

## **BAB II**

### **KAJIAN KASUS DAN TEORI**

#### **A. Kajian Kasus**

##### **1. Asuhan Kehamilan**

Seorang Ny. A usia 20 G1P0A0A0 merupakan ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Samigaluh I. Pada pengkajian Senin 12 Desember 2022 ibu mengatakan tidak ada keluhan. Riwayat perkawinan Ny. A yaitu kawin 1 kali dengan Tn. R pada usia 20 tahun dan saat ini sudah berjalan selama 2 bulan. Riwayat menstruasi Ny. A yaitu menarche pada usia 13 tahun dengan siklus 30 hari, teratur, lamanya 7 hari, banyaknya 3-4 kali ganti pembalut serta tidak ada masalah yang dirasakan.

Riwayat kehamilan saat ini yaitu HPHT: 3 April 2022 dan HPL: 10 Januari 2023. Ny. A pertama kali periksa hamil di Puskesmas Samigaluh I saat usia kehamilan 14 minggu 3 hari. Pergerakan janin pertama kali dirasakan usia kehamilan 18 minggu, gerakan aktif dan dalam frekuensi gerakan dalam 12 jam terakhir yaitu 10 kali. Pada pola nutrisi, eliminasi, aktivitas, dan personal hygiene Ny. A tidak ada masalah. Status imunisasi Ny. A saat ini yaitu TT5. Ny. A belum pernah hamil dan melahirkan sebelumnya serta belum pernah menggunakan kontrasepsi jenis apapun. Riwayat kesehatan Ny. A tidak pernah/ sedang menderita suatu penyakit, keluarga Ny. A juga tidak pernah/ sedang menderita suatu penyakit, tidak memiliki riwayat keturunan kembar, tidak mempunyai alergi, dan tidak memiliki kebiasaan tertentu seperti merokok, minum jamu, ataupun makanan/minuman pantangan. Kehamilan ini sebelumnya merupakan kehamilan yang tidak direncanakan dan termasuk KTD. Namun seiring berjalannya waktu, Ny. A dan keluarga bisa menerima kehamilan dan suami serta keluarga selalu memberikan dukungan kepada Ny. A. Ny. A rencana melahirkan di Puskesmas Samigaluh I secara spontan.

Dari data objektif didapatkan bahwa keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TD: 117/75 mmHg, nadi: 80 x/menit, pernapasan: 20x/menit, suhu tubuh: 36,6°C. BB: 54,7 kg dan TB: 154 cm, BMI: 20,24 kg/m<sup>2</sup> dan

LiLA: 25 cm. Berdasarkan pemeriksaan fisik tidak ditemukan masalah. Pada pemeriksaan Leopold didapatkan hasil TFU 3 jari dibawah PX/27 cm, presentasi kepala, punggung kiri, dan kepala belum masuk PAP. TBJ: 2325 gram dan DJJ: 144x/menit dengan irama teratur.

Ny. A sudah melakukan ANC terpadu pada 19 Oktober 2022 dan didapatkan hasil pemeriksaan penunjang yaitu Hb: 10,5 gr/dL, HbsAg: non reaktif, PITC: Non reaktif, syphilis: negative. Sedangkan pemeriksaan oleh dokter umum, dokter gigi, dan gizi semuanya dalam keadaan normal. Pada pemeriksaan Hb tanggal 17 November 2022 didapatkan hasil Hb: 12,0 gr/dL.

Analisa sesuai kajian yaitu Ny.A usia 20 tahun G1P0A0A0 usia 20 tahun usia kehamilan 36 minggu lebih 1 hari dengan kehamilan normal. Ny. A tidak mengalami keluhan atau tidak ada masalah. Kebutuhannya yaitu pemberian KIE tanda-tanda persalinan, KIE ketidaknyamanan dan tanda bahaya kehamilan trimester 3, KIE pantau gerakan janin, KIE nutrisi, KIE personal hygiene, dan KIE pola istirahat.

Pemantauan kehamilan pada 29 Desember 2022 dan 7 Januari 2023, ibu tidak mengalami keluhan apapun dan belum merasakan tanda-tanda persalinan. Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, dan tanda-tanda vital dalam batas normal. Selanjutnya diberikan KIE sesuai kebutuhan ibu hamil trimester 3.

## **2. Asuhan Persalinan dan Bayi Baru Lahir**

### **a. Asuhan Persalinan**

Ny.A mengatakan mules sejak pukul 03.00 WIB. Pada pukul 08.00 WIB Ny. A datang ke Puskesmas Samigaluh I. Setelah dilakukan pemeriksaan dalam, didapatkan hasil pembukaan 7 cm. Setelah itu ibu langsung dimasukkan ke ruang bersalin untuk dilakukan observasi lebih lanjut. Ny. A mengatakan dipantau secara berkala.

Ny. A mengatakan ketuban pecah pukul 10.30 WIB dan hasil periksa dalam didapatkan sudah pembukaan lengkap atau 10 cm. Selanjutnya ibu langsung dipimpin meneran dan bayi lahir secara spontan pada pukul 11.00 WIB.

b. Asuhan Bayi Baru Lahir

Bayi Ny.A lahir 9 Januari 2023 pukul 11.00 WIB di Puskesmas Samigaluh I secara spontan. Bayi lahir dengan berat lahir yaitu 2630 gram, PB: 48 cm, dan LK: 31 cm. bayi langsung diberikan penatalaksanaan pada bayi baru lahir normal yaitu IMD, injeksi vitamin K, pemberian salep mata, pemberian imunisasi HB0.

**3. Asuhan Masa Nifas dan Neonatus**

a. Asuhan Masa Nifas

1) Asuhan Masa Nifas 10 Januari 2023 (KF I)

Pemeriksaan nifas dilakukan di Puskesmas Samigaluh I dan pengkajian dilakukan melalui WhatsApp. Ibu mengatakan ASI lancar, BAK (+), BAB (-) dan ibu tidak mengalami keluhan apapun. Hasil pengkajian objektif dari buku KIA menunjukkan Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TTV: dbn, lochea: rubra. Ibu diberikan KIE mengenai kebutuhan ibu nifas.

2) Asuhan Masa Nifas 12 Januari 2023 (KF II)

Pemeriksaan nifas dilakukan di Puskesmas Samigaluh I dan pengkajian dilakukan melalui WhatsApp. Ibu mengatakan ASI lancar, BAK (+), BAB (+) dan ibu tidak ada keluhan. Berdasarkan buku KIA: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TTV: dbn, lochea: sanguilenta. Ibu diberikan KIE mengenai kebutuhan ibu nifas.

3) Asuhan Masa Nifas 2 Februari 2023 (KF III)

Pemeriksaan nifas dilakukan di Puskesmas Samigaluh I dan pengkajian dilakukan melalui WhatsApp. Ibu mengatakan sudah tidak ada keluhan. Berdasarkan buku KIA: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis TD: 126/80 mmHg, N: 88x/menit, R: 20x/menit, S: dbn, lochea: alba. Ibu diberikan KIE kebutuhan masa nifas.

4) Asuhan Masa Nifas 16 Februari 2023 (KF IV)

Pemeriksaan nifas dilakukan di Puskesmas Samigaluh I dan pengkajian dilakukan melalui WhatsApp Ibu. mengatakan tidak ada keluhan. Sampai saat ini hanya memberikan ASI, sudah tidak ada pengeluaran

darah nifas. Berdasarkan buku KIA, keadaan umum baik, kesadaran composmentis, dan TTV: dbn. Ibu diberikan KIE mengenai kebutuhan masa nifas.

b. Asuhan Neonatus

1) Asuhan Neonatus 10 Januari 2023 (KN I)

Saat ini By.Ny.A berusia 1 hari. Ibu mengatakan bayinya sehat, aktif, dan menyusu kuat.

2) Asuhan Neonatus 16 Januari 2023 (KN II)

Saat ini By.Ny.A berusia 7 hari. Ibu mengatakan bayi menyusu kuat namun kulit dan bagian mata bayi kuning. Ibu membawa bayi ke Puskesmas dan mendapat rujukan ke Rumah Sakit untuk mendapat penanganan lebih lanjut.

3) Asuhan Neonatus 20 Januari 2023 (KN III)

Saat ini By.Ny.A berusia 11 hari. Ibu mengatakan kulit dan mata bayinya masih kuning dan ibu sudah membawa anaknya ke Rumah Sakit untuk penanganan ikterik, Berdasarkan hasil pemeriksaan oleh dokter, ikterik pada bayinya sudah termasuk ikterik patologis (masalah) sehingga diperlukan tindakan lanjutan yaitu fototerapi. Bayi diberikan tindakan fototerapi selama 27 jam.

**4. Asuhan Keluarga Berencana**

Pengkajian dilakukan melalui WhatsApp Chat. Ibu sebelumnya sudah mendapatkan konseling mengenai KB, jenis, kelebihan dan kekurangannya. Tujuan ibu menggunakan KB yaitu untuk menjarangkan kehamilan. Setelah berdiskusi dengan suami, Ny.A memutuskan menggunakan kontrasepsi jenis implan. KB implan telah dipasang pada 16 Februari 2023 di Puskesmas Samigaluh 1. Ibu hanya mengeluh di nyeri dilokasi pemasangan dan sudah diberikan KIE sesuai kebutuhan. Selain itu ibu tidak mengalami keluhan lain.

## **B. Kajian Teori**

### **1. Asuhan Berkesinambungan (*Continuity of Care/COC*)**

*Continuity of care* merupakan serangkaian kegiatan pelayanan berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana. Kemenkes RI menyatakan bahwa asuhan kebidanan berkelanjutan terdiri dari pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan, masa sesudah melahirkan, penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi, serta pelayanan kesehatan seksual yang diselenggarakan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara menyeluruh terpadu dan berkesinambungan. *Continuity of care* yang dilakukan oleh bidan umumnya berorientasi untuk meningkatkan kesinambungan pelayanan dalam suatu periode.<sup>4</sup>

*Continuity of care* memiliki 3 jenis pelayanan yaitu manajemen, informasi, dan hubungan. Kesinambungan manajemen melibatkan komunikasi antar perempuan dan bidan. Kesinambungan informasi menyangkut ketersediaan waktu yang relevan. Kedua hal tersebut penting untuk mengatur dan memberikan pelayanan kebidanan.<sup>4</sup> Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan dari bidan hampir delapan kali lipat lebih besar untuk melakukan persalinan di bidan yang sama. Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan oleh bidan melaporkan kepuasan lebih tinggi terkait informasi, saran, penjelasan, tempat persalinan, persiapan persalinan, pilihan untuk menghilangkan rasa sakit dan pengawasan oleh bidan. Penelitian di Denmark memiliki kesamaan hasil penelitian bahwa dengan *Continuity of care* mendapatkan pengalaman yang membaik, mengurangi morbiditas maternal, mengurangi penggunaan intervensi pada saat persalinan termasuk operasi Caesar, meningkatkan jumlah persalinan normal dibandingkan dengan perempuan yang merencanakan persalinan dengan tindakan. Hasil yang signifikan secara *continuity of care* secara women center meliputi dukungan, partisipasi dalam pengambilan keputusan, perhatian terhadap psikologis, kebutuhan dan harapan pada saat akan melahirkan, informasi dan menghargai perempuan.<sup>5</sup>

Tujuan utama *continuity of care* dalam asuhan kebidanan yaitu salah satunya mengubah paradigma bahwa hamil dan melahirkan bukan suatu penyakit, melainkan suatu fisiologis dan tidak memerlukan suatu intervensi. Keberhasilan *continuity of care* akan meminimalisir intervensi yang tidak dibutuhkan dan menurunkan kasus keterlambatan penatalaksanaan kegawatdaruratan maternal neonatal.<sup>6</sup>

## 2. Konsep Kehamilan

### a. Definisi kehamilan

Kehamilan merupakan proses yang alamiah. Perubahan yang terjadi pada seorang wanita selama kehamilan normal bersifat fisiologis. Sehingga asuhan yang diberikan adalah asuhan yang meminimalkan intervensi.<sup>7</sup>

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum kemudian dilanjutkan dengan nidasi dan implantasi. Perhitungan dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi pada kehamilan normal akan berlangsung 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. kehamilan terbagi menjadi 3 trimester, dimana trimester satu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua terhitung dari setelah minggu ke-12 hingga minggu ke-24, dan trimester ketiga dari setelah minggu ke-24 hingga minggu ke-40.<sup>7</sup>

### b. Fisiologis kehamilan

Proses kehamilan sampai persalinan merupakan mata rantai satu kesatuan dari konsepsi, nidasi, pengenalan adaptasi, pemeliharaan kehamilan, perubahan endokrin sebagai persiapan dalam kelahiran bayi, dan persalinan dengan kesiapan pemeliharaan bayi.<sup>8</sup>

#### 1) Ovulasi

Ovulasi adalah proses pelepasan ovum yang dipengaruhi oleh sistem hormonal yang kompleks. Setiap bulan wanita melepaskan satu sampai dua sel telur dari indung telur (ovulasi) yang ditangkap oleh umbai-umbai (fimbriae) dan masuk ke dalam sel telur. Pelepasan telur (ovum) hanya terjadi satu kali setiap bulan, sekitar hari ke-14 pada siklus menstruasi normal 28 hari.<sup>9</sup>

## 2) Spermatozoa

Proses pembentukan spermatozoa merupakan proses yang kompleks, spermatogonium berasal dari primitive tubulus, menjadi spermatosid pertama, menjadi spermatosit kedua, menjadi spermatid, akhirnya spermatozoa. Sebagian besar spermatozoa mengalami kematian dan hanya beberapa ratus yang dapat mencapai tuba falopi. Spermatozoa yang masuk ke dalam alat genitalia wanita dapat hidup selama tiga hari, sehingga cukup waktu untuk mengadakan konsepsi.<sup>9</sup>

## 3) Pembuahan (Konsepsi/Fertilisasi)

Pertemuan sel sperma dan sel telur disebut sebagai konsepsi/fertilisasi. Fertilisasi adalah penyatuan ovum (oosit sekunder) dan spermatozoa yang biasanya berlangsung di ampulla tuba. Keseluruhan proses konsepsi berlangsung seperti uraian dibawah ini:

- a) Ovum yang dilepaskan dalam proses ovulasi, diliputi oleh korona radiata yang mengandung persediaan nutrisi.
- b) Pada ovum dijumpai inti dalam bentuk metaphase di tengah sitoplasma yang vitelus.
- c) Dalam perjalanan, korona radiata makin berkurang pada zona pelusida. Nutrisi dialirkan ke dalam vitelus, melalui saluran zona pelusida.
- d) Konsepsi terjadi pada pars ampularis tuba, tempat yang paling luas yang dindingnya penuh jonjot dan tertutup sel yang mempunyai silia. Ovum mempunyai waktu hidup terlama di dalam ampulla tuba.
- e) Ovum siap dibuahi setelah 12 jam dan hidup selama 48 jam.<sup>10</sup>

## 4) Nidasi atau implantasi

Nidasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi ke dalam endometrium. Umumnya nidasi terjadi pada depan atau belakang rahim dekat fundus uteri. Terkadang pada saat nidasi terjadi sedikit perdarahan akibat luka desidua yang disebut tanda Hartman. Pada hari keempat hasil konsepsi mencapai stadium blastula disebut blastokista, suatu bentuk yang di bagian luarnya adalah trofoblas dan di bagian

dalamnya disebut massa inner cell. Massa inner cell ini berkembang menjadi janin dan trofoblas akan berkembang menjadi plasenta. Sejak trofoblas terbentuk, produksi hormone hCG dimulai, suatu hormone yang memastikan bahwa endometrium akan menerima (reseptif) dalam proses implantasi embrio.<sup>11</sup>

#### 5) Plasentasi

Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Setelah nidasi embrio ke dalam endometrium, plasentasi dimulai. Pada manusia plasentasi berlangsung sampai 12-18 minggu setelah fertilisasi. Pertumbuhan plasenta makin lama makin besar dan luas, umumnya mencapai pembentukan lengkap pada usia kehamilan sekitar 16 minggu. Plasenta dewasa/lengkap yang normal memiliki karakteristik berikut:

- a) Bentuk bundar /oval
- b) Diameter 15-25 cm, tebal 3-5 cm
- c) Berat rata-rata 500-600 gr.
- d) Inseri tali pusat (tempat berhubungan dengan plasenta) dapat di tengah/sentralis, disamping/lateralis, atau tepi ujung tepi/marginalis.
- e) Di sisi ibu, tampak daerah-daerah yang agak menonjol (katiledon) yang diliputi selaput tipis desidua basialis.
- f) Di sisi janin, tampak sejumlah arteri dan vena besar (pembuluh korion) menuju tali pusat. Korion diliputi oleh amnion.
- g) Sirkulasi darah ibu di plasenta sekitar 300 cc/menit (20 minggu) meningkat sampai 600-700 cc/ menit (aterm).<sup>8</sup>

#### c. Perubahan Anatomi dan Fisiologi Kehamilan

##### 1) Uterus

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, amnion) sampai 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 yang volume totalnya mencapai 20 liter atau lebih dengan berat rata-rata 1100 gram.<sup>12</sup>

## 2) Serviks

Perubahan yang penting pada serviks dalam kehamilan adalah menjadi lunak. Sebab pelunakan ini adalah pembuluh dalam serviks bertambah dan arena timbulnya oedema dari serviks dan hyperplasia serviks. Pada akhir kehamilan serviks menjadi sangat lunak dan portio menjadi pendek (pendek setengahnya mendatar) dan dapat dimasuki dengan mudah oleh satu jari.<sup>12</sup>

## 3) Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan diovarium. Folikel ini juga berfungsi maksimal 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai hasil pengambil progesteron dalam jumlah yang relative minimal.<sup>12</sup>

## 4) Vagina dan Perineum

Dinding vagina mengalami nbanyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat dan hipertrofi sel otot polos. Peningkatan volume sekresi vagina juga terjadi dimana sekresi akan berwarna keputihan, menebal dan PH antara 3,5-6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktat glikogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari lactobacillus acidophilus.<sup>12</sup>

## 5) Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudara menjadi lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena dibawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak. Setelah bulan pertama cairan kuning bernama kolustrum akan keluar. Kolostrum ini berasal dari kelenjar-kelenjar asinus yang mulai bersekresi. Meskipun dapat dikeluarkan, air

susu belum dapat diproduksi karna hormone prolactin ditekan oleh prolactin inhibiting hormone. Setelah persalinan kadar progesterone dan estrogen menurun sehinggaa pengaruh inhibisi progesterone terhadap laktalbumin akan hilang. Peningkatan prolactin akan merangsang sintesis lactose dan pada akhirnya akan meningkatkan produksi air susu.<sup>12</sup>

6) Sistem Kardiovaskuler

Pada minggu ke-5 cardiac output akan meningkat dan perubahan ini terjadi untuk mengurangi resistensi vascular sistemik.<sup>12</sup>

7) Sirkulasi Urinaria

Pada trimester kedua aliran darah ginjal meningkat dan tetap terjadi hingga usia kehamilan 30 minggu, setelah itu menurun secara perlahan. Ginjal mengalami pembesaran dan filtrasi glomerular. Perubahan dalam filtrasi glomerulus adalah penyebab peningkatan klirens kreatinin, urea dan asam urat yang sangat direabsorpsi pada awal kehamilan.<sup>12</sup>

8) Sistem Gastrointestinal

Rahim semakin membesar akan menekan rectum dan usus bagian bawah, sehingga terjadi sembelit atau konstipasi. Sembelit semakin berat karena ada gerakan otot didalam usus diperlambat oleh tingginya kadar progesterone.<sup>12</sup>

9) Sistem Pernapasan

Ruang abdomen yang membesar oleh karena meningkatnya ruang Rahim dan pembentukan hormone progesterone menyebabkan paru-paru berfungsi sedikit berbeda dari biasanya. Wanita hamil bernafas lebih cepat dan lebih dalam memerlukan banyak oksigen untuk janin dan dirinya. Lingkar dada wanita hamil agak membesar. Lapisan saluran pernafasan menerima lebih banyak darah dan menjadi agak tersumbat oleh penumpukan darah (kongesti). Kadang hidung dan tenggorokan mengalami penyumbatan persial akibat kongesti ini. Tekanan dan kualitas suara wanita hamil agak berubah.<sup>12</sup>

#### 10) Sistem Hematologi

Sistem hematologi adalah perubahan dan adaptasi ibu terhadap kehamilan, adaptasi dilakukan tidak jauh berbeda dengan adaptasi pada sistem tubuh lainnya yaitu untuk menjaga fungsi fisiologis, selain itu juga untuk memenuhi kebutuhan ibu serta pertumbuhan dan perkembangan janin.<sup>13</sup>

Volume darah ibu akan meningkat selama trimester pertama. Peningkatan terjadi paling cepat selama kehamilan trimester kedua, kemudian naik pada tingkat yang jauh lebih lambat selama trimester ketiga. Selanjutnya volume darah akan stabil selama beberapa minggu terakhir kehamilan. Penyebab dari peningkatan volume darah kemungkinan karena factor hormonal. Total keseluruhan volume darah merupakan hasil dari peningkatan volume darah dan sel darah merah. Plasma menyumbang sebesar 75% ( $\pm 1000\text{mL}$ ) dari kenaikan tersebut dan volume sel darah merah akan meningkat sebesar 33% ( $\pm 450\text{mL}$ ) dari nilai sebelum hamil.<sup>13</sup>

#### d. Perubahan Fisik dan Psikologis Selama Kehamilan

##### 1) Perubahan Fisik

Perubahan fisik yang terjadi meliputi perubahan sistem reproduksi, sistem kardiovaskuler, pencernaan, perubahan pada ginjal (Sehmawati dan inaya, 2018). Perubahan fisik yang terlihat yaitu perut menjadi tambah besar karena mengalami perubahan peningkatan berat badan (Nurmitasari et al, 2019).

##### 2) Perubahan Psikologis

Masa kehamilan akan terjadi berbagai perubahan pada ibu, baik secara fisiologi maupun psikologi. Perubahan tersebut sebagian besar adalah karena pengaruh hormon estrogen dan progesteron yang dihasilkan korpus luteum yang berkembang menjadi korpus graviditas dan dilanjutkan sekresinya oleh plasenta setelah terbentuk sempurna. Hal ini menyebabkan ibu merasa tidak nyaman selama kehamilan dan

memicu timbulnya stress yang ditandainya ibu sering murung (Rahmawati Lisa, 2017).

Pengaruh perubahan hormon yang berlangsung selama kehamilan juga berpengaruh dalam perubahan emosi, membuat perasaan jadi tidak menentu, konsentrasi berkurang dan sering pusing. Hal ini menyebabkan ibu merasa tidak nyaman selama kehamilan dan memicu timbulnya stress yang ditandai ibu sering murung. Gangguan emosi baik berupa stress atau depresi yang dialami pada kehamilan akan berpengaruh pada janin, kerana pada saat itu janin sedang dalam masa pembentukan, akan mengakibatkan pertumbuhan bayi terhambat (PJT) / bayi berat lahir rendah (BBLR) (Rahmawati Lisa, 2017).

Rasa tidaknyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu yang merasadirinya aneh dan jelek. Disamping itu, ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil. Pada trimester inilah ibu sangat memerlukan keterangan dan dukungan dari suami, keluarga dan bidan (Tyastuti, 2016). Mengurangi dampak perubahan psikologi pada ibu hamil ini menurut Walyani, 2015 bisa melalui:

a) Support keluarga

Dukungan selama kehamilan sangat dibutuhkan bagi seorang wanita yang mengalami kehamilan, terutama dari orang terdekat apalagi suami dan keluarga. Seorang wanita akan merasa tenang dan nyaman terhadap dukungan keluarga. Lingkungan keluarga yang harmonis juga sangat berpengaruh terhadap emosi ibu hamil.

b) Peran bidan

Bidan harus memahami berbagai perubahan psikologis yang terjadi pada ibu hamil untuk setiap trimester agar asuhan yang diberikan tepat sesuai kebutuhan ibu. Bidan harus mampu mengidentifikasi keadaan ibu, lingkungan ibu, keluarga, ekonomi, pekerjaan sehari-hari. Dukungan psikososial untuk ibu hamil akan meningkatkan

kesejahteraan ibu hamil. Adapun jenis dukungan psikosial yang dapat diberikan yaitu berupa *emosional support* dan *practical support*.

e. Tanda dan Gejala Kehamilan

Tanda-tanda kehamilan adalah sekumpulan tanda atau gejala yang timbul pada wanita hamil dan terjadi akibat adanya perubahan fisiologis dan psikologis pada masa kehamilan. Tanda-tanda kehamilan yang dialami oleh ibu hamil dibagi menjadi tiga kategori, yaitu tanda tidak pasti hamil, tanda kemungkinan hamil, dan tanda pasti hamil.<sup>11</sup>

1) Tanda-tanda tidak pasti kehamilan

a) Rahim membesar

Terjadi perubahan bentuk, besar dan konsistensi rahim. Pada pemeriksaan dalam diraba bawah uterus membesar dan makin lama makin bundar bentuknya.<sup>9</sup>

b) Tanda *Chadwick*

Adanya hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiru-biruan (*livide*). Warna porsio pun tampak *livide*, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormon estrogen.<sup>10</sup>

c) Tanda hegar

Konsistensi rahim dalam kehamilan berubah menjadi lunak, terutama daerah ismus. Pada minggu-minggu pertama ismus uteri mengalami hipertrofi seperti korpus uteri. Hipertrofi ismus pada triwulan pertama mengakibatkan ismus terjadi panjang dan lebih lunak. Sehingga kalau kita letakan 2 jari dalam fornix posterior dan tangan satunya pada dinding perut di atas simpisis, maka ismu ini teraba seolah-olah korpus uteri sama sekali terpisah dari uterus.<sup>9</sup>

d) Tanda *piscaseck*

Uterus mengalami pembesaran, kadang-kadang pembesaran tidak rata tetapi di daerah indung telur bernidasi lebih cepat tumbuhnya. Hal ini menyebabkan uterus membesar ke salah satu jurusan pembesaran tersebut.<sup>11</sup>

e) Tanda *Braxton hicks*

Bila uterus dirangsang akan mudah berkontraksi. Walaupun palpasi atau pemeriksaan dalam uterus yang tadinya lunak akan menjadi keras karena kontraksi. Tanda ini keras untuk uterus dalam masa kehamilan.<sup>11</sup>

f) Tanda *goodell's*

Di luar kehamilan konsistensi serviks keras, kerasnya seperti kita merasa ujung hidung, dalam kehamilan serviks menjadi lunak dalam perabaan selunak bibir atau ujung bawah daun telinga.<sup>11</sup>

g) Reaksi kehamilan positif

Cara khas yang di pakai dengan menentukan adanya human chorionic gonadotropin pada kehamilan mudah adalah air kencing pertama pada pagi hari. Dengan tes ini dapat membantu menentukan diagnosa kehamilan sedini mungkin.<sup>9</sup>

2) Tanda kemungkinan hamil

a) *Amenorhea*

Pada wanita hamil terjadi kosepsi dan nidasi yang menyebabkan tidak terjadi pembentukan Folikel de graff dan ovulasi. Hal ini menyebabkan terjadinya amenore pada seseorang wanita yang sedang hamil.<sup>10</sup>

b) Nausea, yaitu enek, *emesis* yang berarti mual

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan. Mual dan muntah di pagi hari disebut morning sickness. Dalam batas yang fisiologis keadaan ini dapat diatasi. Akibat mual dan muntah nafsu makan berkurang.<sup>11</sup>

c) *Miksi* atau sering buang air kecil

Desakan rahim kedepan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Pada triwulan kedua, gejala ini sudah menghilang.<sup>10</sup>

d) Payudara tegang

Pengaruh hormon estrogen, progesteron dan somatomamotrofin menimbulkan deposit lemak, air dan garam pada payudara. Payudara membesar dan tegang. Ujung saraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama.<sup>10</sup>

e) Pigmentasi kulit

Terdapat Pigmentasi kulit di sekitar pipi (cloasma gravidarum). Pada dinding perut terdapat striae albican, striae livide dan linea nigra semakin menghitam. Pada sekitar payudara terdapat hiperpigmentasi pada bagian areola mammae, puting susu makin menonjol.<sup>8</sup>

f) Pica atau mengidam

Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang di inginkan disebut ngidam.<sup>8</sup>

g) Sinkope atau pingsan

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskema susunan saraf pusat dan menimbulkan sinkope atau pingsan. keadaan ini menghilang setelah usia kehamilan 16 minggu.<sup>11</sup>

h) Konstipasi atau obstipasi

Pengaruh hormon progesterone dapat menghambat peristaltik usus dan menyebabkan kesulitan buang air besar.<sup>11</sup>

i) Epulis

Hipertrofi gusi yang disebut epulis, dapat terjadi saat kehamilan.<sup>9</sup>

j) Varices

Karena pengaruh dari hormon estrogen dan progesteron terjadi penampakan pembuluh darah vena, terutama pada mereka yang mempunyai bakat. Penampakan pembuluh darah menghilang setelah persalinan.<sup>10</sup>

### 3) Tanda pasti kehamilan

#### a) Gerakan janin

Gerakan janin dapat dirasakan ibu primigravida pada umur kehamilan 18 minggu, sedangkan ibu multigravida pada usia kehamilan 16 minggu.

#### b) Sinar rontgen

Pada pemeriksaan sinar rontgen, terlihat kerangka janin.

#### c) Ultrasonografi (USG)

Dapat terlihat gambaran janin berupa kantong janin, panjang janin, dan diameter biparietal hingga dapat diperkirakan tuanya kehamilan dengan menggunakan USG.

#### d) Palpasi

Dapat dilakukan dengan palpasi menurut Leopold pada akhir trimester II

#### e) Denyut jantung janin (DJJ)

Dapat diketahui dengan *fetal electrocardiograph* (pada kehamilan 12 minggu), dengan *doppler* (kehamilan 12 minggu), dan stetoskop *leanec* (kehamilan 18-20 minggu).<sup>9</sup>

### f. Diagnosa Banding Kehamilan

Pembesaran perut wanita tidak selamanya merupakan kehamilan sehingga perlu dilakukan diagnosis banding sebagai berikut:

- 1) Hamil palsu (*Pseudosiesis*) atau Kehamilan *Spuria*, Dijumpai tanda dugaan hamil, tetapi dengan pemeriksaan alat canggih dan tes biologis tidak menunjukkan kehamilan.
- 2) Tumor Kandungan atau *Mioma Uteri*, Terdapat pembesaran rahim tetapi tidak disertai tanda hamil. Bentuk pembesaran merata. Perdarahan banyak saat menstruasi.
- 3) *Kista Ovarium*, Pembesaran perut tetapi tidak disertai tanda hamil dan menstruasi terus berlangsung. Lamanya pembesaran perut dapat melampaui usia kehamilan. Pemeriksaan tes biologis kehamilan dengan hasil negatif.

- 4) Hematoma, Terlambat datang bulan yang dapat melampaui usia kehamilan. Perut terasa nyeri setiap bulan. Terjadi penumpukan darah dalam rahim. Tanda dan pemeriksaan kehamilan tidak menunjukkan hasil yang positif, karena himen in perforata.
- 5) Kandung Kemih yang Penuh, Dengan melakukan kateterisasi, pembesaran perut akan menghilang.<sup>14</sup>

g. Konsep kehamilan trimester III

1) Definisi

Kehamilan trimester 3 merupakan kehamilan trimester terakhir yang dimulai dari 3 bulan terakhir atau diatas minggu ke 24 sampai dengan 40 minggu.

2) Ketidaknyamanan Kehamilan Trimester III dan Cara Mengatasinya

Ketidaknyamanan pada ibu hamil trimester III menurut Pratiwi dan Fatimah (2019) yaitu sebagai berikut:<sup>15</sup>

a) Sering buang air kecil

Peningkatan frekuensi buang air kecil ini disebabkan karena tertekannya kandung kemih oleh janin. Rasa ingin buang air kecil ini cenderung tidak bisa ditahan, oleh sebab itu ibu hamil bisa lebih mengatur frekuensi minum di malam hari, mengurangi konsumsi the dan kopi.

Saat tidur ibu hamil dianjurkan menggunakan posisi berbaring miring ke kiri dengan kaki ditinggikan, dan untuk mencegah infeksi saluran kemih selesai BAK alat kelamin di bersihkan dan dikeringkan.

b) Sesak nafas

Disebabkan oleh pembesaran rahim yang menekan daerah dada. Dapat diatasi dengan senam hamil (latihan pernafasan), pegang kedua tangan diatas kepala yang akan memberi ruang bernafas yang lebih luas.

c) Insomnia (sulit tidur)

Insomnia pada ibu hamil ini biasanya dapat terjadi mulai pada pertengahan masa kehamilan sampai akhir kehamilan. Semakin bertambahnya umur kehamilan maka insomnia semakin meningkat. Insomnia dapat disebabkan oleh perubahan fisik yaitu pembesaran uterus. Di samping itu insomnia dapat juga disebabkan perubahan psikologis misalnya perasaan takut, gelisah atau khawatir karena menghadapi kelahiran.

d) Kram pada kaki

Kram pada kaki biasanya timbul pada ibu hamil mulai kehamilan 24 minggu. Kadang kala masih terjadi pada saat persalinan sehingga sangat mengganggu ibu dalam proses persalinan. Faktor penyebab belum pasti, namun ada beberapa kemungkinan diantaranya adalah kadar kalsium dalam darah rendah, uterus membesar sehingga menekan pembuluh darah pelvic, kelelahan dan sirkulasi darah ke tungkai bagian bawah kurang.

Cara untuk meringankan atau mencegah terjadinya ketidaknyamanan selama kehamilan trimester III yaitu sebagai berikut:

- a) Penuhi asupan kalsium yang cukup (susu, sayuran berwarna hijau gelap)
- b) Olahraga secara teratur
- c) Jaga kaki selalu dalam keadaan hangat
- d) Mandi air hangat sebelum tidur
- e) Meluruskan kaki dan lutut (dorsofleksi)
- f) Duduk dengan meluruskan kaki, tarik jari kaki ke arah lutut
- g) Pijat otot – otot yang kram
- h) Rendam kaki yang kram dalam air hangat atau gunakan bantal pemanas.

3) Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Tanda bahaya kehamilan trimester III menurut Walyani (2015) yaitu sebagai berikut:<sup>16</sup>

a) Perdarahan pervaginam

Perdarahan yang terjadi setelah usia kehamilan 22 minggu sampai sebelum bayi dilahirkan merupakan perdarahan inpartu sebelum kelahiran. Perdarahan di akhir kehamilan berwarna merah merupakan ketidaknormalan, keluarnya banyak dan kadang/tidak selalu serta disertai nyeri. Perdarahan seperti ini bisa berarti perdarahan karena plasenta previa.

b) Gerakan janin tidak terasa

Gerakan janin pada usia kehamilan 18 minggu keatas paling sedikit bergerak 3 kali dalam periode 3 jam. Gerakan janin yang berkurang bisa terjadi karena aktifitas ibu yang berlebihan, kematian janin, perut tegang karena kontraksi berlebihan ataupun kepala sudah masuk PAP pada kehamilan aterm. Penanganannya yaitu anjurkan ibu untuk berbaring atau beristirahat dan anjurkan ibu makan dan minum dengan baik.

c) Nyeri perut hebat

Nyeri pada abdomen yang hebat, jika tidak berhubungan dengan persalinan adalah tidak normal. Nyeri abdomen yang mengindikasikan mengancam jiwa adalah yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat kadang-kadang dapat disertai perdarahan lewat jalan lahir.

d) Sakit kepala hebat

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya kabur dan berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari preeklamsi.

e) Penglihatan kabur

Penglihatan kabur yaitu masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa, adanya perubahan penglihatan yang

mendadak kabur atau ada bayangan. Hal ini jika di sertai dengan nyeri kepala hebat mungkin suatu tanda preeklamsia dengan diagnosa penunjang periksa tekanan darah dan protein urine.

f) Bengkak pada wajah dan jari-jari tangan

Edema adalah penimbunan cairan secara umum dan berlebihan dalam jaringan tubuh dan biasanya dapat diketahui dari kenaikan berat badan disertai pembengkakan kaki, jari tangan dan muka. Edema pretibia yang ringan sering ditemukan pada kehamilan biasa sehingga tidak seberapa penting untuk penentuan diagnosa preeklamsia. Selain itu kenaikan berat badan  $\frac{1}{2}$  kg setiap minggunya dalam kehamilan masih dianggap normal, tetapi bila kenaikan 1 kg seminggu beberapa kali maka perlu kewaspadaan terhadap timbulnya preeklamsia.

4) Komplikasi Kehamilan Trimester III

Komplikasi kehamilan trimester III menurut Pratiwi dan Fatimah (2019) adalah sebagai berikut:<sup>15</sup>

a) Plasenta Previa

Plasenta previa merupakan keadaan dimana plasenta terdidasi secara tidak normal menghalangi jalan lahir. Komplikasi yang mungkin terjadi dari plasenta previa pada janin yaitu: kelainan letak janin, kelahiran preterm, distress janin pertumbuhan janin terhambat bahkan kematian pada janin. Sedangkan pada ibu menyebabkan abruption plasenta, anemia, perdarahan hebat, dan bahkan kematian ibu.

b) Solusio Plasenta

Solusio plasenta adalah terlepasnya plasenta dari implantasinya yang normal pada uterus, sebelum janin dilahirkan pada usia kehamilan diatas 22 minggu. Solusio plasenta dimulai oleh perdarahan kedalam desidua basalis.

c) Ketuban Pecah Dini (KPD)

KPD merupakan pecahnya ketuban sebelum usia kehamilan dibawah 37 minggu atau sebelum persalinan dimulai. Komplikasi dari KPD ini sendiri yaitu bisa meningkatkan kematian neonatus, meningkatkan kejadian endometritis, meningkatkan angka kelahiran preterm, meningkatkan angka infeksi amnion, hipoksia, gagalnya persalinan normal.

d) Infeksi Saluran Kemih (ISK)

ISK berupa keberadaan bakteri dalam urin (bakteriuria) dengan gejala atau tanpa gejala. Komplikasi ISK yaitu menyebabkan BBLR, kelahiran prematur, IUFD, preeklamsia, dan persalinan seksio sesaria.

e) Anemia

Anemia merupakan kadar hemoglobin yang kurang dari 11 gr/dl. Komplikasi yang disebabkan oleh anemia terhadap ibu hamil yaitu gejala kardiovaskuler, menurunnya kinerja fisik dan mental, penurunan fungsi kekebalan tubuh dan kelelahan. Pada janin dampaknya yaitu gangguan pertumbuhan janin, prematuritas, kematian janin dalam rahim, pecahnya ketuban (KPD), dan berat badan lahir rendah.

f) Preeklamsia dan Eklamsia

Preeklamsi adalah suatu sindroma spesifik pada kehamilan yang biasanya terjadi sesudah umur kehamilan 20 minggu. Keadaan ini ditandai oleh peningkatan tekanan darah 140/90 mmHg disertai oleh proteinuria. Selain itu tanda dan gejalanya disertai pembengkakan anggota tubuh, sesak nafas, sakit kepala dan penglihatan kabur.

Eklamsia adalah terjadinya kejang pada seseorang wanita dengan preeklamsi atau kejang eklamtik dimana eklamsia ini bisa terjadi di tiga fase yang disebut antepartum (selama kehamilan), intrapartum (sebelum kehamilan), pascapartum (setelah kehamilan).

h. Standar Asuhan Kebidanan Antenatal Care

Asuhan antenatal care merupakan suatu program terencana yang berupa observasi, edukasi dan penanganan medik pada ibu hamil untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persiapan persalinan yang aman dan memuaskan. Tujuan dilakukannya antenatal care yaitu sebagai berikut:<sup>16</sup>

- 1) Memantau kemajuan kehamilan dan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi
- 3) Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan/komplikasi
- 4) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu dan bayi dengan trauma seminimal mungkin
- 5) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif
- 6) Peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

Untuk menghindari komplikasi selama kehamilan dan persalinan, ibu hamil dianjurkan melakukan kunjungan antenatal care yang berkualitas minimal 6 kali selama kehamilan serta dua kali periksa ke dokter kandungan pada trimester I dan III. Berikut anjuran kunjungan antenatal care:

Tabel 1. Kunjungan Antenatal Care<sup>17</sup>

Trimester	Jumlah kunjungan minimal	Waktu kunjungan
I	1 kali	Kehamilan hingga 12 minggu
II	2 kali	Kehamilan diatas 12 minggu hingga 24 minggu
III	3 kali	Kehamilan diatas 24 minggu sampai 40 minggu

Standar pelayanan ANC ada 10 T yaitu: timbang berat badan dan ukur tinggi badan, tekanan darah, tentukan status gizi ibu hamil (LiLA), tinggi fundus uteri, tentukan presentasi janin dan DJJ, Tetanus Toksoid (TT), tablet FE, tes/periksa laboratorium, tatalaksana kasus dan temu wicara.<sup>17</sup>

### **3. Konsep Persalinan**

#### **a. Definisi Persalinan**

Persalinan merupakan proses pengeluaran janin, plasenta, dan selaput janin dari rahim melalui jalan lahir.<sup>18</sup> Persalinan juga merupakan proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau melalui jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan.<sup>19</sup>

Persalinan normal adalah pengeluaran proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala dan berlangsung dalam 18 jam tanpa adanya komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.<sup>20</sup>

Asuhan persalinan bertujuan untuk mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal dengan asuhan kebidanan persalinan yang adekuat sesuai dengan tahapan persalinan sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal.<sup>20</sup>

#### **b. Etiologi Persalinan**

Banyak faktor yang memegang peranan menyebabkan mulainya persalinan adalah sebagai berikut:<sup>20</sup>

##### **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.

## 2) Teori Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan 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 terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

## 4) Pengaruh Janin

Hipofise dan kelenjar suprarenal janin memegang peranan karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama, karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturasi janin, dan induksi (mulainya ) persalinan.

## 5) Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat keluar.<sup>21</sup>

### c. Macam-Macam Persalinan

Persalinan bisa diklasifikasikan sebagai berikut:<sup>19</sup>

- 1) Persalinan Spontan yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan dari ibu secara menyeluruh.
- 2) Persalinan Buatan berlangsung mempergunakan bantuan eksternal, misalnya ekstraksi forcep, atau operasi Sectio Caesaria.
- 3) Persalinan Anjuran yaitu dimana daya yang dibutuhkan saat persalinan diperoleh dari luar melalui rangsangan. Persalinan yang tidak dimulai

dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin.

Persalinan berdasarkan umur kehamilan diantaranya yaitu:

- 1) Abortus adalah terhentinya proses kehamilan sebelum janin dapat hidup (viable), berat janin di bawah 1.000 gram atau usia kehamilan di bawah 28 minggu.
- 2) Partus immaturus adalah pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu sampai 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500-999 gram.
- 3) Partus prematurus adalah persalinan dari hasil konsepsi pada umur kehamilan 28- 36 minggu. Janin dapat hidup, tetapi prematur, berat janin antara 1.000-2.500 gram.
- 4) Partus matures/aterm (cukup bulan) adalah partus pada umur kehamilan 37-40 minggu, janin matur, berat badan > 2.500 gram.
- 5) Partus postmaturus (serotinus) adalah persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih dari waktu partus yang ditaksir.<sup>22</sup>

d. Tanda-Tanda Persalinan

- 1) Tanda-tanda bahwa persalinan sudah dekat

*a) Lightening*

Beberapa minggu sebelum persalinan, calon ibu merasa bahwa keadaannya menjadi lebih enteng, sesek berkurang, tetapi sebaliknya ibu merasa bahwa berjalan lebih sukar, dan sering diganggu oleh perasaan nyeri pada anggota bawah.

*b) Pollakisuria*

Akhir bulan ke-9 hasil pemeriksaan didapatkan epigastrium kendor, fundus uteri lebih rendah dari pada kedudukannya dan kepala janin sudah mulai masuk ke pintu atas panggul dan menyebabkan kandung kencing tertekan hingga merangsang ibu sering kencing yang disebut Pollakisuria.

c) *False Labor*

3 atau 4 minggu sebelum persalinan, calon ibu diganggu his pendahuluan yang sebetulnya merupakan peningkatan dari kontraksi Braxton Hicks.

d) Perubahan serviks

Pada akhir bulan ke-9, pemeriksaan cervix menunjukkan bahwa cervix yang tadinya tertutup, panjang dan kurang lunak, kemudian menjadi lebih lembut, dan beberapa menunjukkan telah terjadi pembukaan dan penipisan.

e) *Energi Sport*

Beberapa ibu mengalami peningkatan energi sekitar 24-28 jam sebelum persalinan. Setelah beberapa hari sebelumnya merasa kelelahan fisik karena tuanya kehamilan, ibu mendapati satu hari sebelum persalinan dengan energi penuh.

f) *Gastrointestinal upsets*

Beberapa ibu akan mengalami tanda seperti diare, obstipasi, mual, muntah karena efek penurunan hormon terhadap sistem pencernaan.

2) Tanda-tanda persalinan

Tanda pasti dari persalinan yaitu diantaranya:<sup>20</sup>

a) Timbulnya kontraksi uterus yang disebut his persalinan yaitu his pembukaan yang mempunyai sifat:

- (1) Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan
- (2) Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan
- (3) Teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya semakin besar
- (4) Mempunyai pengaruh pada pendataran atau pembukaan serviks
- (5) Makin beraktivitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi.

b) Penipisan dan pembukaan serviks, Penipisan dan pembukaan serviks ditandai dengan adanya pengeluaran lendir darah sebagai tanda pemula.

- c) *Bloody show* (lendir disertai darah dari jalan lahir), Dengan adanya pendataran dan pembukaan, lendir dari canalis cervicalis keluar disertai dengan sedikit darah.
- d) *Premature rupture of membrane*, Merupakan keluarnya cairan banyak sekonyong-konyong dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek. Persalinan diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar.<sup>20,22</sup>

e. Tahap-Tahap Persalinan

Persalinan terbagi atas 4 kala yaitu:

1) Kala I

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga dapat berjalan jalan. Lama kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan kurva fiedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Dengan penghitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan.<sup>23</sup>

Multigravida dilatasi akan lebih cepat karena mulai usia kehamilan 38 minggu serviks mungkin sudah mengalami pembukaan sehingga saat memasuki inpartu perlunakan dan dilatasi terjadi bersama-sama. Sedangkan pada primigravida saat hamil tidak ada pembukaan sehingga saat inpartu serviks akan melunak diikuti dengan pembukaan.<sup>23</sup>

Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu:

- a) Fase laten, dimana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung selama 7-8 jam.<sup>24</sup> Data yang perlu dicatat di lembar observasi pada kala I fase laten, yaitu: denyut jantung janin (DJJ) diperiksa setiap 1 jam, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus diperiksa setiap 1 jam, nadi diperiksa setiap 30-60 menit, suhu tubuh diperiksa setiap 4 jam,

tekanan darah diperiksa setiap 4 jam, pembukaan serviks dan penurunan kepala diperiksa setiap 4 jam sekali.<sup>25</sup>

b) Fase aktif (pembukaan serviks 4-10 cm), berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase.

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

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

(3) Periode deselerasi: berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap.<sup>7</sup>

Penatalaksanaan Kala I menurut Saifuddin (2009), yaitu memberitahu ibu untuk melakukan teknik relaksasi saat ada kontraksi atau his, mengatur posisi yang nyaman untuk ibu, menganjurkan ibu untuk makan dan minum, dan memberikan dukungan mental kepala ibu serta melakukan pemantauan kemajuan persalinan dan pemantauan kesejahteraan janin.<sup>25</sup>

## 2) Kala II

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi.<sup>25</sup> Tanda dan gejala kala II yaitu: his semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50-100 detik, menjelang akhir kala I ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak, ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan/ atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka.<sup>26</sup>

Penatalaksanaan Kala II, yaitu memberikan dukungan terus menerus kepada ibu dengan: menjaga kebersihan ibu, mengipasi dan massase untuk menambah kenyamanan ibu, memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan ibu, mengatur posisi sesuai kenyamanan ibu, menjaga kandung kemih tetap kosong, memberikan minum yang

cukup, memimpin persalinan, memantau DJJ, melahirkan bayi, merangsang bayi.<sup>25</sup>

### 3) Kala III

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh prosesnya biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir.<sup>26</sup> Penatalaksanaan kala III yaitu dengan manajemen aktif kala III. Manajemen aktif kala III berupa jepit potong tali pusat, sedini mungkin, pemberian oksitosin 10 IU sesegera mungkin dengan mengecek janin tunggal, melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT) dan masase fundus setelah plasenta lahir.<sup>25</sup> Menurut penelitian yang dilakukan oleh susiloningtyas dan purwanti, berdasarkan bukti-bukti pengelolaan aktif kala III telah memberikan hasil secara bermakna terhadap penurunan resiko kasus perdarahan post partum.<sup>27</sup>

### 4) Kala IV

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhirnya dua jam setelah proses tersebut.<sup>26</sup> Asuhan dan pemantauan pada kala IV:

- a) Kesadaran penderita, mencerminkan kebahagiaan karena tugasnya untuk mengeluarkan bayi telah selesai.
- b) Pemeriksaan yang dilakukan: tekanan darah, nadi, dan pernapasan dan suhu; kontraksi rahim yang keras; perdarahan yang mungkin terjadi dari plasenta rest, luka episiotomi, perlukaan pada serviks; kandung kemih dikosongkan karena dapat mengganggu kontraksi rahim.
- c) Bayi yang telah dibersihkan diletakkan disamping ibunya agar dapat memulai pemberian ASI.
- d) Observasi dilakukan selama 2 jam dengan interval pemeriksaan setiap jam.<sup>23</sup>

## f. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

- 1) Passage (Panggul Ibu)
- 2) Power atau kekuatan

3) Passanger

4) Psikologis

5) Penolong

g. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

1) Kebutuhan fisiologis

a) Kebutuhan oksigen

Pemenuhan kebutuhan oksigen selama proses persalinan perlu diperhatikan, terutama pada kala I dan kala II, oksigen yang ibu hirup sangat penting artinya untuk oksigenasi janin melalui plasenta. Suplai oksigen yang tidak adekuat, dapat menghambat kemajuan persalinan dan mengganggu kesejahteraan janin. Indikasi pemenuhan kebutuhan oksigen adekuat adalah Denyut Jantung Janin (DJJ) baik dan stabil.

b) Kebutuhan cairan dan nutrisi

Asupan makanan yang cukup (makanan utama maupun makanan ringan), merupakan sumber dari glukosa darah, yang merupakan sumber utama energi untuk sel-sel tubuh. Kadar gula darah rendah mengakibatkan hipoglikemia. Sedangkan asupan cairan kurang, mengakibatkan dehidrasi. Ibu bersalin, hipoglikemia mengakibatkan komplikasi persalinan baik ibu dan janin akan mempengaruhi kontraksi/his, sehingga menghambat kemajuan persalinan, meningkatkan persalinan dengan tindakan dan meningkatkan risiko perdarahan postpartum. Pada janin, mempengaruhi kesejahteraan janin, mengakibatkan komplikasi persalinan seperti asfiksia. Dalam memberikan asuhan, bidan dapat dibantu anggota keluarga yang mendampingi.

c) Kebutuhan eliminasi

Anjurkan ibu untuk berkemih secara spontan sesering mungkin atau minimal setiap 2 jam sekali selama persalinan. Kandung kemih yang penuh, dapat mengakibatkan terhambatnya proses penurunan bagian terendah janin, menurunkan efisiensi his, meningkatkan rasa tidak

nyaman, meneteskan urin selama kontraksi yang kuat pada kala II, emperlambat kelahiran plasenta, dan encetuskan perdarahan pasca persalinan, karena kandung kemih yang penuh menghambat kontraksi uterus.

d) Kebutuhan hygiene (kebersihan personal)

Personal hygiene yang baik dapat membuat ibu merasa aman dan relax, mengurangi kelelahan, mencegah infeksi, mencegah gangguan sirkulasi darah, mempertahankan integritas pada jaringan dan memelihara kesejahteraan fisik dan psikis.

e) Kebutuhan istirahat

Istirahat selama proses persalinan yang dimaksud adalah bidan memberikan kesempatan pada ibu untuk mencoba relaks tanpa adanya tekanan emosional dan fisik. Hal ini dilakukan selama tidak ada his (disela-sela his). Ibu bisa berhenti sejenak untuk melepas rasa sakit akibat his, makan atau minum, atau melakukan hal menyenangkan yang lain untuk melepas lelah, atau apabila memungkinkan ibu dapat tidur.

f) Posisi dan ambulasi

Ambulasi adalah mobilisasi ibu yang dilakukan pada kala I. Persalinan merupakan suatu peristiwa fisiologis tanpa disadari dan terus berlangsung/progresif. Bidan dapat membantu ibu agar tetap tenang dan rileks, maka bidan sebaiknya tidak mengatur posisi persalinan dan posisi meneran ibu. Bidan harus memfasilitasi ibu dalam memilih sendiri posisi persalinan dan posisi meneran, serta menjelaskan alternatif-alternatif posisi persalinan dan posisi meneran bila posisi yang dipilih ibu tidak efektif.

g) Pengurangan rasa nyeri

Rasa nyeri ini apabila tidak diatasi dengan tepat, dapat meningkatkan rasa khawatir, tegang, takut dan stres, yang pada akhirnya dapat menyebabkan terjadinya persalinan lama. Teknik pengurangan rasa nyeri menurut Hellen Varney adalah: pendamping persalinan,

pengaturan posisi, relaksasi dan latihan pernafasan, istirahat dan privasi, penjelasan tentang kemajuan persalinan, asuhan diri, dan sentuhan. Tatalaksana nyeri persalinan dapat berupa tatalaksana farmakologis dan non farmakologis. Tatalaksana non farmakologis pada proses persalinan dapat dilakukan dengan menggunakan teknik relaksasi, pernapasan yang teratur, dan berbagai tindakan kenyamanan dan posisi tubuh lainnya.

h) Penjahitan perineum (jika diperlukan)

Pada ibu yang memiliki perineum yang tidak elastis, maka robekan perineum seringkali terjadi. Robekan perineum yang tidak diperbaiki, akan mempengaruhi fungsi dan estetika. Oleh karena itu, penjahitan perineum merupakan salah satu kebutuhan fisiologis ibu bersalin. Dalam melakukan penjahitan perineum, bidan perlu memperhatikan prinsip sterilitas dan asuhan sayang ibu.

i) Kebutuhan akan proses persalinan yang terstandar

Hal yang perlu disiapkan bidan dalam memberikan pertolongan persalinan terstandar dimulai dari upaya pencegahan infeksi. Dilanjutkan penggunaan APD (alat perlindungan diri. Tempat persalinan disiapkan dengan baik dan sesuai standar, dilengkapi alat, bahan yang direkomendasikan Kemenkes dan IBI. Ruang persalinan memiliki sistem pencahayaan yang cukup dan sirkulasi udara baik. Dalam melakukan pertolongan persalinan, bidan sebaiknya tetap menerapkan APN (asuhan persalinan normal) pada setiap kasus yang dihadapi ibu. Lakukan penapisan awal sebelum melakukan APN agar asuhan yang diberikan sesuai. Segera lakukan rujukan apabila ditemukan ketidaknormalan.<sup>20</sup>

2) Kebutuhan psikologis

a) Pemberian sugesti

Pemberian sugesti bertujuan untuk memberikan pengaruh pada ibu dengan pemikiran yang dapat diterima secara logis. Sugesti yang diberikan berupa sugesti positif yang mengarah pada tindakan

memotivasi ibu untuk melalui proses persalinan sebagaimana mestinya.

b) Mengalihkan perhatian

Mengalihkan perhatian dari rasa sakit yang dihadapi selama proses persalinan berlangsung dapat mengurangi rasa sakit yang sebenarnya.

c) Membangun kepercayaan

Ibu bersalin yang memiliki kepercayaan diri yang baik, bahwa dia mampu melahirkan secara normal, dan dia percaya bahwa proses persalinan yang dihadapi akan berjalan dengan lancar, maka secara psikologis telah mengafirmasi alam bawah sadar ibu untuk bersikap dan berperilaku positif selama proses persalinan berlangsung sehingga hasil akhir persalinan sesuai dengan harapan ibu.<sup>20</sup>

h. Wewenang Bidan

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 46 ayat (1) huruf a, Bidan berwenang:<sup>28</sup>

- 1) memberikan Asuhan Kebidanan pada masa sebelum hamil
- 2) memberikan Asuhan Kebidanan pada masa kehamilan normal
- 3) memberikan Asuhan Kebidanan pada masa persalinan dan menolong persalinan normal
- 4) memberikan Asuhan Kebidanan pada masa nifas
- 5) melakukan pertolongan pertama kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas, dan rujukan
- 6) melakukan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi pada masa kehamilan, masa persalinan, pascapersalinan, masa nifas, serta asuhan pascakeguguran dan dilanjutkan dengan rujukan.

i. Asuhan Persalinan Normal

- 1) Melihat tanda dan gejala kala II persalinan
  - a) Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran

- b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina
  - c) Perineum tampak menonjol
  - d) Vulva dan sfingter ani membuka
- 2) Memastikan perlengkapan, bahan, obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
  - 3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
  - 4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
  - 5) Memakai satu sarung tangan dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
  - 6) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/ wadah desinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).
  - 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas/ kasa yang sudah dibasahi air DTT. Jika mulut vagina, perineum, anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas/kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan dengan benar di dalam larutan terkontaminasi).
  - 8) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.

- 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan yang kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan.
- 10) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan DJJ dalam batas normal (120-160 x/ menit).
- 11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
  - a) Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan dekontaminasikan temuan-temuan.
  - b) Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran.
- 13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran
  - a) Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
  - b) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.
  - c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya.
  - d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.
  - e) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
  - f) Menilai DJJ setiap 5 menit.

- g) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60 menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.
  - h) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi dan beristirahat di antara kontraksi.
  - i) Jika bayi belum lahir atau kelahiran atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.
- 14) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
  - 15) Meletakkan kain yang bersih yang dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
  - 16) Membuka partus set.
  - 17) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
  - 18) Saat kepala bayi membuka vulva diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.
  - 19) Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.
  - 20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi.
    - a) Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
    - b) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya

- 21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arcus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
- 23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai dari kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
- 24) Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.
- 25) Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi.
- 26) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi. Lakukan penyuntikkan oksitosin/ IM.
- 27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama.
- 28) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara kedua klem.

- 29) Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.
- 30) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dengan memulai memberikan ASI jika ibu menghendakinya.
- 31) Meletakkan kain bersih, kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
- 32) Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.
- 33) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit/ im di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.
- 34) Memindahkan klem pada tali pusat.
- 35) Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
- 36) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke atas dan belakang (dorsokranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.
- 37) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.

- a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva.
- b) Jika plasentanya tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit:
  - (1) Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit/im
  - (2) Menilai kandung kemih, dilakukan kateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu
  - (3) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan
  - (4) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya
  - (5) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.
- 38) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.
- 39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi.
- 40) Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus.
- 41) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.
- 42) Menilai ulang uterus, memastikan berkontraksi dengan baik.
- 43) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke larutan klorin 0,5% membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air desinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkan dengan kain yang bersih dan kering.

- 44) Menempatkan klem tali pusat DTT atau steril atau mengikat tali DTT dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
- 45) Mengikat satu lagi simpul mati di bagian pusat yang bersebarangan dengan simpul mati yang pertama.
- 46) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%.
- 47) Menyelimutkan kembali bayi, menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih dan kering.
- 48) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
- 49) Melanjutkan pemantauan kontraksi, perdarahan pervaginam.
  - a) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan
  - b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan
  - c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan
  - d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri
  - e) Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesi lokal dan menggunakan teknik yang sesuai
- 50) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
- 51) Mengevaluasi kehilangan dara
- 52) Memeriksa tekanan darah, nadi dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
  - a) Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama persalinan.
  - b) Melakukan tindakan sesuai temuan yang tidak normal
- 53) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi selama 10 menit. Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.

- 54) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
- 55) Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 56) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
- 57) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
- 58) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luardan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 60) Melengkapi partograf.<sup>22</sup>

#### **4. Konsep Masa Nifas**

##### **a. Definisi Masa Nifas**

Masa nifas (Puerperium) adalah masa pemulihan kembali yang dimulai setelah persalinan sampai alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Lama masa nifas kira-kira 6 minggu akan tetapi seluruh alat genital baru pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil dalam waktu 3 bulan. selama masa ini fisiologi saluran reproduktif kembali pada keadaan normal.<sup>29</sup>

Asuhan masa nifas memiliki tujuan:<sup>30</sup>

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayi baik secara psikis maupun psikologis
- 2) Mendeteksi masalah, mengobati dan merujuk apabila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi
- 3) Memberikan Pendidikan kesehatan tentang perawatan diri, nutrisi, cara dan manfaat menyusui, imunisasi, serta perawatan bayi sehari-hari.
- 4) Memberikan pelayanan KB
- 5) Memberikan Pendidikan mengenai laktasi dan perawatan payudara.

Asuhan masa nifas berdasarkan waktu kunjungan nifas:<sup>31</sup>

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

4) Kunjungan IV (6 minggu setelah persalinan)

- a) Menanyakan pada ibu tentang keluhan dan penyulit yang dialaminya.
- b) Memberikan konseling untuk menggunakan KB secara dini.

b. Tahap-Tahap Masa Nifas

1) Periode *Immediate Postpartum*

Masa ini merupakan masa segera setelah plasenta lahir hingga 24 jam. Fase ini merupakan fase kritis dimana sering terjadi insiden perdarahan postpartum karena atonia uteri. Oleh karena itu dibutuhkan pemantauan secara ketat yang meliputi: kontraksi uterus, pengeluaran lochea, kandung kemih dan tekanan darah serta suhu.<sup>29</sup>

2) Periode *Early Postpartum* (>24 jam-1 minggu)

Masa ini merupakan masa dimana bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.<sup>29</sup>

3) Periode *Late Postpartum* (>1 minggu-6 minggu)

Masa ini merupakan masa dimana bidan tetap melakukan asuhan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling perencanaan KB.<sup>29</sup>

4) *Remote Puerperium*

Masa ini merupakan waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama bila selama hamil dan bersalin memiliki penyulit dan komplikasi.<sup>29</sup>

c. Periode Pada Masa Nifas

Nifas terbagi menjadi tiga periode:<sup>30</sup>

1) Puerperium Dini

Merupakan kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.

2) Puerperium Intermedial

Kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia, lamanya 6-8 minggu.

### 3) Remote Puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau bersalin mengalami komplikasi.

#### d. Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas

Perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu nifas meliputi hal-hal berikut ini:

##### 1) Perubahan pada sistem reproduksi

###### a) Involusi

Involusi merupakan kembalinya uterus pada ukuran, tonus dan posisi sebelum hamil. Mekanisme involusi uterus meliputi:

(1) Iskemia miometrium: hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.

(2) Atrofi jaringan yang terjadi sebagai reaksi penghentian hormon estrogen saat pelepasan plasenta

(3) Autolisis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur sehingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Proses autolisis ini terjadi karena penurunan hormon estrogen dan progesterone.<sup>32</sup>

(4) Efek Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi suplai darah pada tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.<sup>26</sup>

Dalam keadaan normal, uterus mencapai ukuran besar pada masa sebelum hamil sampai dengan kurang dari 4 minggu, berat uterus setelah kelahiran kurang lebih 1 kg sebagai akibat involusi. Satu

minggu setelah melahirkan beratnya menjadi kurang lebih 500 gram, pada akhir minggu kedua setelah persalinan menjadi kurang lebih 300 gram, setelah itu menjadi 100 gram atau kurang.<sup>26</sup>

Tabel 2. Involusi Uteri

Involusi Uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari (minggu 1)	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram	7,5 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

b) Pengeluaran lochea atau pengeluaran pervaginam

Lochea berasal dari bahasa latin yang digunakan untuk menggambarkan perdarahan pervaginam setelah persalinan. Macam-macam lochea:<sup>31</sup>

- (1)Lochea rubra (crueanta): Berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks caseosa, lanugo, dan mekonium selama 2 hari pasca persalinan.
- (2)Lochea sanguilenta: Berwarna merah kuning berisi darah dan lendir yang keluar dari hari ke-3 sampai ke-7 pasca persalinan.
- (3)Lochea serosa: Berwarna kuning dan cairan ini tidak berdarah lagi pada hari ke 7-14 pasca persalinan.
- (4)Lochea alba:Cairan putih yang terjadinya pada hari setelah 2 minggu.
- (5)Lochea purulenta: Lochea ini terjadi karena infeksi yaitu keluar cairan seperti nanah dan berbau busuk.
- (6)Lochiotosis: Lochea tidak lancar keluarnya.

c) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium uteri eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks akan menutup.<sup>33</sup>

d) Vulva, vagina dan perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta perenggangan 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 postpartum, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae pada vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali. Himen tampak sebagai carunculae mirtyformis, yang khas pada ibu multipara.

Ukuran vagina agak sedikit lebih besar dari sebelum persalinan. Perubahan pada perineum postpartum 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. Hal ini dapat dilakukan pada masa nifas dengan latihan atau senam nifas.<sup>33</sup>

2) Perubahan tanda-tanda vital

Frekuensi nadi ibu secara fisiologis pada kisaran 60-80 kali permenit. Perubahan nadi yang menunjukkan frekuensi bradikardi (100 kali permenit) menunjukkan adanya tanda shock atau perdarahan. Frekuensi dan intensitas nadi merupakan tanda vital yang sensitif terhadap adanya perubahan keadaan umum ibu. Perubahan suhu secara fisiologis terjadi pada masa segera setelah persalinan, yaitu terdapat sedikit kenaikan suhu tubuh pada kisaran 0,2-0,5°C, dikarenakan aktivitas metabolisme yang meningkat saat persalinan, dan kebutuhan kalori yang meningkat saat persalinan. Perubahan suhu tubuh berada pada kisaran 36,5°C-37,5°C. Namun kenaikan suhu tubuh tidak mencapai 38°C, karena hal ini sudah menandakan adanya tanda infeksi. Perubahan suhu tubuh ini hanya terjadi beberapa jam setelah persalinan, setelah ibu istirahat dan mendapat asupan nutrisi serta minum yang cukup, maka suhu tubuh akan kembali normal.<sup>33</sup>

### 3) Perubahan pada sistem kardiovaskuler

Perubahan volume darah bergantung pada beberapa faktor, misalnya kehilangan darah selama melahirkan dan mobilisasi, serta pengeluaran cairan ekstravaskular (edema fisiologis). Pada minggu ke-3 dan ke-4 setelah bayi lahir, volume darah biasanya menurun sampai mencapai volume darah sebelum hamil.<sup>33</sup>

### 4) Perubahan pada sistem hematologi

Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas, dan juga terjadi peningkatan faktor pembekuan darah serta terjadi Leukositosis dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa postpartum. Jumlah sel darah putih tersebut masih bisa naik lagi sampai 25.000-30.000, terutama pada ibu dengan riwayat persalinan lama. Kadar hemoglobin, hematokrit, dan eritrosit akan sangat bervariasi pada awal-awal masa postpartum sebagai akibat dari volume placenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Penurunan volume dan peningkatan sel darah merah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke-3 sampai 7 postpartum dan akan kembali normal dalam 4 sampai 5 minggu postpartum.<sup>29</sup>

### 5) Perubahan pada sistem pencernaan

Sistem pencernaan selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolestrol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal. Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain: nafsu makan, mobilitas dan pengosongan usus.<sup>29</sup>

6) Perubahan pada sistem musculoskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah persalinan. Pembuluh-pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah placenta dilahirkan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fascia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi pulih kembali ke ukuran normal. Pada sebagian kecil kasus uterus menjadi retrofleksi karena ligamentum retundum menjadi kendur. Tidak jarang pula wanita mengeluh kandungannya turun. Setelah melahirkan karena ligamen, fascia, dan jaringan penunjang alat genitalia menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusnya serat-serat kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada waktu hamil, dinding abdomen masih agak lunak dan kendur untuk sementara waktu. Untuk memulihkan kembali jaringan-jaringan penunjang alat genitalia, serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, dianjurkan untuk melakukan latihan atau senam nifas, bisa dilakukan sejak 2 hari post partum.<sup>29</sup>

7) Perubahan pada sistem endokrin

Setelah melahirkan, sistem endokrin kembali kepada kondisi seperti sebelum hamil. Hormon kehamilan mulai menurun segera setelah plasenta lahir. Penurunan hormon estrogen dan progesteron menyebabkan peningkatan prolaktin dan menstimulasi air susu.

8) Penurunan berat badan

Setelah melahirkan, ibu akan kehilangan 5-6 kg berat badannya yang berasal dari bayi, plasenta dan air ketuban dan pengeluaran darah saat persalinan, 2-3 kg lagi melalui air kencing sebagai usaha tubuh untuk mengeluarkan timbunan cairan waktu hamil. Rata-rata ibu kembali ke berat idealnya setelah 6 bulan, walaupun sebagian besar mempunyai kecenderungan tetap akan lebih berat daripada sebelumnya rata-rata 1,4 kg.<sup>29</sup>

#### 9) Perubahan pada payudara

Pada saat kehamilan sudah terjadi pembesaran payudara karena pengaruh peningkatan hormon estrogen, untuk mempersiapkan produksi ASI dan laktasi. Payudara menjadi besar ukurannya bisa mencapai 800 gr, keras dan menghitam pada areola mammae di sekitar puting susu, ini menandakan dimulainya proses menyusui. Segera menyusui bayi secepat setelah melahirkan melalui proses inisiasi menyusui dini (IMD), walaupun ASI belum keluar lancar, namun sudah ada pengeluaran kolostrum. Proses IMD ini dapat mencegah perdarahan dan merangsang produksi ASI. Pada hari ke 2 hingga ke 3 postpartum sudah mulai diproduksi ASI matur yaitu ASI berwarna.<sup>34</sup>

#### 10) Perubahan peritoneum dan dinding abdomen

Ligamentum latum dan rotundum memerlukan waktu yang cukup lama untuk pulih dari peregangan dan pelonggaran yang terjadi selama kehamilan. Sebagai akibat dari ruptur serat elastik pada kulit dan distensi lama pada uterus karena kehamilan, maka dinding abdomen tetap lunak dan flaksid. Beberapa minggu dibutuhkan oleh struktur-struktur tersebut untuk kembali menjadi normal. Pemulihan dibantu oleh latihan. Kecuali untuk stria putih, dinding abdomen biasanya kembali ke penampilan sebelum hamil. Akan tetapi ketika otot tetap atonik, dinding abdomen juga tetap melemas. Pemisahan yang jelas otot-otot rektus (diastasis recti) dapat terjadi.<sup>29</sup>

#### 11) Perubahan pada sistem eliminasi

Pasca persalinan terdapat peningkatan kapasitas kandung kemih, pembengkakan dan trauma jaringan sekitar uretra yang terjadi selama proses melahirkan. Distensi yang berlebihan pada kandung kemih dapat mengakibatkan perdarahan dan kerusakan lebih lanjut. Pengosongan kandung kemih harus diperhatikan. Kandung kemih biasanya akan pulih dalam waktu 5-7 hari pasca melahirkan, sedangkan saluran kemih secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 2-8 minggu tergantung pada keadaan umum ibu atau status ibu

sebelum persalinan, lamanya kala II yang dilalui, besarnya tekanan kepala janin saat intrapartum. Dinding kandung kencing pada ibu postpartum memperlihatkan adanya oedem dan hyperemia. Kadang-kadang oedema trigonium, menimbulkan abstraksi dari uretra sehingga terjadi retensio urine.

Kandung kencing dalam masa nifas kurang sensitif dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kencing penuh atau sesudah kencing masih tertinggal urine residual (normal + 15 cc). Sisa urine dan trauma pada kandung kencing waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi. Dilatasi ureter dan pyelum normal dalam waktu dua minggu. Urine biasanya berlebihan (poliuri) antara hari kedua dan kelima, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan dan sekarang dikeluarkan. Kadang-kadang hematuri akibat proses katalitik involusi. Acetonuri terutama setelah partus yang sulit dan lama yang disebabkan pemecahan karbohidrat dan lemak untuk menghasilkan energi, karena kegiatan otot-otot rahim meningkat. Terjadi proteinuri akibat dari autolisis sel-sel otot. 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. Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama. Kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli ureter, karena bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12 – 36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok.

Keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu.<sup>29</sup>

e. Perubahan Psikologis Pada Masa Nifas

Periode kehamilan, persalinan, dan pascanatal merupakan masa terjadinya stress yang hebat, kecemasan, gangguan emosi, dan penyesuaian diri. Intervensi mendengarkan pada saat antenatal dapat menjadi strategi yang berguna untuk mencegah morbiditas psikologis. Asuhan yang supportif dan holistik membantu meningkatkan kesejahteraan emosi ibu dan mengurangi angka morbiditas psikologis pada periode pascanatal. Informasi yang adekuat dapat mengurangi tingkat kecemasan ibu dan kemungkinan distress emosi.<sup>29</sup>

Setelah persalinan ibu perlu waktu untuk menyesuaikan diri, menjadi dirinya lagi, dan merasa terpisah dengan bayinya sebelum dapat menyentuh bayinya. Perasaan ibu pada bayinya bersifat kompleks dan kontradiktif. Banyak ibu merasa takut disebut sebagai ibu yang buruk, emosi yang menyakitkan mungkin dipendam sehingga sulit dalam koping dan tidur. Ibu menderita dalam kebiasuannya sehingga menimbulkan distress karena kemarahan terhadap. Situasi

Periode ini dieskpresikan oleh Reva Rubin yang terjadi pada tiga tahap berikut ini:<sup>29</sup>

1) Taking in period (masa ketergantungan)

Terjadi pada 1-2 hari setelah persalinan, ibu masih pasif dan sangat bergantung pada orang lain, fokus perhatian terhadap tubuhnya, ibu lebih mengingat pengalaman melahirkan dan persalinan yang dialami, serta kebutuhan tidur dan nafsu makan meningkat.

2) Taking hold period

Berlangsung 3-4 hari postpartum, ibu lebih berkonsentrasi pada kemampuannya dalam menerima tanggung jawab sepenuhnya terhadap perawatan bayi. Pada masa ini ibu menjadi sangat sensitif, sehingga membutuhkan bimbingan dan dorongan perawat untuk mengatasi kritikan yang dialami ibu.

### 3) Letting go period

Dialami setelah tiba ibu dan bayi tiba di rumah. Ibu mulai secara penuh menerima tanggung jawab sebagai “seorang ibu” dan menyadari atau merasa kebutuhan bayi sangat bergantung pada dirinya.

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan adaptasi pada masa transisi menuju masa menjadi orang tua pada saat postpartum antara lain:

- 1) Respon dan dukungan keluarga serta teman
- 2) Hubungan pengalaman melahirkan terhadap harapan dan aspirasi
- 3) Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lalu
- 4) Pengaruh budaya

Masalah psikologis yang mungkin dialami ibu nifas:

- 1) Postpartum blues
- 2) Kesedihan dan duka cita
- 3) Depresi
- 4) Psikosis
- 5) Distress emosi

### f. Kebutuhan Dasar Pada Masa Nifas

#### 1) Ambulasi dini

Ambulasi dini adalah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu post partum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. Keuntungan early ambulation adalah ibu merasa lebih sehat dan kuat, faal dan kandung kemih lebih baik, dan memungkinkan untuk mengajari ibu cara merawat bayinya. Namun *early ambulation* tentunya tidak dibenarkan pada ibu post partum dengan penyulit, misalnya anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam, dan sebagainya.<sup>35</sup>

#### 2) Nutrisi

Pada masa nifas nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi pada proses menyusui.

### 3) Personal hygiene

Pada masa nifas, seorang ibu sangat rentan terhadap penyakit infeksi. Oleh karena itu kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi.

### 4) Istirahat dan tidur

Hal yang bisa dilakukan pada ibu untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur adalah:<sup>36</sup>

- a) Anjurkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
- b) Saran ibu untuk kembali pada kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur.

Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal, yaitu mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak pendarahan, dan menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

### 5) Eliminasi

Ibu diminta untuk buang air kecil (BAK) 6 jam post partum, jika dalam 8 jam post partum belum dapat berkemih atau sekali berkemih belum melebihi 100 cc, maka dilakukan kateterasi. Akan tetapi, kalau ternyata kandung kemih penuh, tidak perlu 8 jam untuk kateterisasi. Ibu post partum diharapkan dapat buang air besar (BAB) setelah hari kedua post partum. Jika hari ketiga belum juga BAB, maka perlu diberi obat pencahar per oral atau per rectal. Jika setelah pemberian obat pencahar masih belum bisa BAB, maka dilakukan klisma (huknah).<sup>34</sup>

### 6) Perawatan payudara

Menjaga payudara tetap bersih dan kering serta menggunakan BH yang menyokong payudara, jika puting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali selesai menyusui dan tetap menyusukan pada puting susu yang lecet, apabila lecet sangat

berat istirahatkan selama 24 jam dan untuk menghindari nyeri dapat minum parasetamol 1 kaplet setiap 4 – 6 jam.<sup>29</sup>

7) Aktivitas seksual

Aktivitas seksual yang dapat dilakukan oleh ibu masa nifas harus memenuhi syarat sebagai berikut:<sup>29</sup>

- a) Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu dua jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri, maka ibu aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapanpun ibu siap.
- b) Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan ini bergantung pada pasangan yang bersangkutan.

g. Tanda Bahaya Masa Nifas

- 1) Perdarahan pervaginam: Terdiri dari perdarahan postpartum primer dan sekunder.
- 2) Infeksi postpartum
- 3) Lochea yang berbau busuk (bau dari vagina)
- 4) Sub involusi uterus (pengecilan uterus yang terganggu)
- 5) Nyeri pada perut dan pelvis
- 6) Pusing dan lemas yang berlebihan, sakit kepala, nyeri epigastric, dan pengelihatan kabur
- 7) Suhu tubuh >38 derajat celsius
- 8) Payudara yang berubah merah, panas dan sakit
- 9) Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama
- 10) Rasa sakit, merah, lunak dan pembengkakan di wajah maupun ekstremitas
- 11) Demam, muntah, dan rasa sakit saat berkemih<sup>29</sup>

h. Komplikasi Masa Nifas

- 1) Perdarahan postpartum
- 2) Tissue

- 3) Trauma
- 4) Thrombosis
- 5) Infeksi nifas
- 6) Preeklampsia-eklampsia pospartum
- 7) Luka robekan dan nyeri perineum
- 8) Masalah perkemihan
- 9) Anemia postpartum
- 10) Sakit kepala, nyeri epigastrium dan perubahan penglihatan.<sup>29</sup>

## **5. Konsep Neonatus**

### **a. Definisi Neonatus**

Neonatus adalah masa kehidupan (0–28 hari), dimana terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim menuju luar rahim dan terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem. Bayi hingga umur kurang satu bulan merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi dan berbagai masalah kesehatan bisa muncul, sehingga tanpa penanganan yang tepat bisa berakibat fatal.<sup>37</sup>

Periode ini merupakan periode yang sangat rentan terhadap suatu infeksi sehingga menimbulkan suatu penyakit. Periode ini juga masih membutuhkan penyempurnaan dalam penyesuaian tubuhnya secara fisiologis untuk dapat hidup di luar kandungan seperti sistem pernapasan, sirkulasi, termoregulasi dan kemampuan menghasilkan glukosa.<sup>38</sup>

Masa Neonatus adalah masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu (28 hari) sesudah kelahiran. Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir. Neonatus dapat dibedakan menjadi 2 kategori yaitu: Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari, neonatus lanjut adalah bayi berusia 8-28 hari (Lyndon, 2014).

### **b. Klasifikasi Neonatus**

Neonatus dikelompokkan menjadi dua kelompok (Juwita & Priskusanti, 2020), yaitu:<sup>38</sup>

1) Neonatus menurut masa gestasinya

Masa gestasi atau dapat disebut dengan umur kehamilan merupakan waktu dari konsepsi yang dihitung dari ibu hari pertama haid terakhir (HPHT) pada ibu sampai dengan bayi lahir.<sup>3</sup>

- a) Bayi kurang bulan: bayi yang lahir <294 hari (<42 minggu)
- b) Bayi cukup bulan: bayi yang lahir antara 259–293 hari (37 minggu–42 minggu).
- c) Bayi lebih bulan: bayi yang lahir >294 hari (>42 minggu).

2) Neonatus menurut berat badan saat lahir

Bayi lahir ditimbang berat badannya dalam satu jam pertama jika bayi lahir di fasilitas kesehatan dan jika bayi lahir di rumah maka penimbangannya dilakukan dalam waktu 24 jam pertama setelah kelahiran.<sup>39</sup>

- a) Bayi berat badan lahir rendah: bayi yang lahir dengan berat badan  $\leq$  2,5 kg
- b) Bayi berat badan lahir cukup: bayi yang lahir dengan berat badan antara 2,5 kg–4 kg
- c) Bayi berat badan lahir rendah: bayi yang lahir dengan berat badan > 4 kg.

c. Jadwal Kunjungan Neonatus

Kunjungan Neonatus Bayi usia kurang dari satu bulan merupakan golongan umur yang paling rentan terkena risiko gangguan kesehatan. Upaya kesehatan yang dilakukan untuk mengurangi risiko tersebut adalah dengan memberikan pelayanan kunjungan neonatal (KN).<sup>40</sup>

Cakupan kunjungan neonatal (KN) adalah persentase neonatal (bayi kurang dari satu bulan) yang memperoleh kunjungan neonatal minimal tiga kali dari tenaga kesehatan, kunjungan neonatal I (KN 1) pada 6-48 jam setelah lahir, kunjungan neonatal II (KN 2) pada hari 3- 7 hari, kunjungan neonatal III (KN 3) pada 8-28 hari.<sup>37</sup>

Kunjungan neonatal ini dimaksudkan untuk melihat jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan neonatal. Pelayanan kesehatan yang

diberikan oleh dokter / bidan / perawat, dapat dilaksanakan di puskesmas atau melalui kunjungan rumah. Dalam melaksanakan pelayanan neonatus, petugas kesehatan disamping melakukan pemeriksaan kesehatan bayi juga melakukan konseling perawatan bayi kepada ibu. Perawatan tersebut meliputi pelayanan kesehatan neonatus dasar yaitu tindakan resusitasi, pencegahan hipotermia, pemberian ASI dini dan eksklusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, tali pusat, kulit, dan pemberian imunisasi, pemberian Vitamin K, Manajemen Terpadu Balita Muda (MTBM) dan penyuluhan perawatan neonatus dirumah.<sup>40</sup>

Tujuan dari kunjungan neonatus, yaitu melakukan pemeriksaan ulang pada bayi baru lahir, meninjau penyuluhan dan pedoman antisipasi bersama orang tua, mengidentifikasi gejala penyakit, serta mendidik dan mendukung orang tua. Tujuan kunjungan neonatal adalah untuk meningkatkan akses neonatus terhadap pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin bila terdapat kelainan pada bayi atau mengalami masalah. Kematian neonatal dapat dicegah dengan pelayanan minimum neonatal.<sup>37</sup>

#### d. Imunisasi pada Neonatus

Menurut Armini,dkk (2017), imunisasi yang diberikan pada neonatus yaitu:<sup>41</sup>

##### 1) Hepatitis B

Hepatitis B diberikan sebanyak 3 kali. Pada masa neonatus, imunisasi ini hanya diberikan saat bayi berusia 12 jam setelah lahir. Vaksin ini diberikan dengan satu kali suntikan dosis 0,5 ml. Ulangan imunisasi hepatitis B (hep B-4 ) dapat dipertimbangkan pada umur 10–12 tahun. Efek samping yang terjadi pasca imunisasi hepatitis B pada umumnya ringan, hanya berupa nyeri, bengkak, panas, mual, dan nyeri sendi maupun otot.

##### 2) BCG

Imunisasi BCG adalah prosedur pemasukan vaksin BCG yang bertujuan memberi kekebalan tubuh terhadap kuman mycobacterium

tuberculosis dengan cara menghambat penyebaran kuman. Untuk mencegah timbulnya tuberkolosis (TBC) dapat dilakukan imunisasi BCG. Imunisasi BCG diberikan pada semua bayi baru lahir (neonatus) sampai usia kurang dari 2 bulan. Penyuntikan biasanya dilakukan di bagian atas lengan kanan (region deltoid) dengan dosis 0,05 ml. Reaksi yang mungkin timbul setelah penyuntikan adalah kemerah-merahan di sekitar suntikan, dapat timbul luka yang lama sembuh di daerah suntikan. Penyuntikan BCG secara IC yang benar akan menimbulkan ulkus local superficial di 3 minggu setelah penyuntikan. Ulkus akan sembuh dalam 2– 3 bulan dan meninggalkan parut bulat dengan diameter 4–8 mm tergantung pada dosis yang diberikan, dan apabila penyuntikan dilakukan terlalu dalam, maka parut akan tertarik ke dalam (retracted).

### 3) Polio

Imunisasi dasar (polio 1,2,3) vaksin diberikan 2 tetes peroral dengan interval tidak kurang dari 4 minggu. Karena Indonesia merupakan daerah endemi polio, maka Program Pengembangan Imunisasi (PPI) menambahkan imunisasi polio segera setelah lahir (polio-0 pada kunjungan 1) dengan tujuan untuk meningkatkan cakupan imunisasi.

### e. Pemeriksaan Neonatus

Tujuan pemeriksaan fisik secara umum pada bayi adalah menilai status adaptasi atau penyesuaian kehidupan intrauteri ke dalam ektrauteri serta mencari kelainan pada bayi. Adapun pemeriksaan fisik yang dapat dilakukan pada bayi antara lain:<sup>42</sup>

#### 1) Hitung Frekuensi Nafas

Normal jika frekuensinya antara 30-60 kali per menit, tanpa adanya retraksi dada dan suara merintih saat ekspirasi.

#### 2) Inspeksi

Untuk mengetahui apakah ada warna pucat, icterus, sianosis sentral, atau tanda lainnya.

### 3) Hitung Denyut Jantung Menggunakan Stetoskop

Untuk menilai apakah bayi mengalami gangguan yang menyebabkan jantung dalam keadaan tidak normal. Denyut jantung normal frekuensinya 100-160 kali per menit. Masih dalam keadaan normal apabila di atas 60 kali per menit dalam jangka waktu yang relative pendek, beberapa kali per hari, dan terjadi selama beberapa hari pertama jikabayi mengalami distress.

### 4) Ukur Suhu Aksila

Menentukan apakah bayi dalam keadaan hipo atau hipertermi. Dalam kondisi normal suhu bayi antara 36,5-37,5 derajat celcius.

### 5) Kaji Postur Dan Gerakan

Menilai ada atau tidaknya epistotonus /hiperekstensi tubuh yang berlebihan dengan kepala dan tumit ke belakang, tubuh melengkung ke depan, adanya kejang/ spasme, serta tremor.

### 6) Periksa Tonus Dan Kesadaran Bayi

Melihat adanya letargi, ada tidaknya tonus otot yang lemah, mudah terangsang, mengantuk, aktivitas berkurang, dan sadar (tidur yang dalam tidak merespons terhadap rangsangan). Pemeriksaan ini dalam keadaan normal dengan tingkat kesadaran mulai dari diam hingga sadar penuh serta bayi dapat dibangunkan jika sedang tidur atau dalam keadaan diam.

### 7) Pemeriksaan Ekstremitas

Menilai ada tidaknya gerakan ekstremitas abnormal, simetris, posisi dan gerakan yang abnormal, serta menilai kondisi jari kaki, yaitu jumlahnya berlebih atau saling melekat.

### 8) Pemeriksaan Kulit

Melihat ada atau tidaknya akemerahan pada kulit atau pembengkakan, postula ( kulit melepuh), luka atau trauma, bercak atau tanda abnormal pada kulit, elastisitas kulit, serta ada tidaknya ruam popok.

#### 9) Pemeriksaan Tali Pusat

Melihat apakah ada kemerahan, bengkak, bernanah, berbau, atau lainnya pada tali pusat. Pemeriksaan ini normal apabila warna tali pusat putih kebiruan pada hari pertama dan mulai mengering atau mengecil dan lepas pada hari ke-6 hingga ke-10.

#### f. Masalah yang Sering Terjadi pada Neonatus

Masalah yang sering terjadi pada neonatus yaitu.<sup>43</sup>

- 1) Bercak Mongol: pigmentasi yang datar dan berwarna gelap di daerah pinggang bawah dan bokong yang ditemukan saat lahir pada beberapa bayi.
- 2) Hemangioma: umumnya tidak membahayakan dan tidak ada kaitannya dengan penyakit kulit. Namun tidak menutup kemungkinan dapat menjadi kanker sehingga perlu dilakukan biopsi untuk menentukan apakah hemangioma mengarah pada neoplasma jinak atau tidak.
- 3) Ikterus: fisiologis jika warna kuning pada kulit dan mata karena peningkatan bilirubin darah yang terjadi setelah usia 24 jam kelahiran. Ditandai dengan timbulnya pada hari kedua dan ketiga, kadar bilirubin indirek sesudah 2x24 jam <15 mg% pada neonatus cukup bulan dan <10 mg% pada neonatus kurang bulan, serta tidak mempunyai dasar patologis. Kecepatan peningkatan kadar bilirubin <5 mg% per hari, kadar bilirubin indirek tidak melebihi 1 mg% dan tidak melampaui kadar yang membahayakan, serta akan menghilang dalam 10 hari pertama. Ikterus patologis jika mempunyai dasar patologis. Kadar bilirubinnnya mencapai nilai hiperbilirubinemia. Kadar bilirubin dapat meningkat sedemikian rupa sehingga disebut hiperbilirubinemia. Pada kasus ikterik patologis diperlukan tindakan penanganan yang salah satunya yaitu fototerapi.

Fototerapi merupakan terapi cahaya dalam bentuk pengobatan untuk kulit dengan menggunakan panjang gelombang cahaya buatan dari ultraviolet, yaitu terapi dengan menggunakan sinar yang dapat diamati dengan tujuan pengobatan hyperbilirubinemia pada neonatus.

Fototerapi efektif menurunkan kadar bilirubin dan 10 kali lebih aman dan efektif.<sup>44</sup>

- 4) Muntah: keluarnya kembali sebagian besar atau seluruh isi lambung yang terjadi setelah agak lama makanan masuk ke dalam lambung.
- 5) Gumoh: Keluarnya susu yang telah ditelan ketika atau beberapa saat setelah minum susu dan jumlahnya hanya sedikit. Penyebabnya adalah bayi sudah kenyang, posisi bayi saat menyusui, posisi botol, atau terburu-buru/tergesa-gesa.
- 6) Oral thrush: disebabkan oleh jamur yang menyerang selaput lendir mulut. Oral thrush adalah adanya bercak putih pada lidah, langit-langit, dan pipi bagian dalam. Kronis apabila lesi granulomatososa (luka benjolan kecil) yang menyerang sejak bayi sampai anak-anak, menyerang kulit anak.
- 7) Ruam Popok: Warna merah menyeluruh atau ruam atau keduanya pada bokong bayi dari feses. Ruam ini merupakan reaksi kulit dari amoniak dalam urine dan kombinasi bakteri dengan benda-benda sekitar anus.
- 8) Seborhea: bukan masalah yang mengganggu secara fisik, namun mengganggu penampilan bayi.
- 9) Bisul: pembengkakan kulit atau jaringan lunak. Lesi ini sangat nyeri karena kulit yang nyeri melekat erat dengan jaringan di bawahnya. Nanah yang keluar mudah berjangkit.
- 10) Miliariasis: dermatosis yang disebabkan retensi keringat akibat tersumbatnya pori kelenjar keringat. Miliariasis kelainan kulit yang ditandai dengan kemerahan, disertai dengan gelembung kecil berair timbul akibat keringat berlebihan disertai sumbatan saluran kelenjar keringat.
- 11) Diare: pengeluaran tinja yang tidak normal dan cair. Defekasi yang tidak normal dan bentuk tinja yang cair dengan frekuensi lebih banyak dari biasanya. Bayi dikatakan diare bila sudah lebih dari 3 kali defekasi, sedangkan neonatus dikatakan diare bila sudah lebih dari 4 kali defekasi.

12) Infeksi: Gejala yang umum terjadi: 1) Bayi malas minum 2) Gelisah, mungkin juga letargi 3) Frekuensi pernapasan meningkat 4) Berat badan menurun 5) Pergerakan kurang 6) Muntah, diare 7) Edema 8) Perdarahan, ikterus, kejang 9) Suhu tubuh mungkin normal, hipotermia, atau hipertermia.

g. Tanda Bahaya Neonatus

Adapun tanda bahaya pada neonatus menurut Ladewig (2006) dan Varney (2007) adalah sebagai berikut:

- 1) Pernafasan sulit atau lebih dari 60x permenit
- 2) Kehilangan cairan dalam bentuk diare (sedikit feses yang dikelilingi genangan air pada popok)
- 3) Suhu bayi  $>38,3^{\circ}\text{C}$  atau  $< 34^{\circ}\text{C}$
- 4) Setiap perubahan warna termasuk pucat dan sianosis
- 5) Peningkatan Jaundice (warna kekuningan) pada kulit
- 6) Kulit bayi kering (terutama dalam 24 jam pertama), biru, pucat, atau memar.
- 7) Menolak untuk minum ASI selama 2x berurutan
- 8) Hisapan saat menyusu lemah, rewel, sering muntah, mengantuk berlebihan.
- 9) Distensi abdomen, menangis saat mencoba mengeluarkan feses, ada atau tidak ada feses
- 10) Popok tidak basah selama 18-24 jam, atau kurang dari 6 popok yang basah perhari, setelah bayi berusia 4 hari
- 11) Rabas atau perdarahan dari tali pusat, sirkumsisi, atau segala area pembukaan (kecuali mukus vagina atau pseudomenstruasi)
- 12) Bayi yang tidak dapat tenang atau terus menangis dengan suara tinggi
- 13) Letargi, kesulitan untuk membangunkan bayi
- 14) Tali pusat mulai mengeluarkan bau tidak enak atau mengeluarkan PUS
- 15) Bagian putih mata bayi menjadi kuning dan warna kulit tampak kuning, coklat, atau persik

- 16) Bayi menjadi lesu, tidak mau makan
- 17) Tidak BAB dalam 3 hari. Tidak BAK dalam 24 jam. Tinja lembek/encer, sering berwarna hijau tua, ada lendir atau darah.
- 18) Menggigil, rewel, lemas, mengantuk, kejang, tidak bisa tenang, menangis terus menerus.

#### h. Kebutuhan Dasar Neonatus

##### 1) Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua energi berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6. Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energy sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari.<sup>45</sup>

##### 2) Eliminasi

Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa.<sup>45</sup> Feses pertama ini berwarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ketiga hingga ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan. Urin pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama dan setelahnya dengan frekuensi yang semakin sering seiring meningkatnya asupan cairan. Urin encer, berwarna kuning dan tidak berbau.<sup>3</sup>

##### 3) Istirahat dan Tidur

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, paling sering blog waktu 45 menit sampai 2 jam. Bayi dapat menangis setidaknya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari (Walsh, 2007:103).

##### 4) Personal Hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi

menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mongering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urin dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah.

#### 5) Aktifitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut.<sup>3</sup> Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari, bergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah, suhu ekstrim, dan stimulasi berlebihan.

#### 6) Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga didapat pola tidur yang lebih baik. Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsang dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya.<sup>46</sup>

### **6. Konsep Keluarga Berencana**

#### a. Definisi Keluarga Berencana

Keluarga berencana merupakan suatu upaya untuk mengatur kelahiran anak, jarak dan usia yang baik untuk melahirkan melalui promosi, perlindungan dan bantuan yang sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. Pengaturan kehamilan merupakan upaya untuk membantu pasangan suami istri untuk mengatur jarak kehamilan, menentukan usia ideal istri untuk melahirkan, mengatur jumlah

anak, serta merencanakan jarak usia antar anak dengan menggunakan cara, alat serta obat kontrasepsi.<sup>47</sup>

Keluarga berencana (KB) 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.<sup>48</sup>

Program keluarga berencana adalah bagian yang terpadu (integral) dalam program pembangunan nasional dan bertujuan untuk menciptakan kesejahteraan ekonomi, spritual dan sosial budaya penduduk Indonesia agar dapat dicapai keseimbangan yang baik dengan kemampuan produksi nasional.<sup>49</sup>

Kontrasepsi berasal dari kata kontra dan konsepsi. Kontra berarti “melawan” dan konsepsi merupakan pertemuan sel telur yang matang dengan sperma sehingga mengakibatkan kehamilan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa kontrasepsi adalah mencegah pertemuan sel telur matang dan sperma yang menyebabkan kehamilan.<sup>50</sup>

Prinsip kerja kontrasepsi umumnya yaitu meniadakan pertemuan sel telur dan sperma. Tiga cara mencapai tujuan tersebut yaitu menekan ovulasi, menahan masuknya sperma ke dalam saluran kelamin wanita sampai mencapai ovum dan terakhir menghalangi nidasi.<sup>50</sup>

#### b. Tujuan Program Keluarga Berencana

Keluarga Berencana bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak sebagai cara mewujudkan keluarga kecil yang sejahtera melalui perencanaan kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia. Keluarga berencana juga diharapkan bisa menghasilkan sumber daya manusia yang berkualitas demi meningkatkan kesejahteraan keluarga. Selain itu tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu

keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.<sup>51</sup>

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

Pelayanan kontrasepsi mempunyai dua tujuan, yaitu tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum yaitu meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan NKKBS (Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera) yang menjadi dasar terwujudnya masyarakat yang sejahtera dengan mengendalikan kelahiran sekaligus menjamin terkendalinya pertumbuhan penduduk. Tujuan khusus yaitu meningkatkan penggunaan alat kontrasepsi dan kesehatan keluarga berencana dengan cara pengaturan jarak kehamilan.<sup>48</sup>

Tujuan keluarga berencana menurut Rahayu (2016) yaitu:<sup>52</sup>

- 1) Mencegah kehamilan dan persalinan yang tidak diharapkan
- 2) Mengupayakan terjadinya kehamilan yang diinginkan
- 3) Membatasi jumlah anak
- 4) Mengupayakan jarak terbaik antar kelahiran setiap anak

c. Manfaat Program Keluarga Berencana

Program KB sangat bermanfaat bagi pasangan suami istri, selain membatasi kelahiran, juga bermanfaat mengurangi risiko penyakit hingga gangguan mental.<sup>53</sup>

1) Menurunkan risiko kehamilan

Alat kontrasepsi berfungsi untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan. Alat kontrasepsi juga berfungsi untuk menurunkan risiko melahirkan terlalu tua atau terlalu muda. Jika perempuan yang terlalu tua dan belum menopause melakukan hubungan seksual tanpa menggunakan alat kontrasepsi, terdapat kemungkinan terjadi

kehamilan. Melahirkan diatas usia 35 tahun akan berisiko dan dapat menyebabkan kematian.

2) Tidak mengganggu tumbuh kembang anak

Jika anak belum satu tahun sudah memiliki adik, tumbuh kembang anak akan terganggu. Normalnya jarak anak pertama dan kedua antara 3-5 tahun. Jika anak belum berusia dua tahun sudah mempunyai adik, ASI untuk anak tidak bisa penuh dua tahun sehingga kemungkinan mengalami gangguan kesehatan. Orang tua yang mempunyai dua anak juga akan mengalami kesulitan membagi waktu. Maka anak yang lebih besar akan kurang perhatian, meski anak masih membutuhkan perhatian penuh dari kedua orangtuanya.

3) Menjaga kesehatan mental

Sebagian wanita kemungkinan mengalami depresi yang cukup hebat setelah melahirkan. Depresi biasanya hilang jika mendapatkan dukungan dari pasangan. Jika terjadi kelahiran anak dengan jarak yang dekat, kemungkinan risiko depresi semakin besar. Depresi juga dapat terjadi pada ayah karena tidak siap secara fisik dan mental.

Program keluarga berencana memberikan manfaat untuk ibu, ayah dan anak. Berikut manfaat yang diberikan program keluarga berencana:<sup>52</sup>

1) Untuk ibu

- a) Perbaiki kesehatan dan mencegah anemia
- b) Meningkatkan kondisi mental karena memiliki waktu yang banyak untuk istirahat

2) Untuk ayah

- a) Perbaiki kesehatan fisik karena tuntutan kebutuhan lebih sedikit
- b) Meningkatkan kondisi mental karena memiliki waktu yang banyak untuk istirahat

3) Untuk anak

- a) Perkembangan fisik lebih baik
- b) Perkembangan mental dan emosi yang baik
- c) Kesempatakan Pendidikan yang lebih baik.

d. Sasaran Program Keluarga Berencana

Dalam pelaksanaannya, program keluarga berencana memiliki sasaran langsung dan tidak langsung. Yang merupakan sasaran langsung yaitu pasangan usia subur dengan tujuan menurunkan angka kelahiran dengan penggunaan kontrasepsi jangka panjang. Sedangkan sasaran tidak langsung yaitu pelaksana dan pengelola program keluarga berencana, yang akan menurunkan tingkat kelahiran dengan cara melakukan pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu untuk mencapai sebuah keluarga yang berkualitas dan sejahtera.<sup>54</sup>

e. Ruang Lingkup Program Keluarga Berencana

Ruang lingkup program KB secara umum adalah sebagai berikut:<sup>54</sup>

- 1) Keluarga berencana.
- 2) Kesehatan reproduksi remaja.
- 3) Ketahanan dan pemberdayaan keluarga.
- 4) Penguatan kelembagaan keluarga kecil berkualitas.
- 5) Keserasian kebijakan kependudukan.
- 6) Pengelolaan Sumber Daya Manusia (SDM).
- 7) Penyelenggaraan pimpinan kenegaraan dan pemerintahan.

f. Fase dalam Penggunaan Kontrasepsi pada Program KB

Adapun akseptor KB menurut sasarannya yaitu sebagai berikut:<sup>54</sup>

1) Fase menunda kehamilan

Menunda kehamilan baik dilakukan oleh pasangan yang belum berusia 20 tahun karena berbagai alasan. Metode kontrasepsi yang disarankan yaitu metode yang menjamin pulihnya kesuburan 100% karena pasangan belum memiliki anak. Diprioritaskan menggunakan pil oral dan tidak dianjurkan menggunakan kondom karena pasangan muda frekuensi bersenggamanya relative tinggi sehingga tingkat kegagalan juga akan tinggi.

2) Fase mengatur/menjarangkan kehamilan

Periode usia istri 20-30 tahun merupakan periode terbaik untuk melahirkan dengan jumlah anak 2 dan jarak antar kelahiran 2-4 tahun.

Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu efektifitas tinggi, reversibilitas tinggi karena pasangan masih mengharapkan punya anak lagi. Kontrasepsi dapat dipakai 3-4 tahun sesuai jarak kelahiran yang direncanakan. Jenis kontrasepsi yang dianjurkan yaitu IUD dan implan karena memiliki efektifitas yang tinggi untuk menjarangkan kehamilan.

### 3) Fase mengakhiri kesuburan

Periode usia istri diatas 30 tahun, terutama 35 tahun. Sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah memiliki dua orang anak. Alasan mengakhiri kesuburan juga bisa dikarekan alasan medis dan alasan lainnya. Kondisi keluarga seperti ini dapat menggunakan kontrasepsi yang mempunyai efektifitas tinggi, karena jika terjadi kegagalan hal ini dapat menyebabkan terjadinya kehamilan dengan resiko tinggi bagi ibu dan anak. Jenis kontrasepsi yang dianjurkan yaitu kontrasepsi mantap.

### g. Jenis Kontrasepsi

Berdasarkan Peraturan Kepala BKKBN Nomor 24 Tahun 2017 tentang pelayanan keluarga berencana pasca persalinan dan pasca keguguran, jenis kontrasepsi dibagi menjadi dua kategori yaitu, berdasarkan jangka waktu pemakaian atau efektivitas dan berdasarkan komposisinya.<sup>55</sup>

#### 1) Jenis Kontrasepsi Berdasarkan Jangka Waktu Pemakaian

- a) Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) merupakan metode dengan jangka waktu panjang seperti IUD, Implan, Medis Operasi Wanita (MOW), dan Medis Operasi Pria (MOP)
- b) Metode Kontrasepsi Jangka Pendek (non MKJP) merupakan metode kontrasepsi dengan jangka waktu pendek seperti pil, suntik, kondom dan metode kontrasepsi lain yang tidak disebutkan dalam MKJP.

#### 2) Jenis Kontrasepsi Berdasarkan Komposisi

- a) Metode kontrasepsi hormonal merupakan seperti pil, implan, dan suntikan.
- b) Metode kontrasepsi non hormonal seperti kondom, IUD, MOW, dan MOP.

#### h. Metode Kontrasepsi

Menurut Permenkes RI No.21 Tahun 2021, Metode kontrasepsi diantaranya adalah sebagai berikut:<sup>56</sup>

##### 1) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) Copper T

AKDR copper T (CuT-380A) merupakan rangka plastik yang lentur dan berukuran kecil, berbentuk huruf T yang diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu) yang dipasang didalam rahim. Cara kerjanya yaitu dengan menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi dan mencegah ovum dan sperma bertemu. AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk melakukan fertilisasi. Alat ini efektif segera setelah pemasangan. Efektifitas tinggi yaitu berkisar 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan). Metode ini termasuk dalam MKJP yaitu hingga 10 tahun.

Keuntungan: sangat efektif mencegah kehamilan, efektif segera setelah pemasangan, jangka waktu panjang, tidak mempengaruhi hubungan seksual, tidak mempengaruhi ASI, dapat digunakan hingga menopause, kesuburan segera kembali setelah AKDR dilepas. Keterbatasan: harus dipasang oleh tenaga kesehatan terlatih, tidak ada perlindungan terhadap IMS, tidak baik digunakan oleh wanita dengan IMS, tidak bisa melepas AKDR sendiri, AKDR mungkin keluar dari uterus tanpa diketahui, posisi benang AKDR harus di cek secara berkala.<sup>57</sup>

##### 2) AKDR Levonorgestrel (AKDR LNG)

AKDR LNG adalah suatu alat berbahan plastic dan berbentuk T yang secara terus menerus melepaskan huruf sejumlah kecil levonogestrel setiap hari yaitu 20 µg/hari dan dipasang dalam rahim. Cara kerja kontrasepsi jenis ini yaitu mencegah terjadinya pembuahan, menghambat motilitas sperma, dan menekan pertumbuhan lapisan

uterus (endometrium). Efektifitas kontrasepsi jenis ini yaitu 1 kehamilan per 100 wanita dalam 1 tahun pertama penggunaan. Risiko kecil kehamilan masih berlanjut setelah tahun pertama pemakaian.

Keuntungan: efektif mencegah kehamilan, jangka waktu panjang, tidak mempengaruhi hubungan seksual, tidak mempengaruhi ASI, kesuburan segera kembali setelah AKDR dilepas, mengurangi nyeri haid, mengurangi jumlah darah haid (mencegah anemia), alternatif pengobatan pengganti operasi pada perdarahan uterus disfungsi dan adenomyosis. Keterbatasan: pemasangan dan pencabutan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih dan mahal.<sup>57</sup>

### 3) Implan

Implan merupakan batang plastik yang lentur seukuran batang korek api yang melepaskan progestin yang menyerupai progesteron alami di tubuh wanita. Jenis implan yang tersedia adalah implan 2 batang levonogestrel 75 mg dan implan 1 batang etonogestrel 68 mg. Cara kerjanya yaitu menghambat ovulasi dan mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat pertemuan sel telur dan sperma. Efektifitas sangat tinggi yaitu kurang dari 1 kehamilan dari 100 wanita yang menggunakan implan. Namun efektifitas bisa berkurang pada wanita yang mengonsumsi obat yang meningkatkan produksi enzim hati seperti anti epilepsi dan antibiotika.

Keuntungan: efektif mencegah kehamilan, jangka waktu panjang, tidak mengganggu hubungan seksual, tidak mempengaruhi ASI, kesuburan dapat segera kembali setelah implan dilepas, mengurangi nyeri haid, dan mengurangi darah haid. Keterbatasan: tidak ada perlindungan terhadap IMS dan harus dipasang serta dilepas oleh tenaga kesehatan terlatih.<sup>57</sup>

### 4) Kontrasepsi Suntik Progestin (KSP)

Jenis yang tersedia yaitu Depot Medroxyprogesterone acetate (DMPA) yang diberikan setiap 3 bulan dan ada yang memiliki kandungan norethidrone enanthate (NET-EN) yang diberikan setiap 2 bulan.

Efektifitas bergantung pada keteraturan kunjungan ulang. Pada penggunaan biasa efektifitas 4 kehamilan per 100 wanita yang menggunakan kontrasepsi suntik progestin di tahun pertama. Jika mendapat suntikan tepat waktu maka efektifitas menjadi kurang dari 1 per 100 akseptor.

Keuntungan: suntikan setiap 2-3 bulan, tidak perlu penggunaan setiap hari, tidak mengganggu hubungan seksual, dapat digunakan perempuan menyusui, dapat digunakan perempuan >35 tahun sampai perimenopause, membantu mencegah kanker endometriosis dan mioma uteri, dan mungkin mencegah penyakit radang panggul simtomatis dan anemia defisiensi besi.<sup>57</sup>

#### 5) Kontrasepsi Suntik Kombinasi (KSK)

Tersedia jenis sediaan yang mengandung kombinasi 25 mg Depot Medroksiprogesterone Asetat dan 5 mg Estradiol Sipinoat serta 50 mg Norendron Enantat dan 5 mg Estradio Valerat. Efektifitas 0,3 kehamilan per 100 jika penggunaan tepat waktu dan efektifitas menurun pada akseptor yang mengkonsumsi obat epilepsy dan tuberculosi.

Keuntungan: tidak perlu pemakaian setiap hari, bisa dihentikan kapan saja, tidak mengganggu hubungan seksual, dan baik untuk menjarangkan kehamilan. Keterbatasan: kunjungan ulang harus tepat waktu dan penyuntikan dilakukan oleh tenaga kesehatan, efektifitas tergantung ketepatan penggunaan, dan kesuburan kembali lebih lama.<sup>57</sup>

#### 6) Kontrasepsi Pil Kombinasi (KPK)

Jenis yang tersedia yaitu pil kombinasi monosafasik yang mengandung levonogestrel 150 µg dan etinilestradiol 30 µg. Selain itu juga terdapat jenis lain yaitu bifasik, trifatik, dan kuadrifasik. Pada penggunaan biasa efektifitas yaitu 7 kehamilan dari 100 akseptor. Efektifitas meningkat jika pemakaian sesuai yaitu menjadi kurang dari 1 kehamilan dari 100 akseptor.

Keuntungan: dapat mengontrol pemakaian, mudah digunakan, mudah didapat, penghentian dapat dilakukan kapan saja, tidak mengganggu

hubungan seksual, mengurangi darah haid, tidak terjadi nyeri haid, kesuburan segera kembali setelah KB pil kombinasi dihentikan, mencegah penyakit (kanker endometrium, kanker ovarium, kista ovarium, radang panggul, dan anemia defisiensi besi), mengurangi nyeri haid, nyeri ovulasi, masalah perdarahan menstruasi dan jerawat. Keterbatasan: mahal, harus diminum tiap hari dengan teratur, dan mengurangi ASI pada perempuan menyusui.<sup>57</sup>

#### 7) Kontrasepsi Pil Progestin (KPP)

Jenis yang tersedia yaitu 0,5mg lynestrenol dengan kemasan 28 pil dan 300 µg levonogestrel atau 350 µg norethidrone dengan kemasan 35 pil. Efektifitas kontrasepsi pil bergantung pada ketepatan minum pil.

Keuntungan: dapat diminum selama menyusui, dapat mengontrol pemakaian, penghentian dapat dilakukan kapan saja, tidak mengganggu hubungan seksual, kesuburan cepat kembali, mengurangi nyeri haid, mengurangi jumlah perdarahan haid. Keterbatasan: harus diminum setiap hari di waktu yang sama dan bisa mengalami penurunan atau peningkatan berat badan.<sup>57</sup>

#### 8) Kondom

Kondom yang tersedia yaitu kondom biasa, berkontur, beraroma dan tidak beraroma. Kondom merupakan alat yang digunakan untuk menghalangi pertemuan sperma dan sel telur. Kondom memiliki efektifitas tinggi jika digunakan dengan baik dan sesuai. Secara ilmiah angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun.

Keuntungan: murah, bisa didapat dengan bebas, tidak perlu pemeriksaan kesehatan, mencegah kehamilan sekaligus mencegah IMS, tidak mempengaruhi sensasi seksual. Keterbatasan: harus digunakan dengan tepat agar efektifitas bisa maksimal dan tidak terjadi kegagalan.<sup>57</sup>

#### 9) Metode Amenore Laktasi (MAL)

Merupakan metode kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI eksklusif secara penuh tanpa tambahan makanan dan minuman apapun. Bisa langsung efektif, efektifitas tinggi dan tidak mengganggu hubungan seks. Namun perlu dilakukan persiapan sebelum persalinan dan efektifitas hanya sampai kembalinya haid atau hingga 6 bulan. Kemudian harus dilanjutkan dengan penggunaan metode kontrasepsi lain. Efektifitas tergantung pengguna dan secara teori yaitu 2 kehamilan dari 100 wanita yang menggunakan MAL.

Keuntungan: tidak ada beban biaya, efektifitas tinggi, segera efektif, tidak mengganggu hubungan seksual, tidak ada efek samping, tidak perlu pengawasan medis, tidak perlu obat dan alat, bayi mendapat kekebalan pasif, sumber asupan gizi terbaik untuk bayi, mengurangi perdarahan pasca persalinan, meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi. Keterbatasan: perlu persiapan sejak hamil, mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial, efektif hanya sampai 6 bulan.<sup>57</sup>

#### 10) Tubektomi

Tubektomi merupakan metode kontrasepsi melalui prosedur bedah bagi perempuan yang tidak ingin hamil lagi. Jenis tubektomi yaitu minilaparotomi, laparaskopi, tubektomi yang dilakukan bersamaan dengan operasi Caesar dan tubektomi yang dilakukan post partum spontan. Metode dengan efektifitas tertinggi yaitu minilaparotomi pasca persalinan. Secara umum efektifitas metode ini yaitu kurang dari 1 per 100 akseptor dan menjadi 2 per 100 di 10 tahun penggunaan. Keuntungan: sangat efektif, tidak mempengaruhi proses menyusui, tidak bergantung pada faktor senggama, tidak memiliki efek samping jangka panjang, tidak mempengaruhi fungsi seksual. Keterbatasan: kesuburan tidak dapat dipulihkan kembali, rasa sakit jangka pendek setelah tindakan dan harus dilakukan oleh dokter terlatih.<sup>57</sup>

#### 11) Vasektomi

Vasektomi merupakan metode kontrasepsi melalui suatu sayatan kecil pada skrotum untuk lelaki yang tidak menginginkan anak lagi. Risiko kehamilan istri pada suami yang menjalani vasektomi yaitu 1 per 2000 pria jika telah mengalami azoospermia, 2-3 per 100 jika tidak patuh menggunakan kondom hingga 20 kali ejakulasi. Tindakan vasektomi juga terkadang harus dilakukan ulang.

Keuntungan: aman dan nyaman, sangat efektif, permanent, tidak merubah fungsi seksual. Keterbatasan: tidak segera efektif, komplikasi minor (infeksi, perdarahan dan nyeri pasca operasi), dan harus dilakukan oleh dokter terlatih.<sup>57</sup>

#### 12) Sadar Masa Subur

Merupakan salah satu kontrasepsi alamiah yang dilakukan dengan menghindari senggama pada masa subur. Efektifitas tergantung komitmen pasangan.

Keuntungan: tanpa biaya, tidak ada risiko kesehatan, tidak ada efek samping, dan meningkatkan keterlibatan suami dalam KB. Keterbatasan: keefektifan tergantung disiplin pasangan, perlu ada pelatihan, perlu pencatatan setiap hari, perlu pantang selama masa subur, dan infeksi vagina membuat lendir serviks sulit dinilai.<sup>57</sup>

#### 13) Senggama Terputus

Metode kontrasepsi dimana saat ejakulasi alat kelamin pria dikeluarkan sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina. Efektifitas tergantung disiplin pasangan terhadap anjuran metode kontrasepsi ini. Keuntungan: efektif bisa dilaksanakan dengan benar, dapat digunakan setiap waktu, tidak memerlukan biaya, tidak ada efek samping, bisa digunakan untuk mendukung KB lain, dan meningkatkan keterlibatan suami dalam KB. Keterbatasan: efektifitas tergantung pada kesediaan pasangan dan memutus kenikmatan dalam hubungan seksual.<sup>57</sup>

#### 14) Pelayanan Kontrasepsi Darurat

Kontrasepsi darurat merupakan kontrasepsi yang digunakan dalam 5 hari pasca senggama yang tidak terlindungi oleh kontrasepsi yang tepat dan konsisten.