dari keadaan normal apabila kenaikan suhu di atas 38 derajat celsius, waspada terhadap infeksi post partum

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit pasca melahirkan, denyut nadi lebih cepat. Denyut nadi melebihi 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum.

c) Tekanan Darah

Tekanan Darah normal manusia adalah sistolik antara 90-120 mmHg dan diastolik 60-80 mmHg. Pasca melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah. Tekanan darah lebih rendah pasca melahirkan diakibatkan oleh perdarahan, sedangkan tekanan darah tinggi pada post partum merupakan tanda terjadinya pre eklamsi post partum.

d) Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang normal dewasa adalah 16-24 kali per menit. Pada ibu post partum umumnya pernafasan lambat atau normal.

g. Sistem Kardiovaskuler

Volume darah normal yang di perlukan plasenta dan pembuluh darah uterin, meningkat selama kehamilan. Diuresis terjadi akibat adanya penurunan hormone estrogen, yang dengan cepat mengurangi volume plasma menjadi normal kembali.

h. Sistem Hematologi

Pada minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat, pada hari pertama post partum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah (Yanti, 2014).

3. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Proses adaptasi psikologi sudah terjadi selama kehamilan, menjelang proses kelahiran. Pada periode tersebut kecemasan seorang wanita dapat bertambah (Yanti, 2014).

4. Adaptasi Psikologis Ibu dalam Masa Nifas

a. *Taking on*

Pada fase ini disebut meniru, pada taking on fantasi wanita tidak hanya meniru tapi sudah membayangkan peran yang dilakukan pada tahap sebelumnya

b. Fase *taking in*

Fase *takin in* yaitu periode ketergantungan, berlangsung dari hari 1 sampai hari ke 2 melahirkan. Pada fase ini ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir.

c. Fase *talking hold*

Fase *talking hold* adalah periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam merawat bayinya. Ibu mudah tersinggung dan marah. Dukungan moril sangat diperlukan untuk menumbuhkan kepercayaan diri ibu.

d. Fase *letting go*

Fase *letting go* adalah fase periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Terjadi peningkatan akan perawatan diri dan bayinya. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Ibu memahami bahwa bayi butuh disusui sehingga siap terjaga untuk memenuhi kebutuhan bayinya (Walyani, 2015).

5. Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

Kebutuhan yang diperlukan oleh ibu pada masa nifas adalah sebagai berikut:

a. Nutrisi dan cairan

Vitamin digunakan untuk melindungi tubuh dari serangan penyakit dan mengatur kelancaran metabolisme Ibu nifas membutuhkan

nutrisi yang cukup, gizi seimbang, terutama kebutuhan protein dan karbohidrat. Gizi pada ibu menyusui sangat erat kaitannya dengan produksi air susu, sangat dibutuhkan untuk tumbuh kembang bayi. Bila pemberian ASI berhasil baik, maka berat badan bayi akan meningkat, integritas kulit baik, tonus otot, serta kebiasaan makan yang memuaskan ibu menyusui tidaklah terlalu ketat dalam mengatur nutrisinya, yang terpenting adalah makanan yang menjamin pembentukan air susu yang berkualitas dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan bayi. Nutrisi lain yang dibutuhkan selama laktasi adalah asupan cairan. Ibu menyusui dianjurkan minum 2-3 liter perhari dalam bentuk air putih, susu, dan jus buah (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui). Sumber zat pengatur tersebut bisa diperoleh dari semua jenis sayur dan buah-buahan segar.

b. Ambulasi

Ambulasi dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing penderita keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin untuk berjalan. Pada persalinan normal sebaiknya ambulasi dikerjakan setelah 2 jam (ibu boleh miring ke kiri atau ke kanan untuk mencegah adanya trombusis).

Perawatan mobilisasi mempunyai keuntungan, yaitu sebagai berikut:

- a) Ibu merasa lebih sehat dan kuat
- b) Mencegah trombusis pada pembuluh tungkai
- c) Melancarkan pengeluaran lokea, mengurangi infeksi puerperium
- d) Mempercepat involusi uterus

- e) Melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat kelamin
- f) Meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme.

c. Eliminasi

Buang air kecil (BAK) setelah ibu melahirkan, terutama bagi ibu yang pertama kali melahirkan akan terasa perih bila BAK. keadaan ini kemungkinan disebabkan oleh iritasi pada uretra sebagai akibat persalinan sehingga penderita takut BAK. bila kandung kemih penuh, maka harus diusahakan agar penderita dapat buang air kecil sehingga tidak memerlukan kateterisasi.

d. Defekasi (buang air besar)

Ibu diharapkan dapat BAB sekitar 3-4 hari post partum. Apabila mengalami kesulitan BAB/obstipasi, lakukan diet teratur, cukup cairan, konsumsi makanan berserat, berikan obat rangsangan per oral/per rektal atau lakukan klisma bila mana perlu.

e. Kebersihan diri dan perineum

Kebersihan diri berguna untuk mengurangi infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman. Mandi ditempat tidur dilakukan sampai ibu dapat mandi sendiri dikamar mandi. bagian yang paling utama dibersihkan adalah puting susu dan mammae. Bila sedang buang air besar atau buang air kecil, perineum harus dibersihkan secara rutin. Beberapa hal yang dapat dilakukan ibu post partum dalam menjaga kebersihan diri, adalah sebagai berikut :

- a) Mandi teratur minimal 2 kali sehari
- b) Mengganti pakaian dan alas tempat tidur
- c) Melakukan perawatan perineum
- d) Mengganti pembalut minimal 2 kali sehari
- e) Mencuci tangan setiap membersihkan daerah genetalia

f. Istirahat

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Hal hal yang dapat dilakukan ibu dalam memenuhi kebutuhan istirahatnya antara lain:

- a) Anjurkan ibu untuk cukup istirahat
- b) Sarankan ibu untuk melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan
- c) Tidur siang atau istirahat saat bayi tidur

g. Seksual

Hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika luka efisiotomi telah sembuh dan lokea telah berhenti. sebaiknya hubungan seksual dapat ditunda sedapat mungkin sampai 40 hari setelah persalinan karena pada saat itu diharapkan organ-organ tubuh telah pulih kembali. Ibu mengalami ovulasi dan mungkin mengalami kehamilan sebelum haid yang pertama timbul setelah persalinan. Oleh karena itu, bila seggama tidak mungkin menunggu sampai hari ke 40,

suami istri perlu melakukan usaha untuk mencegah kehamilan. Pada saat inilah waktu yang tepat untuk memberikan konseling tentang pelayanan KB

h. Latihan/ senam nifas

Organ-organ tubuh wanita akan kembali seperti semula sekitar 6 minggu. Oleh karena itu, ibu akan berusaha memulihkan dan mengencangkan bentuk tubuhnya. Hal tersebut dapat dilakukan dengan cara senam nifas. Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan sampai dengan hari ke sepuluh.

Tujuan senam nifas adalah sebagai berikut:

- a) Membantu mempercepat pemulihan kondisi ibu
- b) Mempercepat proses involusio uteri
- c) Membantu memulihkan dan mengencangkan otot panggul, perut dan perineum
- d) Memperlancar pengeluaran lochea
- e) Membantu mengurangi rasa sakit
- f) Merelaksasi otot-otot yang menunjang proses kehamilan dan persalinan

Manfaat senam nifas antara lain:

- a) Membantu memperbaiki sirkulasi darah
- b) Memperbaiki sikap tubuh dan punggung pasca persalinan
- c) Memperbaiki otot tonus, pelvis dan peregangan otot abdomen

- d) Memperbaiki dan memperkuat otot panggul
- e) Membantu ibu lebih relaks dan segar pasca melahirkan

Senam nifas dilakukan pada saat ibu benar-benar pulih dan tidak ada komplikasi atau penyulit masa nifas.

i. Keluarga berencana

Kontrasepsi berasal dari kata kontra berarti mencegah atau melawan dan konsepsi yang berarti pertemuan antara sel telur yang matang dan sel sperma yang mengakibatkan kehamilan. Tujuannya adalah menghindari/mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dan sel sperma tersebut. Kontrasepsi yang cocok untuk ibu pada masa nifas, antara lain metode amenorhea laktasi (MAL), pil progestin (mini pil), suntikan progestin, kontrasepsi implant, dan alat kontrasepsi dalam rahim (Nugroho, dkk, 2014).

6. Asuhan Masa Nifas

Tujuan asuhan masa nifas yaitu menjaga kesehatan ibu dan bayi, baik fisik maupun psikologi, melaksanakan skrining yang komprehensif mendekati masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun pada bayinya, memberikan pelayanan pada bayinya, memberikan pelayanan keluarga ibu berencana, mencegah atau mendeteksi atau menatalaksakan komplikasi yang timbul pada waktu pasca persalinan, baik medis, bedah atau obstetric, dukungan pada ibu dan

keluarga pada peralihan kesuasanaan keluarga baru, promosi dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayinya secara memberikan pengetahuan tentang tanda-tanda bahaya, gizi, istirahat, tidur dan kesehatan diri serta memberikan micro nutrisi jika perlu, konseling asuhan bayi baru lahir, dukungan ASI, konseling dan pelayanan KB termasuk nasehat hubungan seksual, Imunisasi ibu terhadap tetanus. Bersama ibu dan keluarganya mempersiapkan seandainya terjadi komplikasi (Nugroho, 2014).

Asuhan nifas dilakukan dalam 4 kali kunjungan (K4). Kunjungan I (6-8 jam setelah persalinan) tujuannya yaitu mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila ada perdarah berlanjut, pemberian ASI awal, memberikan supervise kepada ibu bagaimana teknik melakukan hubungan antara ibu dan bayi, menjaga bayi tetap sehat dengan cara menjaga hipotermia. Kunjungan II (6 hari setelah persalinan) tujuannya yaitu memastikan involusi uterus berjalan normal : uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau, menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal, memastikan ibu mendapat cukup makanan cairan dan istirahat, memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit, memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat , menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari. Kunjungan III (2minggu setelah persalinan) tujuannya yaitu sama seperti

kunjungan ke II (6 hari setelah persalinan). Kunjungan IV (6 minggu setelah persalinan) tujuannya yaitu menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia alami atau bayinya, memberikan konseling KB secara dini, menganjurkan atau mengajak ibu membawa bayinya keposyandu atau puskesmas untuk penimbangan dan imunisasi (Nugroho, 2014).

7. Tanda Bahaya Masa Nifas

a. Perdarahan pervaginam

Perdarahan pervaginam yang melebihi 500 ml setelah bersalin didefinisikan sebagai perdarahan pasca persalinan. Perkiraan kehilangan darah biasanya tidak sebanyak yang sebenarnya, kadang-kadang hanya setengah dari biasanya. Darah tersebut bercampur dengan cairan amnion atau dengan urine, darah juga tersebar pada spon, handuk dan kain di dalam ember dan lantai.

b. Infeksi masa nifas

Beberapa bakteri dapat menyebabkan infeksi setelah persalinan, Infeksi masa nifas masih merupakan penyebab tertinggi AKI. Infeksi alat genital merupakan komplikasi masa nifas. Infeksi yang meluas ke saluran urinary, payudara, dan pasca pembedahan merupakan salah satu penyebab terjadinya AKI tinggi. Gejala umum infeksi berupa suhu badan panas, malaise, denyut nadi cepat. Gejala lokal dapat berupa Uterus lembek, kemerahan dan rasa nyeri pada payudara atau adanya disuria.

- c. Sakit kepala, nyeri epigastrik, penglihatan kabur

Gejala-gejala ini merupakan tanda-tanda terjadinya Eklampsia post partum, bila disertai dengan tekanan darah yang tinggi.

- d. Pembengkakan di wajah atau ekstremitas
- e. Demam muntah, rasa sakit waktu berkemih

Pada masa nifas dini sensitifitas kandung kemih terhadap tegangan air kemih di dalam vesika sering menurun akibat trauma persalinan serta analgesik epidural atau spinal. Sensasi peregangan kandung kemih juga mungkin berkurang akibat rasa tidak nyaman, yang ditimbulkan oleh episiotomi yang lebar, laserasi, hematoma dinding vagina.

- f. Payudara yang berubah menjadi merah, panas dan terasa sakit

Disebabkan oleh payudara yang tidak disusu secara adekuat, puting susu yang lecet, BH yang terlalu ketat, ibu dengan diet jelek, kurang istirahat, anemia.

- g. Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama

Kelelahan yang amat berat setelah persalinan dapat mengganggu nafsu makan, sehingga ibu tidak ingin makan sampai kelelahan itu hilang. Hendaknya setelah bersalin berikan ibu minuman hangat, susu, kopi atau teh yang bergula untuk mengembalikan tenaga yang hilang. Berikanlah makanan yang sifatnya ringan, karena alat pencernaan perlu istirahat guna memulihkan keadaannya kembali.

h. Rasa sakit, merah, lunak dan pembengkakan di kaki

Selama masa nifas dapat terbentuk thrombus sementara pada vena-vena manapun di pelvis yang mengalami dilatasi.

i. Merasa sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya dan dirinya sendiri

Penyebabnya adalah kekecewaan emosional bercampur rasa takut yang dialami kebanyakan wanita hamil dan melahirkan, rasa nyeri pada awal masa nifas, kelelahan akibat kurang tidur selama persalinan dan setelah melahirkan, kecemasan akan kemampuannya untuk merawat bayinya setelah meninggalkan rumah sakit, ketakutan akan menjadi tidak menarik lagi (Yanti, 2014).

D. Bayi Baru Lahir

1. Pengertian

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan lebih dari atau sama dengan 37 minggu dengan berat lahir 2500-4000 gram (Armini, dkk, 2017).

Bayi “cukup bulan” adalah bayi yang dilahirkan setelah usia kehamilan genap mencapai 37 minggu dan sebelum usia kehamilan genap mencapai 41 minggu (Williamson, 2014).

2. Ciri-ciri Bayi Normal

- a. Berat badan 2500- 4000 gram.
- b. Panjang badan lahir 48- 52 cm.
- c. Lingkar dada 30- 38 cm.
- d. Lingkar kepala 33- 35 cm .
- e. Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180×/menit, kemudian menurun sampai 120-140×/menit.
- f. Pernafasan pada menit-menit pertama kira-kira 80x/menit, kemudian menurun setelah tenang kira-kira 40×menit.
- g. Kulit kemerah- merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup terbentuk dan diliputi vernix caseosa, kuku panjang
- h. Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna.
- i. Genitalia : labia mayora sudah menutupi labia minora, testis sudah turun

- j. Refleksi isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- k. Refleks moro sudah baik: bayi bila dikagetkan akan memperlihatkan gerakan seperti memeluk.
- l. Refleksi grasping sudah baik: apabila diletakkan suatu benda di atas telapak tangan, bayi akan menggengam / adanya gerakan refleksi.
- m. Refleksi rooting/mencari puting susu dengan rangsangan tekstil pada pipi dan daerah mulut Sudah terbentuk dengan baik.
- n. Eliminasi baik: urine dan mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan (Dewi, 2014).

3. Perawatan Bayi Baru Lahir

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 (Saifuddin dalam Dewi, 2014)

- a. Pencegahan infeksi
- b. 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 :

- 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 (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

c. Pemotongan dan perawatan tali pusat

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

d. Inisiasi Menyusui 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 menyusui. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusui pertama biasanya berlangsung pada menit ke- 45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusui dari satu payudara.

e. 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 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.

f. Pemberian vitamin K

Semua bayi baru lahir harus diberikan vitamin ini, injeksi 1 mg intramuskular setelah 1 jam kontak kulit ke kulit dan bayi selesai menyusu untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin k yang dapat dialami oleh sebagian BBL.

g. Pemberian Imunisasi Hbo

Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu/ bayi . imunisasi hepatitis B pertama diberikan 1 jam setelah pemberian Vitamin K₁ pada saat bayi baru berumur 2 jam. Selanjutnya hepatitis B dan DPT diberikan pada umur 2 bulan, 3 bulan dan 4 bulan (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

4. Evaluasi Awal Bayi Baru lahir

Evaluasi awal bayi baru lahir dilaksanakan segera setelah bayi baru lahir (menit pertama) dengan menilai dua indikator kesejahteraan bayi yaitu pernafasan dan frekuensi denyut jantung bayi, karena menit pertama bidan terpacu dalam melakukan pertolongan bayi dan ibunya. Sehingga dua aspek ini sudah sangat mewakili kondisi umum bayi baru lahir (Walyani, 2016).

5. Bayi Besar

1. Pengertian

Makrosomia atau bayi besar adalah bila berat badan bayi melebihi dari 4000 gram. Dalam dunia kedokteran *makrosomia* disebut *giant baby*. Menurut Cunningham (2013) semua *neonatus* dengan berat badan 4000 gram atau lebih tanpa memandang usia kehamilan dianggap sebagai *makrosomia*.

2. Etiologi

Beberapa keadaan pada ibu dapat menyebabkan terjadinya kelahiran bayi besar. Faktor-faktor tersebut diantaranya :

- a. Ibu yang menderita diabetes melitus (DM) sebelum dan selama kehamilan.

Kadar gula darah ibu hamil penderita diabetes melitus tergolong tinggi. Kondisi inilah yang memberi peluang janin untuk tumbuh melebihi ukuran rata-rata. Jika fungsi plasenta dan tali pusat baik, maka si calon bayi dapat tumbuh makin subur. Skrining awal diabetes mellitus gestasional adalah dengan cara melakukan pemeriksaan beban 50 g glukosa pada kehamilan 24 – 28 minggu. Untuk tes ini pasien tidak perlu puasa (Saifuddin dalam Dewi, 2014).

- b. Ibu mempunyai riwayat melahirkan bayi besar.

Ibu yang pada kehamilan pertama melahirkan *baby giant* berpeluang besar melahirkan anak kedua dengan kondisi yang sama pada kehamilan berikutnya. Persalinan dengan penyulit makrosomia

adalah penyulit dalam persalinan akibat janin besar yang merupakan kelanjutan dari penyulit kehamilan dengan janin besar (Saifuddin dalam Dewi, 2014).

c. Usia kehamilan

Pengaruh kehamilan postterm terhadap janin adalah : bila terjadi perubahan anatomik yang besar pada plasenta, maka terjadi penurunan berat janin. Dari penelitian Vorherr tampak bahwa sesudah umur kehamilan 36 minggu grafik rata-rata pertumbuhan janin mendatar dan tampak adanya penurunan sesudah 42 minggu. Namun sering kali pula plasenta masih dapat berfungsi dengan baik sehingga berat janin bertambah terus sesuai dengan bertambahnya umur kehamilan. (Sondakh, 2013).

d. Obesitas

Kehamilan menyebabkan banyak perubahan pada tubuh ibu. Perubahan-perubahan itu untuk menyesuaikan tubuh ibu pada keadaan kehamilannya, termasuk perubahan berat badan. Penggunaan zat-zat makanan oleh tubuh menurun pada 4 bulan pertama kehamilan sehingga kebutuhan tubuh akan makanan juga berkurang pada beberapa bulan pertama kehamilan (Ilmiah, 2015).

e. Pengaruh kecukupan gizi

Porsi makanan yang dikonsumsi ibu hamil akan berpengaruh terhadap bobot janin. Asupan gizi yang berlebih bisa mengakibatkan bayi lahir dengan berat diatas rata-rata. Pola makan ibu yang tidak seimbang atau berlebihan juga mempengaruhi kelahiran bayi besar.

Status gizi ibu sebelum dan selama hamil dapat mempengaruhi pertumbuhan janin yang sedang dikandung. Bila status gizi ibu normal pada masa sebelum dan selama hamil kemungkinan besar akan melahirkan bayi yang sehat, cukup bulan dengan berat badan normal (Ilmiah, 2015).

3. Tanda dan Gejala

a. Pada saat kehamilan

- 1) Uterus lebih besar dari biasanya atau tidak sesuai dengan usia gestasi
- 2) Tinggi fundus pada kehamilan aterm lebih dari 40 cm.
- 3) Taksiran berat badan janin (TBBJ) dari 4000 gram.

b. Pada Bayi Baru Lahir

- 1) Mempunyai wajah berubi
- 2) Berat badan lebih dari 4000 gram
- 3) Badan montok dan kulit kemerahan
- 4) Organ internal membesar (hepatosplenomegali, sponomegali, kardiomegali)
- 5) Lemak tubuh banyak
- 6) Plasenta dan tali pusat lebih besar dari rata-rata

(Sondakh, 2013)

4. Komplikasi

Bayi besar juga kerap menjadi penyulit pada saat persalinan normal, karena dapat menyebabkan cedera baik pada ibu maupun bayinya.

Kesulitan yang dapat terjadi adalah :

- a. Kesulitan pada ibu
 - 1) Robekan hebat jalan lahir
 - 2) Perdarahan
 - 3) Terjadi peningkatan persalinan dengan sectio caesaria.
 - 4) Ibu sering mengalami gangguan berjalan pasca melahirkan akibat peregangan maksimal struktur tulang panggul.
- b. Pada bayi
 - 1) Terjadinya distosia bahu yaitu kepala bayi telah lahir tetapi bahu tersangkut di jalan lahir.
 - 2) Asfiksia pada bayi sebagai akibat dari tindakan yang dilakukan untuk melahirkan bahu.
 - 3) Brachial Palsy (kelumpuhan syaraf di leher) yang ditandai dengan adanya gangguan motorik pada lengan.
 - 4) Patah tulang selangka (clavicula) yang sengaja dilakukan untuk dapat melahirkan bahu.
 - 5) Kematian bila bayi tidak dapat dilahirkan.

5. Pencegahan

Hal hal yang dilakukan untuk mengantisipasi makrosomia :

- a. Melakukan pemeriksaan kehamilan yang teratur sehingga kenaikan berat badan janin saat masih dalam kandungan dapat dikontrol dengan baik.
- b. Melakukan pemeriksaan kadar gula dalam darah.

- c. Konsultasikan pola makan dan asupan gizi semasa hamil dengan dokter.
- d. Sesuaikan kenaikan berat badan ibu selama kehamilan antara 8-12 kg.
- e. Lebih banyak mengkonsumsi makanan yang mengandung protein (ikan, susu, daging, tahu, tempe) vitamin dan mineral (sayur dan buah buahan).
- f. Kurangi makan makanan yang banyak mengandung karbohidrat seperti nasi, gula, mie, roti/kue, dll. Melakukan USG secara rutin selama kehamilan, sehingga dapat memantau penambahan berat badan bayi selama dalam kandungan dan dapat diambil langkah langkah untuk mencegah terjadinya bayi besar (Ilmiah, 2015).

6. Perawatan Bayi Besar

- a. Perawatan bayi besar pada umumnya tidak berbeda dengan perawatan bayi normal, hanya pemantauan kadar gula darah menjadi faktor yang penting karena seperti yang disebutkan tadi diatas bahwa salah satu penyebab bayi besar adalah penyakit gula (diabetes mellitus) pada ibu.
- b. Jika terjadi gangguan nafas akibat proses melahirkan yang sulit maka pemantauan ketat diruang bayi khusus (NICU/PERINATOLOGI) dapat dilakukan.
- c. Jika terjadi trauma pada tulang leher atau bahu, maka bayi akan mendapatkan perawatan khusus antara lain dengan membuat posisi tidur bayi senyaman mungkin dan membantu mengurangi gerak bayi.

- d. Sementara pemberian minum dan pemantauan kesehatan lainnya tetap harus dilakukan secermat mungkin agar bayi tidak sampai kekurangan cairan akibat pemberian minum yang kurang.

(Ilmiah, 2015)

7. Penatalaksanaan

Peningkatan resiko bayi besar jika kehamilan dibiarkan hingga aterm harus diingat dan seksio sesarea efektif harus dilakukan kapan saja persalinan pervaginam, seperti :

- a. Pemantauan glukosa darah (pada saat datang umur 3jam, kemudian 6 jam sampai 24 jam) atau bila kadar glukosa $\geq 45\text{gr}\%$ dua kali berturut-turut.
- b. Pemantauan elektrolit
- c. Pemberian glukosa parental sesuai indikasi
- d. Bolus glukosa parental sesuai indikasi
- e. Hidrokortison 5mg/kg/hr IM dalam dua dosis bila pemberian glukosa parental tidak efektif.

(Ilmiah, 2015).

b. Keluarga Berencana

1. Pengertian

Kontrasepsi terdiri dari dua kata yaitu kontra (menolak) dan konsepsi (pertemuan antara sel telur yang telah matang dengan sel sperma), maka kontrasepsi dapat diartikan sebagai cara untuk mencegah pertemuan antara sel telur dan sel sperma sehingga tidak terjadi pembuahan dan kehamilan (Purwoastuti, 2014).

Keluarga berencana merupakan usaha suami istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Usaha yang dimaksud termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga. Prinsip dasar metode kontrasepsi adalah mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi telur wanita (fertilisasi) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang di dalam rahim (Purwoastuti, 2014).

2. Tujuan KB

- a. Tujuan umum : meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan NKKBS (Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera) yang menjadi dasar terwujudnya masyarakat yang sejahtera dengan mengendalikan sekaligus menjamin terkendalinya pertumbuhan penduduk (Purwoastuti, 2014).
- b. Tujuan khusus : meningkatkan penggunaan alat kontrasepsi dan kesehatan keluarga berencana dengan cara mengatur jarak kehamilan (Purwoastuti, 2014).

3. Program KB di Indonesia

Menurut UUD No. 10 Tahun 1991 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera, Program KB adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesehatan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (Purwoastuti, 2014).

4. Jenis Alat Kontrasepsi

a. Kontrasepsi Dengan Metode Sederhana Alami

Metode sederhana digunakan pada masa subur atau minggu subur yang dapat diperhitungkan dan diajarkan. Metode KB sederhana adalah metode KB yang digunakan tanpa bantuan dari orang lain.

a) Metode kalender

Metode kalender atau pantang berkala adalah cara/metode kontrasepsi sederhana yang dilakukan oleh pasangan suami istri dengan tidak melakukan senggama atau hubungan seksual pada masa subur/ovulasi.

Metode kalender akan lebih efektif bila dilakukan dengan baik dan benar. Sebelum menggunakan metode kalender ini, pasangan suami istri harus mengetahui masa subur. Padahal, masa subur setiap wanita tidaklah sama. Oleh karena itu, diperlukan pengamatan minimal enam kali siklus menstruasi. Selain itu, metode ini juga akan lebih efektif bila digunakan bersama dengan

metode kontrasepsi lain. Berdasarkan penelitian dr. Johnson dan kawan-kawan di Sidney, metode kalender akan efektif tiga kali lipat bila dikombinasikan dengan metode *simptothermal*. Angka kegagalan penggunaan metode kalender adalah 14 per 100 wanita per tahun.

Metode kalender atau pantang berkala mempunyai keuntungan yaitu lebih sederhana, dapat digunakan oleh setiap wanita yang sehat, tidak membutuhkan alat atau pemeriksaan khusus dalam penerapannya, tidak mengganggu pada saat berhubungan seksual, kontrasepsi dengan menggunakan metode kalender dapat menghindari resiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi, tidak memerlukan biaya, dan tidak memerlukan tempat pelayanan kontrasepsi.

Sebagai metode sederhana dan alami, metode kalender atau pantang berkala ini juga memiliki keterbatasan atau kekurangan, yaitu memerlukan kerjasama yang baik antara suami istri, harus ada motivasi dan disiplin pasangan dalam menjalankannya, pasangan suami istri tidak dapat melakukan hubungan seksual setiap saat, pasangan suami istri harus tahu masa subur dan masa tidak subur, harus mengamati siklus menstruasi minimal enam kali siklus, siklus menstruasi yang tidak teratur (menjadi penghambat) dan lebih efektif bila dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain (Purwoastuti, 2014).

b) *Coitus interruptus* (senggama terputus)

Coitus interruptus atau senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional/alamiah, di mana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum mencapai ejakulasi. Cara kerjanya adalah dengan cara mengeluarkan alat kelamin pria (penis) sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina dan kehamilan dapat dicegah.

Metode *coitus interruptus* akan efektif apabila dilakukan dengan benar dan konsisten. Angka kegagalan 4-27 kehamilan per 100 perempuan per tahun. Pasangan yang mempunyai pengendalian diri yang besar, pengalaman dan kepercayaan dapat menggunakan metode ini menjadi lebih efektif.

Keuntungan dari metode ini yaitu tidak mengganggu produksi ASI, tidak ada efek samping, dapat digunakan setiap waktu, tidak membutuhkan biaya, meningkatkan keterlibatan pria dalam KB dan memungkinkan hubungan lebih dekat dan pengertian yang sangat dekat antar pasangan.

Metode *coitus interruptus* ini mempunyai kekurangan atau keterbatasan, yaitu sangat tergantung dari pihak pria dalam mengontrol ejakulasi dan tumpahan sperma selama senggama, memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual (orgasme), sulit mengontrol tumpahan sperma selama penetrasi, sesaat dan setelah interupsi *coitus*, tidak melindungi dari penyakit menular seksual, dan kurang efektif untuk mencegah kehamilan (BKKBN, 2014).

c) Metode Amenorea Laktasi (MAL)

Metode MAL adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI). MAL sebagai kontrasepsi bila menyusui secara penuh (*full breast feeding*), belum haid dan bayi kurang dari 6 bulan.

Beberapa catatan dari konsensus untuk mencapai keefektifan 98% adalah ibu harus menyusui secara penuh atau hampir penuh (hanya sesekali diberi 1-2 teguk air/minuman pada upacara adat atau agama), perdarahan sebelum 56 hari pasca persalinan dapat diabaikan (belum dianggap haid), bayi menghisap secara langsung, menyusui dimulai dari setengah sampai satu jam setelah bayi lahir, kolostrum diberikan kepada bayi, pola menyusui on demand dan dari kedua payudara, sering menyusui selama 24 jam termasuk malam hari dan hindari jarak menyusui lebih dari 4 jam.

Keuntungan kontrasepsi MAL adalah efektifitas tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan pasca persalinan), segera efektif, tidak mengganggu senggama, Tidak ada efek samping secara sistemik, tidak perlu pengawasan medis, tidak perlu obat atau alat, tanpa biaya, menstruasi sudah mulai kembali, bayi sudah tidak terlalu sering menyusu (*on demand*) dan bayi sudah berusia 6 bulan atau lebih

Kekurangan dan keterbatasan kontrasepsi MAL adalah perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan, mungkin sulit dilaksanakan karena

kondisi sosial, efektifitas tinggi hanya sampai kembalinya haid sampai dengan 6 bulan. Hanya wanita amenore yang memberikan ASI secara eksklusif dengan interval teratur, termasuk pada waktu malam hari, yang selama 6 bulan pertama mendapatkan perlindungan kontraseptif sama dengan perlindungan yang diberikan oleh kontrasepsi oral. Dengan munculnya menstruasi atau setelah 6 bulan, resiko ovulasi meningkat dan tidak melindungi terhadap IMS termasuk hepatitis B/HBV dan HIV/AIDS (Purwoastuti, 2014).

b. Metode sederhana dengan alat

a) Kondom

Prinsipnya yaitu menghalangi masuknya sperma kedalam vagina sehingga pertumbuhan dapat dicegah. Ada 2 jenis kondom yaitu kondom yang terbuat dari karet dan usus domba, dan kondom karet lebih elastis dan murah sehingga banyak digunakan. Secara teoritis kegagalan kondom hanya terjadi jika kondom tersebut sobek karena kurang hati-hati, pelumas kurang, atau karena tekanan pada waktu ejakulasi.

Keuntungan dari penggunaan kondom yaitu murah, mudah didapat, tidak memerlukan pengawasan, dan mengurangi kemungkinan penyakit menular kelamin. Sedangkan kekurangan jenis alat kontrasepsi ini hanya dapat digunakan sekali, kurang efektif dalam mencegah kehamilan, dapat menimbulkan rasa tidak nyaman pada alat kelamin (BKKBN, 2014).

b) Spermisida

Spermisida adalah bahan kimiawi (biasanya nonoksinol) yang digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma. Dikemas dalam bentuk aerosol (busa), tablet vaginal, supositoria, atau dissolvable film dan krim. Cara kerjanya adalah dengan cara menyebabkan sel sperma terpecah, memperlambat pergerakan sperma dan menurunkan kemampuan pembuahan disel telur.

Keuntungan kontrasepsi spermisida adalah efektif seketika (busa dan krim), tidak mengganggu produksi ASI, bisa digunakan sebagai pendukung metode lain, tidak mengganggu kesehatan klien, tidak mempunyai pengaruh sistemik, mudah digunakan, meningkatkan lubrikasi selama hubungan seksual, tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus. Sedangkan kekurangan dari kontrasepsi spermisida adalah masa perlindungan yang singkat, efektivitasnya berkurang apabila melebihi satu jam pemakaian dan tidak mencegah penularan penyakit kelamin (Sulistyawati, 2013).

c. Pelayanan Kontrasepsi dengan Menggunakan Metode Modern

a) Kontrasepsi Hormonal

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi hormonal telah mempelajari bahwa estrogen dan progesterone memberikan umpan balik terhadap kelenjar hipofisis melalui hipotalamus sehingga terjadi hambatan terhadap perkembangan folikel dan proses ovulasi.

1) Pil Progestin

Pil progestin (disebut juga pil mini, POP, dan kontrasepsi progestin) mengandung progestin dalam dosis yang sangat rendah seperti hormon alami progesteron pada tubuh perempuan. Pil progestin dapat terbentuk dari noretisteron, levonorgestrel, etinodiol diasetat atau desogestrel.

Cara kerja pil progestin adalah pil progestin menebalkan cairan mulut rahim (dimana ini menghalangi sperma bertemu sel telur), pil progestin juga akan mempengaruhi siklus menstruasi, termasuk mencegah pelepasan sel telur dari ovarium (proses ovulasi) 97% (desogestrel) dan 60% (progestin) pada perempuan, jika digunakan secara konsisten (meminum pil setiap hari tanpa melewatkannya di waktu yang sama) Pil Progestin 99% lebih efektif dalam mencegah kehamilan. Dengan penggunaan yang kurang teratur pil progestin masih sangat efektif bagi perempuan yang sedang menyusui. Ada kemungkinan kehamilan 1 diantara 100 perempuan yang menggunakan pil progestin ini dalam jangka waktu satu tahun (1% tingkat kegagalan). Namun, pil ini kurang efektif bagi perempuan yang sedang tidak dalam masa menyusui. Sekitar 3-10 perempuan dari 100 perempuan menggunakan pil progestin selama satu tahun akan mengalami kehamilan (dengan penggunaan tidak teratur) (3-10% tingkat kegagalan). Data menunjukkan bahwa semua pil progestin memiliki efektivitas yang sama untuk mencegah kehamilan.

Normalnya, pil progestin terdapat dalam paket 28 pil, meskipun dalam beberapa kasus terdapat paket 35 pil. Perempuan harus mengambil 1 pil setiap hari pada jam yang sama tanpa jeda diantara setiap paket. Jika perempuan memulai paket pada hari Selasa maka ia harus mulai paket baru pada hari Selasa juga setelah dia menyelesaikan paket pertama. Untuk membantunya mengingat, ia dapat melingkari kalender pada hari ia memulai paket.

Keuntungan dari pil progestin adalah dengan pil progestin, sangat mungkin dan aman untuk melanjutkan menyusui, sangat berguna bagi perempuan yang tidak dapat mengkonsumsi estrogen, seperti kandungan dalam pil gabungan, koyo KB, atau cincin vagina, dapat digunakan oleh perempuan dengan berbagaiusia, namun terutama bagi perempuan yang merokok, berusia 35 tahun atau lebih, dapat membantu mengurangi gejala pra menstruasi dan nyeri menstruasi, mengurangi resiko kehamilan ektopik, dapat dihentikan kapan saja tanpa bantuan penyedia layanan, tidak mempengaruhi hubungan seksual dan dikendalikan oleh perempuan sendiri.

Sedangkan kekurangan dari pil progestin yaitu perempuan mungkin akan mengalami menstruasi tidak teratur ketika menggunakan pil progestin. Menstruasi mungkin akan menjadi tidak teratur, lebih ringan, atau lebih sering atau mungkin berhenti. Biasanya akan meningkat pada 6 bulan awal

penggunaan, dan tidak merugikan, tetapi beberapa perempuan akan merasa tidak nyaman dengan perubahan ini. Perubahan merk pil mungkin akan membantu tetapi belum ada data akurat yang ditemukan mengenai hal ini. Pil progestin tidak melindungi dari infeksi menular seksual, sehingga perempuan perlu menggunakan kondom juga. Perempuan harus mengingat untuk menggunakan pil di jam yang sama setiap hari.

Beberapa perempuan mungkin mengalami efek samping sementara ketika mulai menggunakan pil progestin, tetapi biasanya berhenti dalam beberapa bulan. Efek samping bisa berupa mual, pusing, kulit berintik, payudara melembut, perubahan berat badan, dan sakit kepala. Siklus pendarahan berubah namun tidak merugikan. Perempuan harus menyadari perubahan dalam siklus ini merupakan hal yang normal: 2 dari 10 perempuan tidak mengalami pendarahan dan 4 dari 10 perempuan mengalami pendarahan yang tidak teratur ketika menggunakan pil progestin (Sulistyawati 2013).

2) Suntik Progestin

Suntikan progestin merupakan metode kontrasepsi yang hanya mengandung progestin. Metode suntikan progestin sangat efektif, aman, dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi (Sulistyawati 2013).

Kontrasepsi progestin ini terdapat 2 jenis, yaitu:

- (1) Depo medroksiprogesteron asetat (DMPA), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara di suntik di daerah bokong.

- (2) Depo noretisteron enantat (Depo Noristerat), yang mengandung 200 mg noretindron enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik di daerah bokong.

Cara kerja dari metode kontrasepsi ini adalah mencegah pembuahan, mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma, menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi, menghambat perjalanan gamet oleh tuba. Metode kontrasepsi progestin ini memiliki efektivitas yang tinggi (0,3 kehamilan per 100 perempuan per tahun) asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan.

Selain itu, kontrasepsi progestin juga memiliki kelebihan lain, yaitu:

- (1) Suntikan progestin ini sangat efektif.
- (2) Serta tidak mengandung hormon esterogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah.

Tidak hanya memiliki kelebihan, kontrasepsi progestin juga memiliki keterbatasan, diantaranya:

- (1) Gangguan siklus haid
- (2) Kembalinya kesuburan sekitar 6-12 bulan, setelah berhenti memakai KB
- (3) Tidak melindungi dari infeksi menular seksual dan hanya kondom yang dapat melindungi infeksi menular seksual

(4) Mengalami perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya

(5) Selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual terlebih dahulu (Sulistyawati 2013).

3) KB Implant

Implant KB dikenalkan diindonesia sejak 1982 dan dapat diterima masyarakat Indonesia sehingga Indonesia merupakan Negara terbesar pemakai implant KB. Susuk KB disebut alat KB bawah kulit (AKBK). Kini sedang diuji coba implant KB satu kapsul yang disebut implanon. Efektif 5 tahun untuk norplant, 3 tahun untuk Jedena, Indoplant, atau Implanon. Setiap kapsul mengandung 36 mgr levonorgestrel yang akan dikeluarkan setiap harinya sebanyak 80 mcg. Konsep mekanisme kerjanya sebagai progesterone yang dapat menghalangi pengeluaran LH sehingga tidak terjadi ovulasi, mengentalkan lender servisk dan menghalangi migrasi spermatozoa dan menyebabkan situasi endometrium tidak siap menjadi tempat nidasi.

Keuntungannya yaitu jangka panjang (5 tahun), tidak mempengaruhi ASI, mudah dipasang. Kerugian yang didapat yaitu perubahan pada menstruasi, menimbulkan nyeri kepala, menimbulkan jerawat, nyeri parudara, mual, perubahan berat badan, dan pegal linu.

Kekurangannya yaitu pada kebanyakan pasien dapat menyebabkan perubahan pola haid berupa perdarahan bercak

(*spotting*), *hipermenorea* atau meningkatnya jumlah darah haid, serta *amenorhea*) (Sulistiyawati 2013).

4) Alat kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) adalah alat kontrasepsi modern yang telah dirancang baik bentuk, ukuran, bahan dan fungsi dan letakan di dalam *kavum uteri* sebagai usaha menghalangi fertilisasi dan menyulitkan telur perimplantasi dalam uterus. AKDR/IUD pasca plasenta aman dan efektif, tetapi tingkat ekspulsinya lebih tinggi dibandingkan ekspulsi ≥ 4 minggu pasca persalinan.

Keuntungan menggunakan IUD adalah sebagai kontrasepsi, mempunyai efektivitas yang tinggi, sangat efektif 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan), AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan, metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380 A dan tidak perlu diganti), sangat efektif karena tidak perlu mengingat-ingat, tidak memengaruhi hubungan seksual dan dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi).

Kerugian penggunaan alat kontrasepsi IUD adalah perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan), haid lebih lama dan banyak, perdarahan (*spotting* antar menstruasi) dan saat haid lebih sedikit (Proverawati dkk, 2014).

c. Standar Asuhan Kebidanan

Standar Asuhan Kebidanan dalam Panduan ini berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktik berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnose, dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan (Rahayu, 2017).

1. Standar 1 : Pengkajian

a. Pernyataan Standar

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

b. Kriteria Pengkajian

a) Data tepat, akurat dan lengkap.

b) Terdiri dari Data subyektif (hasil anamnesa, biodatam keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya).

c) Data obyektif dan latar belakang sosial.

2. Standar II : Perumusan Diagnosa Dan Atau Masalah Kebidanan

a. Pernyataan Standar

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, mengimplementasikannya secara akurat dan logis untuk menegakan diagnosa dan masalah, kebidanan yang tepat

- b. Kriteria perumusan diagnosa dan atau masalah
 - a) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan.
 - b) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.
 - c) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

3. Standar III: Perencanaan

- a. Pernyataan Standar

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.
- b. Kriteria Perencanaan
 - a) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif.
 - b) Melibatkan klien/pasien dan keluarga
 - c) Mempertimbangkan kondisi potologi, sosial budaya, klien/keluarga.
 - d) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
 - e) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

4. Standar IV: Implementasi

a. Pernyataan Standar

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based*, preventive, kuratif dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

b. Kriteria Implementasi

- a) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk biopsikososial-spiritual-kultural.
- b) Setiap tindakan asuhan harus mendapat persetujuan dari klien atau keluarga (*inform consent*).
- c) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*.
- d) Melibatkan pasien dalam setiap tindakan.
- e) Menjaga privacy pasien
- f) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
- g) Mengikuti perkembangan kondisi secara berkesinambungan.
- h) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- i) Melaksanakan tindakan sesuai dengan standar.
- j) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

5. Standar V: Evaluasi

a. Pernyataan Standar

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat efektifitas dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

b. Kriteria Evaluasi

- a) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- b) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga.
- c) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- d) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

6. Standar VI: Pencatatan Asuhan Kebidanan

a. Pernyataan Standar

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

b. Kriteria Pencatatan Asuhan Kebidanan

- a) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/Status pasien/buku KIA).
- b) Ditulis dalam bentuk perkembangan SOAP
- c) S adalah data subyektif, mencatat hasil pemeriksaan.
- d) O adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.

- e) A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
- f) P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/*follow up* dan rujukan (Indrayani, 2016).